TORAKOTOMIA ONDOREN ZAURI KIRURGIKOAREN INFEKZIOA

LOIZATE, A.; LAMIQUIZ, A.;
PAC, J.; CASANOVA, J.; VARA, F.; IZQUIERDO, J.M.
Toraxeko Kirurgia Zerbitzua. Gurutzetako Ospitalea.

SARRERA

Kirurgiaren esparruan, zauriaren infekzioari dagokionez, 4 kirurgia mota bereizten dira: "kirurgia garbia" (infekzio-probabilitatea i.p.<% 5), "kirurgia garbi-kutsatua" (i.p. %10), "kutsatua" (i.p. %20), eta "zikina" (i.p. %10). Profilaxi antibiotikoa, kirurgia garbi-kutsatuan eta kutsatuan erabiltzen da. Biriketako kirurgia, arnasbidea zabaltzen delako, kirurgia garbi-kutsatua da.

HELBURUAK

1. Toraxeko kirurgia zerbitzuan, torakotomia ondoren, zauriaren infekzio-kopurua ezagutu. 2. Ebakuntza aurretiko profilaxi antibiotikoaren baliagarritasuna frogatu. 3. Minbizia zauriaren infekzioari dagokionez arrisku faktorea den ezagutu.

MATERIAL ETA METODOA

Gurutzetako Ospitaleko Toraxeko Kirurgia Zerbitzuan, 18 hilabetetan zehar egin diren torakotomiak aztertu dira. Torakotomiaren zergatia, adina, sexua, kirurgia mota, zauriaren infekzioaren agerpena, eta infekzioa suertatuez gero kultiboan agertutako mikroorganismoak aztertu dira. Toraxeko kirurgia zerbitzuan, paziente guztiei, profilaxi antibiotikorako ezarrita dagoen protokoloa ipini zaie: ebakuntza baino bi ordu lehenago muskulu barnetik, 1 g. Zefazolina, edo alergikoa izanik, 600 mg. Klindamizina.

EMAITZAK

251 paziente aztertu dira, 164 minbiziarekin, eta 87 gaixotasun onberekin.

MINBIZIEN KASUAN

Adinaren batezbestekoa 60,4 ± 12 urte; emakumeak %6,4 gizonezkoak %93,6; 85 tumore epidermoideak, 48 adenokartzinomak, 18 ezberdindugabeak, timoma bat, 3 linfoma, 9 metastasi. 83 ezkerreko torakotomia, eta 81 eskuinekoak. 4 infekzio-kasu sumatu dira, beraz %2,4 zauriaren infekzio tasa, eta 3 kasutan ezkerreko torakotomiak izan ziren. 3 kasutan minbizi aurreratuak III-B.

GAIXOTASUN ONBEREN KASUAN

Adinaren batezbestekoa 39,8 urte. Emakumeak %27,5 eta %72,5 gizonezkoak. 43 neumotorax, 18 fibrosi eta granuloma, 5 timoma onbera, eta 21 gaixotasun inflamatorio eta degeneratiboak. 5 zauriaren infekzio kasu, %5 tasarekin, 4 kasutan ezkerreko torakotomiatan, baten eskuinekoan.

Zauriaren infekzioa izan zuten 9 kasutatik, kultiboa egin ondoren, hauek izan ziren emaitzak: 1 *Salmonella enteritidis,* 2 *Staphylococcus aureus*, 3 *Proteus mirabilis*, 2 negatiboa, 1 larruazaleko flora saprofitoa. Kultibo positiboa lortu zen kasu guztietan antibiograma egin zen, eta mikroorganismoak, lehen belaunaldiko zefalosporinenganako (Zefazolina) sentikorrak izan ziren. Zauriaren infekzio kopurua orotara %3,5. Estatistikoki eta infekzio kopuruari dagokionez, gaixotasun onbera eta gaiztoen artean, ez da ezberdintasun esanguratsurik aurkitu. Ostera, torakotomiaren kokaguneari dagokionez, ezberdintasun estatistikoki ez-esanguratsua ($p<0,1$) aurkitu da, zauriaren infekzio gehiago aurkituz ezkerreko torakotomiatan.

ONDORIOAK

1. Estudio honetan baieztatu da erabili den profilaxi antibiotikoaren baliagarritasuna, aurkitutako %3,5eko tasa, literatura medikoko apalenetarikoa izanik. 2. Minbizia, gure emaitzetan oinarrituz, ez dirudi zauriaren infekziorako arrisku faktorea denik. 3. ezkerraldeko torakotomiak, ezagutzen ez ditugun arrazoiengatik gehiago infektatzen dira. 4. Guzti honengatik, torakotomia egiterakoan, profilaxi antibiotikorako zefazolina aholkatzen dugu, eta minbiziaren kasuan ez dugu beharrezko ikusten neurri berezirik hartzea.

JATORRIZKO BALBULAREN ENDOKARDITIS BATEN AURREAN ZEIN FAKTOREK BEHARTZEN GAITU OPZIO KIRURGIKOA AUKERATZERA

ARAMENDI, J.I.; CASTELLANOS, E.;
ORTIZ DE SALAZAR, A.

Gurutzetako Ospitalea. Bihotzeko Kirurgia.

1980.eko Urtarriletik 1991.eko Martxora bitartean 60 gaixo operatu ditugu jatorrizko balbulan endokarditis bakterianoa izateagatik. Batezbesteko adina 44 urte izan zen (25-76urte). 54 kasu ezkerreko bihotzean jazo ziren eta sei eskubikoan. Balbula aortikoa zen gehien afektatua izan zena (%52), eta maizago aurkitu zen germena *Streptococcus* izan zen (%43), eta jarraian *Staphylococcus* (%27). Infekzioa jasan zuten balbulen artean % 38k aurrez edozein patologia zuten. Gaixoen %42ak premiazko ebakuntza behar izan zuen. Sintomen artean bihotz-gutxiegitasuna zen nagusi: kasu guztien % 57 an. Era berean, heriotza gertatu zenean bihotz-akatsa zen arrazoia %59an. Klinika globalaren barruan, gaixoen % 60ak bazuen bihotzek kanpoko beste afektazioren bat. Anatomiaren aldetik, garatxo eta balbularen hausturak aurkitu ziren ezkerraldean eta garatxoak ia bakarrik eskuinaldean. Ezkerreko balbula guztiak aldatu behar izan ziren protesia baten truke, bi konponketa mitral eta homoinjerto aortiko bat izan ezik. Eskuineko balbulak kendu genituen protesirik ipini gabe. Orokorrean, ospitaleko mortalitatea 17 kasu edo %28koa izan zen. Erlazio estatistikoki esanguratsua aurkitu zen ospitaleko mortalitate eta premiazko ebakuntza, bihotzez kanpoko afektazioa, eta abszesu bat aurkitzeaz. Konklusio gisa, uste dugu hasieran osabide medikoa hasi behar dela. *Streptococcus viridans* ia beti kontrolatzen da penizilinarekin, nahiz eta bihotzez kanpoko konplikazioak ugari izan eta batzuetan premiazko ebakuntza behar izan. Beste germenekin, antibiotikoekin hasten denetik oso kontrol estuan jarraitu behar dira gaixoak. Infekzioa kontrolatzen ez bada (abszesua, garatxa) ebakuntza gomendatuko da berehala.

OPERAZIO ONDORENGO INFEKZIOA KONTROLATZEKO EKARPEN ESTATISTIKOA BERRIA

ABASOLO, J.; GOMEZ PALACIOS, A.;
SUSTATXA, J.; ARRIZABALAGA, S.
"A" Kirurgia Orokorreko Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea. Bilbo.

SARRERA

Operazio ondorengo infekzioaren kontrola izateko gaur eguneko perspektibak bi ikerketa bidetatik doaz: 1. Alde batetik, gaixoaren inmunitate prozesuak maneiatuz, era horretan gaixoaren erantzuna aldaerazten dugularik, ondorio terapeutikoak lortzeko bidea. 2. Bestetik, operazio ondoren infekzioren bat izateko arriskurik handiena izan dezaketeen gaixoak zeintzuk izan daitezkeen jakin ahal izateko teknikak garatuz. Modu honetan, gaur eguneko profilaxi metodoetan sakonduz, infekzioaren kontrola lortuko genuke.

Arestian aipaturiko bigarren ikerketa bide honek ondorengo hiru proiektu hauek urratzen ditu: Batean, gaixoengan hipersentikortasun berantiarreko erantzun inmunozelularra ezagutzeko test inmunologikoak erabiltzea, infekzio arriskurik handiena dutenak zeintzuk izan daitezkeen aurretik jakiteko; beste batean, likido eta ehunbizien bakterio kopuruak neurtuz, infekzio arriskua ezagutzea kolonizazio mailaren arabera; eta azkenengoan, parametro klinikoekin osatutako "scoreetan" oinarrituta, infekzioa aurrezteko formula estadistikoak bilatzea.

Hemen dakarkigun ikerketa, hirugarren aipatutakoaren erakoa da.

GAIA ETA METODOAK

Hogeitabederatzi galderaz osaturiko ikerketa protokolo kliniko prospektibo bat ezartzen dugu. Galdera hauetatik hamabost aukeratuak izan ziren operazio ondoko infekziotan eragiteko eta berauek aurrezteko izan zezaketeen balioagatik. 1981.urtetik 1985.urtera gure Ospitaleko Kirurgia Orokorreko Zerbitzuan ingresatuta eta operatuta izan ziren 1.702 gaixo ikertu genituen.

Ikerketako bariableak (galderak) Fischer-en estatistika metodo diskriminatzaileaz —Stepweis eran— izan ziren aztertuak.

EMAITZAK

Erabilitako faktore anitzeko analisia positiboa izan zen eta, ondorioz, hamabi parametro adierazgarriko azken formula aurrezle bat lortu genuen. Formula horrek gure gaixoak bi taldetan sailkatzen ditu (infekzio arriskua bai, infekzio arriskurik ez).

ONDORIOAK

Emaitza estatistiko hauekin operatu ondoren zein gaixok harrapatu dezakeen infekzioren bat aurrezteko ahalmena erakusten zaigu.

S, A.;
GA, S.
Bilbo.

ak bi
atuz,
lor-
liena
atuz.
trola

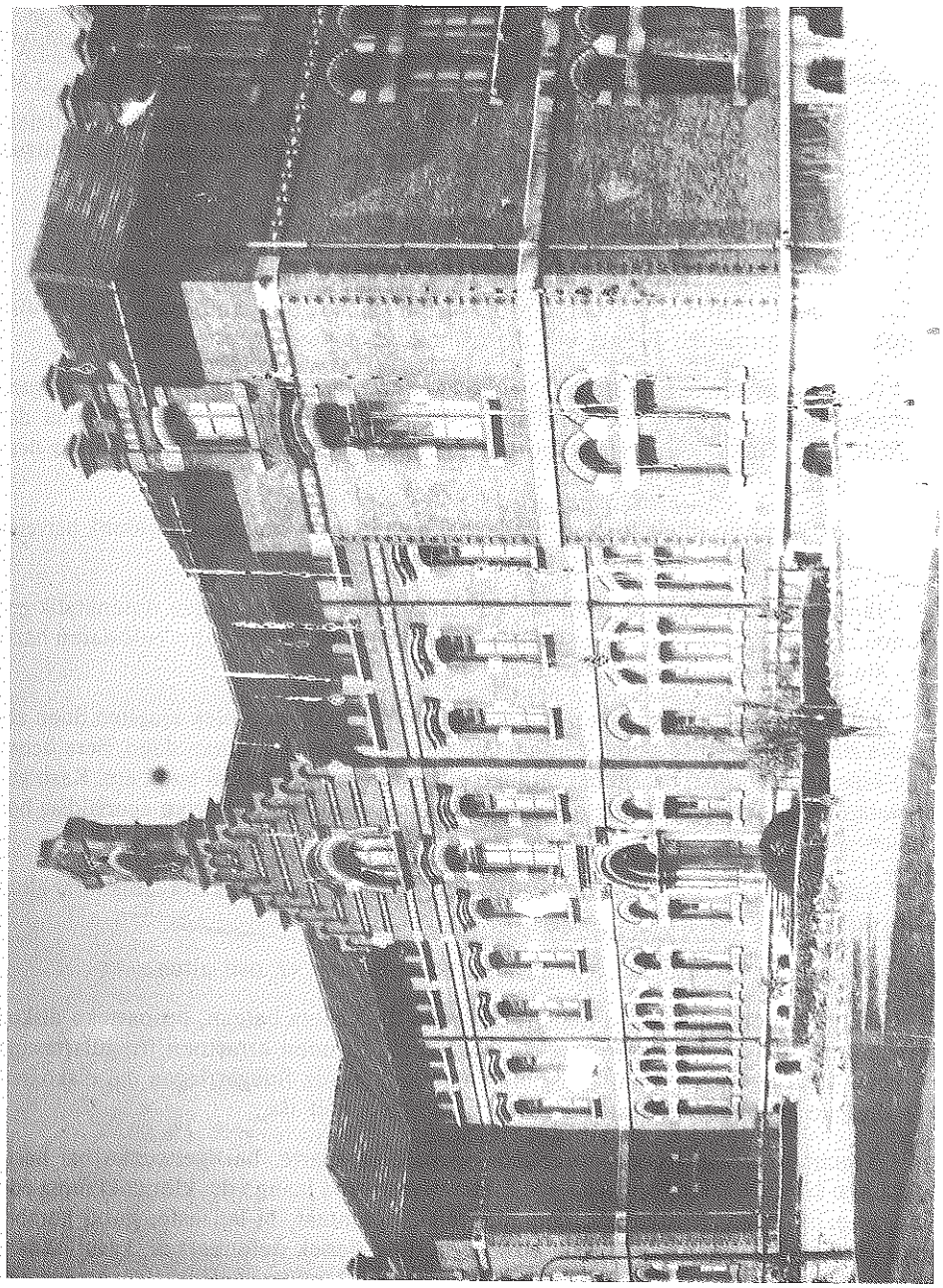
auek
mu-
lena
nbi-
aren
uta,

bat
oko
stik
uta

tai-

bi
ek
z).

n-



DISZITISA UMEENGAN

ARRIETA, J.; SANCHEZ, J.A.;
FONTANEDA, J.M.

Arantzazuko Amaren Ospitalea.
Traumatologiako zerbitzua

Diszitisa ornoarteko diskoaren prozesu infekziosoa da, nahiz eta prozesu inflamatorio eta traumatiko bezala ere deskribitua izan den.

Gehienetan umeengan gertatzen da, eta oso gutxitan helduengan; umeengan, helduengan ez bezala, ornoarteko diskoaren baskularizazioa mantentzen bait da. Jaiotzen garenetik, baskularizazio hori urteak pasa ahala endakatzen doa, guztiz desagertu arte.

Jatorria afekzio infekzioso sistemiko bat dela uste da, zeina odol-bidetik barreiatzen den ornoarteko diskoan eragina izan arte.

Ikerketa ezberdinetan egin diren ziztadetatik eta positibo eman dutenetatik gehienetan *Staphylococcus aureus-a* aurkitu da (%40), gutxiagotan tuberkulosiaren baziloa, eta gutxiagotan oraindik bruzela.

Klinika oso nabarmena da minaren bizitasunagatik, eta honek eragiten duen espasmo muskularragatik. Mina, gehienetan, gorputz-alde afektatuan dago, bere benetako kokapena gordez, batzuetan ondoko giltzaduretara hedatzen bada ere. Kasu gehienetan mugimendu eta funtzio-ezintasun bat dago, ohean gorderiko egonaldiaz hobetzen dena.

Laborategiko frogek ez dute interesik, globuluetako jalkiera abiadura altua izan ezik.

Sukarra fase akutuetan agertzen da bakarrik, eta ez oso altua.

Azterketa erradiologikoa negatiboa izaten da hasiera batean, ornoarteko diskoa txikitzea eta disko afektatuaren goiko eta beheko ornoen arrastoen irregulartasuna geroago agertuz O.T.A. bitartez eginiko azterketa askoz fidagarriagoa da, diskoaren eta ondoko elementuen lesioa hobeto baloratzen bait da.

Tratamendurako ohean gordetako egonaldiaz aparte, bai igeltsuzko bai beste motatako korse batekin lortutako egonaldia oinarrizkoa izango da, klinikoki mina edo funtzio-ezintasuna mantentzen den bitartean, behintzat, bi-lau aste, gutxi gorabehera. Tratamendu antibiotikoaren aukera ez dute denek defendatzen, kasu askotan berez osatzen bait dira tratamendu ortopedikoaren laguntzaz. Horretan oinarritzen dira diszitisaren jatorri inflamatorio inespezifikoa aldarrikatzen dutenak. Dena den, lau eta sei asteren bitartean tratamendu antibiotikoa eman beharraren jarrera onartua dago.

Osaketa, askotan, ornoen arteko ankilosi batekin amaitzen da. Horregatik garrantzi handikoa da elementu ortopediko batekin jarrera zuzenak mantentzea, bizkarrezurraren angulazioak ebitatuz.

Gure kasuan, larrialdiko zerbitzuan ikusi ondoren ingresatzen den bost urteko mutiko bat aztertzen dugu.

ARTRITIS INFEKZIOSOA BASURTUKO OSPITALEAN (ATZERANZKO IKERKETA)

GARCIA, M.L.; GONZALEZ-YGUAL, J.J.;
GALIDEZ, E.; UCAR, E.; GORORDO, J.M.;
ARANBURU, J.M.; ALVAREZ, M.*; CISTERNA, R.*

Basurtuko Ospitaleko Erreumatologia Saila; Mikrobiologia Zerbitzua.*

SARRERA

Artikulazioetako likidoaren kultiboan mikrobio baten hazkundeak, artritis kutsakorren ziurtasunezko diagnostikoa ematen digu. Horregatik, eta gure giroan dituen ezaugarri eta eragina ezagutzeko asmoz. Basurtuko Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzuan 40 hilabeteko periodoan aurkitutako likido sinobialen kultibo positiboen ikusketa egin dugu.

MATERIAL ETA METODOAK

1988.ko Uztailetik 1991.ko Urria bitartean agertutako likido sinobialeko kultibo positibo guztiak aztertu ditugu eta gonokozikoa ez den artritisa duten eta ospitaleko edozein sailetan aztertutako 81 gaixoen mostra bat aurkeratu dugu. Kasuen %61 gizonei dagokie (49 gizon eta 32 emakume), 55 urtetako batezbesteko adinarekin (20 eta 89 urte bitartean).

EMAITZAK

Aztertutako kasu hauetatik %46 Kirurgia ondorengo artritisak dira eta beste % 12 serologia GIB daukaten gaixoak dira, azken hauek, bere osotasunean drogazale aktiboak direlarik. Besteek arrisku-faktore ezberdinak (gibeleko zirrosia, diabetes, aurretiko patologia artikularra, etab...) aurkezten dituzte.

Aurkitutako mikrobioak, gehienetan koagulasa negatiboak diren estafilokokoak (%37,3), *Staphylococcus aureus* (%25,5) eta bazilo Gram positibo aerobioak (% 10,9a) dira.

ONDORIOAK

Kirurgia da, gure giroan, artikulazioetako infekzioetarako lehenengo arrisku-faktorea, eta estafilokoko koagulasa negatiboaren maiztasun handia, %60 batean gaixo hauen agente etiologikoa delako ematen da.

Aurkeztutako GIB positibodun 10 pazienteetatik, 6k *Staphylococcus aureus*-ak sortutako artritisa aurkezten dute, eta beste 3-k *Mycobacterium tuberculosis*-ak sortutakoa.

Ez dugu Gonokokoen kultibo positiborik aurkitu, eta hori erabat harritzen gaituen gauza da.

GERNU BIDEETAKO INFEKZIO SINPLEA BILBOKO SEKTORE BATEAN: ERRESISTENTZIAK ETA MEDIKUEN JARRERA LEHEN MAILAKO ATENTZIOAN

AIZPURU, M.; RUIZ, P.P.;
LASA, I.; OLASKOAGA, A.
Rekaldeko Osasun Zentrua.

SARRERA

Lehen mailako atentzioko (IMA) medikuak, gernu bideetako infekzio sinpleak tratatzeko antimikrobianoen multzo zabala du aukeratzeko. Azkenaldian medikuak antibiotiko berriak erabiltzen hasi dira, klasikoki erabiltzen zirenak erresistentzia asko agertzen dutela aitzakitzat hartuz. Erresistentziak lurralde geografikoaren arabera aldatzen dira.

HELBURUAK

Gure inguruko medikuek gernu bideetako infekzio sinpleen aurrean duten jarrera eta germen eragileek agertzen dituzten erresistentziak aztertzea.

METODOAK

Ikasketa deskriptiboa da. Gure inguruan dauden medikuntza orokorreko 20 kupotan, 1990. urtean zehar 14 urtetik gorako emakumeei egindako gernuko kultibo positibo guztiak hartu ditugu (274).

Inkesta itzi bat egin diegu inguruko 20 sondagileri.

EMAITZAK

16 sendagilek (% 88,9) gernua kultiborako jaso bezain laster hasten dute tratamendua eta 2k (% 11,1) antibiogramari itxaroten diote. 2k ez dute erantzun. Azido pipemidikoa da gehien erabiltzen den antibiotikoa eta hau aukeratzeko erizpide nagusia efikazia izan da.

E. coli 208 (% 75,9) kasutan izan zen germen eragilea, anpizilinaren aurrean 82tan (% 39,4) erresistenta zen, 46tan (% 22,1) TMP-SMX-en aurrean eta 20tan (% 9,6) Azido pipedimikoaren aurrean.

ONDORIOAK

Gure inguruko LMAko medikuen jarrera egokia iruditzen zaigu. Ikerketan germen eragileen erresistentziak urriagoak izan dira Estatuko beste ikerketekin konparatzen baditugu, eta lurralde anglosajoniarren antzekoagoak. Beraz, gure inguruan antimikrobiano klasikoak baztertzeko arrazoirik ez dugu ikusten.

A ESTREPTOKOKOAK SORTUTAKO FARINGOAMIGDALITISEKIKO EXANTEMAK: ESKARLATINA-ESTREPTODERMIA

TXAKARTEGI, X.; ONAINDIA, X.
Gernikako Osasun-Zentroa (Osakidetza).

A Estreptokokoak sortutako Faringoamigdalitisekiko 26 larruazaleko exantema ikertzen dira, denak Gernikako Osasun-Zentruko Pediatria-Kontsulta batean ikusitakoak. Honek suposatzen du 3-7 urte arteko umeen % 8ko morbilidadea. Hilabete hotzetan diran denak, eta epidemia bat lehenengo 4 hilabetetan ikusten da, 6 kasuko beste txiki bat azken bi hilabeteetan gertatzen delarik. Hiru kolegiotakoak dira umeak, eta momentu batean, kolegio bateko haurrak ia soilik gaixorik daudela esan genezake. Adin batezbestekoa 5,29 urtekoa da, eta mediana 5,4koa. Ume batek 3 urte baino gutxiago ditu.

Koadro Klinikoari dagokionez zera da aipagarriena: 10 kasutan ez dago faringoamigdaletako gaixotasunaren sintomatologiarik, hipertermiarik gabe 6 haur daude, eta beste 5ek febrikula bakarrik dute. Kontsultara etorri baino lehen 5 kasutan ez dira konturatu etxean exantemaz. Sintomen Hasieratik diagnostikora bitarteko denborunea 24-72 ordukoa da.

Azterketa Fisikoan 17 kasutan ohartzen gara exantema eskarlatiformez, beste 9etan inespesifikoak edo morbiliformeak diren bitartean. Aho-inguruko zurbiltasunaz eta mihi saburrelez apenas ohartu gara; bai ordea Pastiaren zeinuaz, 20 kasutan agertzen baita, ia beti eskarlatina motako exantemari lotuta. Edema eta hiperemia amigdalarra (exudatuarekin ala ez), ahosabaiko petekiak, adenopatia eta mihi saburrala, banaka edo bata beste bat edo batzuen laguntasunez 22 kasutan gertatzen da, baina 4 kasutan ez dago aho-eztarriko gaixotasunaren zeinutik. Ez dugu ezkatatzearen datu fidakorrik lehenengo epidemian, bai ordea 2.ekoak, non 6 kasutik 4tan ezkatapena jaso den.

Eskarlatina (edo Estreptodermia) diagnostikoa Koaglutinazio frogaren aurrean (Phadirect Strep A) positibitatea ikusi eta gero ziurtatu zen 24 umeengan. Kasu bitan ezin izan genuen ziurtatu Erreaktiboan faltagatik; hemen sartzen ditugu Eskarlatina sindrome nabarienetakoak izan zirelako eta gainera ezkatatzea ere aurkeztu zutelako. Ahozko penizilinarekin tratatu ziren denak 10 egunetan eta batek ere ez du ondorio kaltegarririk pairatu.

KONKLUSIOAK

1. Eskarlatinak, egun, klinika oso ematua aurkezten du, eta batzuetan sintomatologia orokorra eta aho-eztarrikoa falta izaten dira.

2. Epidemian, Eskarlatina motako exantemak beste batzuekin batera ikusi ohi dira, askotan aipatutako beste sintomak 2 motek izaten dituztelarik eta, batez ere, A Estreptokokoa izaten dutelarik eztarrian; beraz, uste dugu gaixotasun beraren aurkezteko erak edo maila dezberdinak direla, epidemia horietan larruazaleko afektaziorik gabeko A Estreptokokoak sortutako amigdalitisen gehiegizko kopuruaren arabera.

3. Edozein zalantzako exantema baten aurrean eta, batez ere epidemia aroan Koaglutinazio-froga edo kontsultan burutu dezakegun besteren bat bide erreza, fidagarria eta erabakigarria izan daiteke diagnostikoa egiterakoan.

Q SUKARRA: SEROPREBALENTZI INKESTA E.A.E.-n

SANZO, J.M.*; GARCIA-CALABUIG**,, M.A.**
AUDIKANA, A.***; DEHESA, V.

* Epidemiologi Unitatea (Donostia);
** Epidemiologi Unitatea (Gasteiz);
*** Laborategia (Bilbo);
Osasun Publikoaren Zuzendaritza.

Q sukarra oso gaixotasun zabaldua da, kronifikatzeko gai den zoonosi garrantzitsuenetako bat. Etxabere eta abere basati mota askok osatzen dute erreserbalekua, transmisio biderik garrantzitsuena airebidezkoa izanik. *Coxiella burnetii* deritzon mikroorganismoa da ekoizlea. Infekzioak gaixotasun sintomagabea zein egoera azpiklinikoa eta endokarditis edo hepatitis kronikoa eragin ditzake. Euskal Erakunde Autonomoan azken urte hauetan zehar, behinik behin, 16 puja ezagun zenbatu izan dira, 300 pertsona baino gehiago afektatu direlarik. Ikerketa honen helburua *Coxiella burnetii*-z infektatua dagoen euskal populazioaren prebalentzia ezagutzea da.

Laginketa geruzatu bat burutu zen "udalerriaren populazio-tamaina" delako erizpidea kontutan harturik. 30.000 bizilagun baino gehiago duten udalerriek osatzen zuten lehen estratua, bigarren estratua 10.000 eta 30.000 arteko udalerriek eta hirugarren estratua 10.000 baino gutxiago dutenek. Estratu bakoitzaren barnean Oinarrizko Sorospidetzako zentru guztien artean ausazko langiketa bat burutu zen, 1.estratuan 12, 2.estratuan 11 eta 3.estratuan 25 zentru izanik. Zentru bakoitzean, laborategiko azterketak egin behar zituzten pazienteen artetik, medikuak/ek aukeratzen zituen/zituzten, euskal populazioko sexu eta adineko "kuotak" errespetatuz. 1.estratuan 251 suero, 2.estratuan 247 eta 3.estratuan 312 suero lortu ziren (%95eko konfidantza mailarako %6 errore margina eta p=q=0,50). *Coxiella burnetii*-ren kontrako antigorputzak mugatzeko helburuarekin, ZIF (Zeharkako Inmunofluoreszentzia) delako teknika erabili izan zen.

1., 2. eta 3.estratuei dagozkien *Coxiella burnetii*-ko antigorputzen prebalentziak, %28,7, % 28,3 eta %38,5 dira. 10.000 bizilagun baino gutxiago dituzten udalerrien prebalentzia, esanguraz beste bi estratuen prebalentzia baino altuagoa da (Odds Ratio (OR) = 1,56, %95eko Konfidantza Tartea (KT)=1,08-2,27 eta OR=1,58, %95eko KT= 1,09-2,30). Sexuari dagokionez, prebalentzia gizonezkoengan emakumezkoengan baino altuagoa da (%36,3 eta %29) (OR=%1,40eko KT=1,03-1,90). Adina igotzen den heinean prebalentzia ere gehitzen da (*p<0.0001). "Nekazaritzako zein abeltzantzako lanbidea edukitzea orain edo iraganean edo behi, ahuntz eta ardiekiko kontaktua" aldagaia, arrisku faktore bezala azaltzen da (OR=2,87, %95eko KT=2,06-4,01).

Gure inguruan *Coxiella burnetii*-ren antigorputzen prebalentziak altuak direla pentsatsen dugu; beraz argiak ez diren koadro kliniko sukarradunen aurrean *Q sukarra* diagnostiko diferentzialerako kontutan hartu beharko litzateke. Gaixotasunaren kontrolaren ikuspegitik, txertakuntza pertsona arriskuzkoengan proposatu izan da, gure eritziz gaixotasunaren era kronikoen ezagueran sakondu beharko genuke. Era berean sanitateko interbentzio-programa baten kostuen eta irabazien ikerketa bat komenigarria izango litzateke.

*X^2 testa

B HEPATITIS-AREN AURKAKO TXERTAKETA NAFARROAN

ELIZALDE, L.; ZABALA, M.A.
Osasun Departamentua. Nafarroa (Lehen Mailako Osasun Laguntza).

Aurten lehenbiziko aldiz, Lehen Mailako Osasun Laguntza arlorako eta premiazko beharrak estaltzeko, B hepatitis-aren aurkako txerto kopuru bat egokitu da.

Hasiera batean, Nafarroan zegoen egoerari buruzko balorazio bat egin zen, 17 arrisku talde identifikatu eta ondoren zerbitzu sanitarioak antolatzeko eta txertoak administratzeko lehentasunezko eritziak aplikatu zitzaizkien. Horrela, Lehen Mailako Osasun Laguntzak ordena honetan eragingo zuen:

- Gutxitu psikikoki integratuak eta instituzionalizatuak.
- Ama eramaileen haur jaioberriak.
- Psikikoki gutxituak direnekin lan egiten dutenak.
- Larruazal azpiko edo istripu bidez odolaren agirian egon diren pertsonak.
- Ospitaletik kanpo dauden sanitario edo parasanitarioak.
- Eramaileen familikoak eta elkarrekin bizi direnak.
- Giza-arriskua duten pertsonak.
- Sexu harreman promiskuoak izan dituzten pertsonak.
- Benabarnetik droga hartzen dutenak.

Azken urte hauetan ordea, Nafarroako Ospitalea izan da B hepatitis-aren aurkako txertaketa segurtatzen zuen entitate publiko bakarra, gaur egun ere, zenbait arrisku talderen txertaketa aurrera daramaki, esate baterako ama eramaileen haur jaioberriena.

Ondorioz, Lehen Mailako Osasun Laguntzak, txerto kopurua eta lehentasunezko eritziak hartuz, epe motzerako lehentasuna honako arrisku taldeei eman die:

1. Lehen Mailako Osasun Laguntzako talde-kideei.
2. Psikikoki gutxituak diren taldeei, hauen zaintzaile eta familiartekoei.
3. Larrialdiei.

Hala ere eta aintzinera begira, batez ere zenbait arrisku taldetara iristeko, hala nola tramite administratiboak gutxitzeko asmoz, kontutan izan beharko dira honako ezaugarri huek:

- Erabil daitezkeen txerto kopuruak.
- Txertoa beharko duten populazio taldeak.
- Txertaketa egiteko beharko diren protokolo eta prozedurak.
- Txertoak kontrolatzeko sistemak.
- Txertoak banatzeko mekanismoak.
- Informazio sistemak eta txertaketen notifikazioa.

UR EDATEKOAREN BIDEZ TRANSMITITUTAKO SHIGELLOSI-PUJA

BEGIRISTAIN, J.M.; LARRAÑAGA, N.
Epidemiologi Unitatea. Gipuzkoako Osasun-Zuzendaritza.

Gastroenteritis-puja bat gertatu zen Zestoan (Gipuzkoa) 1991.ko Irailak 30 eta Urriak 5aren bitartean. Zerbitzu medikoen erabilpenaren gehitze eta eskola-umeen absentismoaren bitartez izan zen detektatua puja hau.

Pujaren ikerketa ondoko puntu hauetan kokatu zen:

a) Pujaren ezaugarriak eta tamaina populazioan.

1. Populazioaren inkesta epidemiologikoa.
2. Bertako Osasun-Zentruetan tratamendu medikoa hartu zuten pertsonen inkesta.

b) Herriko ur-hornikuntza sistema.

d) Ur-hornikuntzaren kalitatea.

e) Mikro-organismo patogenoen agerpena ur edatekoan eta afektatuetan.

Udalerri osoan zehar intzidentzi tasa berdina izan zen, altuagoa (%31,8), izanik 13 urtetik beherakoetan eta %19,1ekoa 13tik gorakoetan.

Aztertuak izan ziren 84 gorozki-laginetatik %72,64etan *Shigella sonnei* detektatu izan zen.

Gorotz Koliformeak azaldu ziren analizatutako ur-laginetan, zeinak uraren giza kontsumorako ezegokitasuna azaldu zuen.

Pujak, uretan izan zuen jatorria, *Shigella sonnei* agente kausala zuelarik. 756 pertsona (populazioaren %21,24) afektatuak izan ziren. Haur-populazioa izan zen bereziki afektatua (%31,84). Gaixotasunaren ezaugarriak, beherako mukoso eta odoltsua, sukarra eta ondoeza ziren. Transmisio bidea berriz, edateko ura izan zen. Hau, zalantzazko sanitate-kalitatezkoa zen: uraren tratamendua ez zen nahikoa (desinfekzioa soilik jasaten zuen) eta pujaren aurretik, hau ere narriatua zegoen (kloratzeko tresneria falta zen, desinfekzio-prozesua etenez). Honen ondorioz, "arriskutsutzat" jo dezakegun egoera bat azaleratu zen.

IGERILEKUKO GRANULOMAK: HIRU KASUKO ESTUDIOA

LANDA, N.; ARREGUI, M.A.; IZU, R.; OLEAGA, J.M.;
SAINZ DE GALDEANO, C.; DIAZ, J.L.

Dermatologiako Zerbitzua.
Gurutzetako Ospitalea.

Igerilekuko granulomak maiz agertzen dira, batez ere Ipar Europako herrietan, baina gure inguruan oso kasu gutxi deskribatu dira. Azaleko lesio papulo-nodularrak eta iraunkorrak dira. Agente infektatzailea micobakterio fotokromogeno bat da, *Mycobacterium marinum* izenekoa. Gehienetan arrantzale, urpeko kirolari edo akuariunetako langileetan jasotzen da, kutsaduraren iturria ur gazia edo geza izanik.

Hiru kasu berriren estudio kliniko eta patologikoa aurkezten dugu, eta eboluzioa eta tratamendua azaltzen dira. Lehenengo kasua 33 urteko andre bat da, azaleko lesio gorriska nodular batekin ukondoan, astiro handitzen zihoana. Bilbo inguruko udaletxeko igerileku batera sarritan joaten zela kontatzen zuen intereseko gaia bezala. Bigarren kasua, 2 urteko mutil bat, urtebeteko lesio nodular eta berrukosoa ukondoan aurkezten zuena. Aurreko uda Mediterraneoko kanping batean igaro zuen. Hirugarren kasua, 7 urteko mutil bat, ukondo inguruan zeukan bi hilabeteko lesio berrukoso batengatik kontsultatu zuen. Lehenengo kasuko igerileku berdinera joaten zen. Hiru kasuetan azaleko biopsiek inflamazio kroniko bat granulomak (nekrosirik gabe) azaldu duten, batzuetan zelula giganteekin, Langhans tipokoak. Hiru kasuetan baita ere azaleko zatien kultiboetan *Mycobacterium marinum* isolatu zen.

BIRUSAK ETA SISTEMA INMUNITARIOA ESKIZOFRENIAN

EGUILUZ, I.; ORTIZ, A.; TOTORIKA, K.; GALLETERO, J.M.

Euskal Herriko Unibertsitatea.

Autore guztiek onartzen dute gaur egun, Eskizofreniaren etiologian dagoen multifaktorialitatea. Ezagunak ditugu osagai genetiko, biokimiko eta psikosozialak. Osagai biokimikoen barnean, teoria dopaminergikoaz gain, endokrinologikoa, haluzinagarri endogenoak, nahasketa eskizofrenikoen hipotesi birikoa eta inmunologikoa ere sartzen dira.

Eskizofreniaren teori biralek I. Gerrate Mundialaren ondoren Europan egon zen Von Economo-ren entzefalitis epidemian dute beren jatorria.

Gaur egun, Crow eta beste autore batzuk, etiologia genetikoa onartzen dute birikoarekin eskizofreniaren arrazoiak azaltzerakoan.

Epidemiologi datu batek, orokorki kontrastatu eta onartua, jakinmin handia eta hainbat espekulazio sortu ditu: eskizofrenikoek neguko azken hilabeteetan eta udaberriko lehenengo hilabeteetan jaiotzeko joera handiagoa dute.

Bestalde, asko dira eskizofrenikoen LZR-an, M Ig anti-ZMB antigorputz tasa anormalak aurkitu dituzten ikerketak. Era berean, talde txiki baten LZR-an A Ig-zko maila altuak ikusi dira.

Orain, eskizofrenikoen burmuinetan genoma biriko edo antigeno biriko espezifikoak aurkitzeko eta isolatzeko ahaleginak egiten ari dira, baina ez da lortu datu argirik.

Hipotesi birikoekin erlazionaturik dauden ikerketa inmunologikoez gain, mendearen hasieran, sistema inmunitarioa psikosian nahasturik egotearen eritzia sortzen da. Linfozito anormalen presentzia ikusi da, baita B linfozitoen gehikuntza eta T linfozitoen beherakada, NK linfozitoen aktibitatearen murriztea ere agertuz. Halaber, eskizofreniko paranoideen M Ig-zko maila serikoetan murrizte adierazgarria gertatzen da, zein alfa-interferona produzitzeko gaitasunaren murriztea ere.

Azkenik, HLA sistemak eskizofrenikoekin dukeen elkartze posiblea eta markagailu genetiko gisako balio posiblea ari dira ikertzen gaur, "gen eskizofreniko" hipotetiko bati loturik.

GAIXOTASUN INFEKZIOSOAK ETA PSIKONEUROINMUNOLOGIA

FANO, E.
Psikologiako Fakultatea (Psikobiologia).

Aspaldidanik, ezagutza herrikoiak gaixotasuna eta, egun, estres deitzen duguna, loturik ikusi ditu. Honezkero, azken hogei urtetan zehar biltzen joan den oinarri enpirikoak, ez du gehiago ideia hau sasiteorien eremuan jarraitzerik bidezko egiten. Estresaren animali ereduek eskaintzen dituzten datuen arabera, estres egoerek, sistema inmunitarioaren erantzun gaitasuna beheratzen dute, animalia, gaixotasun infekziosoen eta prozesu neoplasikoen aurrean ahulduz. Ikasketa esperimental hauetan, estres iturria ondo kontrolaturik egon da. Gizakiengan egindako ikerketetan berriz, estres iturriaren indarra, eragina eta horren aurrean erabilitako estrategia psikologikoen, hau da "coping"-bideen, egokitasuna neurtzeko orduan, erizpide batasun batetara heltzea zaila izan da beti.

Dena dela, nahiz eta zenbait emaitza kontrajarriak izan, oro har, bai animaliengan egindako ikerketa esperimentaletan, bai gizakiengan egindakoengan, datuen ildoa bide berdintsuetatik doa. Izaki patogeno baten eraginpean egonik ere, bakarrik gizaki sentikorren arteko batzuk dira gaixotuko direnak. Gertakari honen azalpenean beste askoren artean, eragingarri psikosozialek duten indarra adierazten duten zenbait lanen emaitzak azaltzen saiatuko gara. Hain zuzen ere, nola lanik gehienek, beste batzuren artean, estres egoeraren, eta linfozito kopuru totalen beherapenaren, mitogenoen aurreko erantzunaren ahultzearen, eta NK zelulen gaitasun zitotoxikoaren gutxitzearen artean, lotura bat aurkitu duten. Inmunitate humoralari dagokionez estres egoeretan, gai infekzioso oportunisten kontrako antigorputzen maila, bai txistuan, bai odol-sueroan, handitu egiten da, gai horiek ugalketa eta zabalpen prozesu batean sartu direneko susmoa azalduz.

Estres egoeretan ematen diren prozesu fisiologikoak gainetik azalduko dira, batez ere, sistema inmunitarioaren zelulekin harremanetan jartzen diren puntuetan. Hau da, sistema inmunitarioak, nerbio sistema zentralarekin eta ardatz hipofisi-adrenala dituen harremanak. Azken batean, badirudi, aurrez aipatutako fenomenoengan, estres egoeretan giltzurrungaineko-azal guruinek jariatzen dituzten kortikoesteroideek zeresan handia dutela: ezen, bai linfozitoengan, bai sistema inmunitarioko beste zenbait zelulengan, hauetako zenbait gai hormonalentzako hartzaileak aurkitu izan baitira. Gai hauen eragina, inmunobeheratzailea suertatu da. Bestalde, bai barean, bai timoan, nerbio bukaerak aurkitu izan dira. Adibidez, beldur egoeretan jariatzen den norepinefrinak, aurkako eragina izaten duela adierazi izan da, inmuno-potentziadorea dela, alegia. Datu hau, estres egoera zorrotzek, eragin inmuno-potentziadorea dutela adierazten dutenen multzoan sar genezake.

Bukatzeko sistema inmunitarioaren erregulazioan barne opiazeoek izan dezaketen eraginaz arituko gara, baita inmunobeherapenaren edo gorapenaren eta gaixotasunaren arteko harremanaren auzia aipatu ere.

DNA SONDEN BIDEZKO P. FINBRIEN DETEKZIOA

BILBAO, J.R.; ABALIA, I.; RODRIGUEZ, E.; VARELA, M.I.
Erizaintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea.

Gernu-traktuko infekzioa (eta bereziki pielonefritisa) pairatzen duten gaixoen artean isolatutako *Escherichia coli* zepetan P finbriaren presentzia ohizkoa da, finbria horrek bakterioa uroepitelioari atxekitzen eta berori kolonizatzen uzten duenez, gernu-traktuko infekziotarako birulentzia-faktorerik garrantzitsuenetarikoa dela esan daiteke.

P finbria kodifikatzen duen *pap* gene-multzoa edo "cluster"-a, 11 gene desberdinez osatuta dago, *pap* A-tik *pap* K-raino alegia, horietariko bakoitzak proteina desberdin bat kodifikatzen duelarik: subunitate nagusia (PapA), muturreko subunitateak (PapE eta PapF), muturreko adhesina (PapG) eta peptido horien kanpo-alderako garraiorako proteinak, erregulazio-proteinak eta abar.

Hau horrela izanik ere, Mikrobiologiako laborategietan, P finbriaren detekziorako teknikak neketsuak eta luzeak izan ohi dira, P finbriaren espresioa laborategiko kultiboetan ez bait da beti lortzen eta bere presentzia ziurtatzeko P finbriaren espresioa areagotzen bide duten bi edo hiru kultibo-medio desberdinetan hazitako bakterioekin saiatu behar izaten da. Horrexegatik, DNA sonden bidezko hibridaziorako protokoloak garatzea garrantzitsua da, denbora laburrean eta modu errazean finbriaren agerpena detekta bait daiteke. Hala ere, horretarako, beharrezkoa da zenbait leku desberdinetan klonaturiko *pap* gene-multzoak konparatzea, beraien arteko eremurik kontserbatuena identifikatu eta ondoren, sonda egokia aukeratu.

PALUDISMOA

ARRIAGA, L.; IBARGUREN, C.;
ARTETXE, J.; CALVO, A.

Barne-Medikuntza.
Arantzazuko Amaren Ospitalea.

Eritasun tropikalen artean bidaiarientzat garrantzia gehien eduki dezakeen eritasunetako bat da paludismo edo malaria. Eritasun honen sortzaile den *Plasmodium* protozooaren lau espeziek besterik ez dute sortzen infekzioa gizakietan. Lau hauetatik, FALZIPARUM delakoa da arriskutsuena.

Ondorioz, ezinbestekoa da bidaia bat egiten dugunean, bertan zein espezie dauden eta erresistentzia zein farmakori azaltzen dioten jakitea. Hau ezagutu ondoren profilaxia beharrezkoa den ala ez erabaki eta gaixotasuna azaldu ezkero, tratamendua aukeratzeko. (Ikus mapa).

PROFILAXIA:

NEURRI OROKORRAK: Paludismoa *Anopheles* eltxoaren ziztadaren ondorioz kutsatzen denez, arriskua dagoen zonalde batera joan ezkero, bai moskiteroa eta bai moskitoentzako uxatzaileak komenigarriak dira.

Bestetik, odol-transfusioen ondorioz ere kutsa daitekeenez, bertatik bueltatzerakoan odol-emaileek kontu berezia eduki behar dute.

KIMIOPROFILAXIA: Zonaldean klorokinari erresistentziarik deskribatu ez bazaio, honekin profilaxia egitea komenigarria da.

Vivax eta *ovale* motak dauden zonaldetara joan ezkero, klorokinarekin profilaxia bera egin eta itzuli ondoren, hauek duten ziklo bereziagatik primakina hartzea komenigarria da.

Klorokinari erresistentea den *falciparum* mota dagoen lekuetan gaia zailxeagoa da eta ez dago hainbesterainoko adostasunik. Batzuek klorokinarekin profilaxia egin eta badaezpada Kinina eta Fansidar eramatea gomendatzen duten bitartean, beste batzuek profilaxiarik ez egin eta tratamendu ahalik eta ziurrena eraman eta sintomak hasi ezkero hau hartzea gomendatzen dute. Kriterioa zonaldeak azaltzen duen kutsatze-arriskua eta bertan pasa behar den denbora kontutan edukiz alda daiteke dena den.

Profilaxirako klorokinari Fansidar gehitzea ere proposatu da; baina bigarren honek dituen efektu sekundarioak kontutan edukita, arrisku asko dagoen zonalde batean denbora luzez bizi behar bada besterik ez da gomendatzen. Ingurune horretan Fansidarri erresistenteak diren plasmodiumak baleude, Kinina eta tetraziklinak eraman eta sintomak agertu ezkero hartzen hastea beharrezkoa da.

Bai klorokina eta bai Fansidarri erresistentziak dauden lekuetan profilaxia Meflokinarekin egin daiteke; astean 250 mg joan aurretik astebete, bertan jarraitu eta etorri ondoren lau astetan mantenduz.

TRATAMENDUA

Plasmodiuma falziparum motakoa ez bada, edo falziparum motakoa izanik klorokinari erresistentziarik deskribatu ez zaion area batetik baldin badator, klorokinarekin egin daiteke tratamendua, beti ere eboluzioaren kontrol zehatza eramanaz.

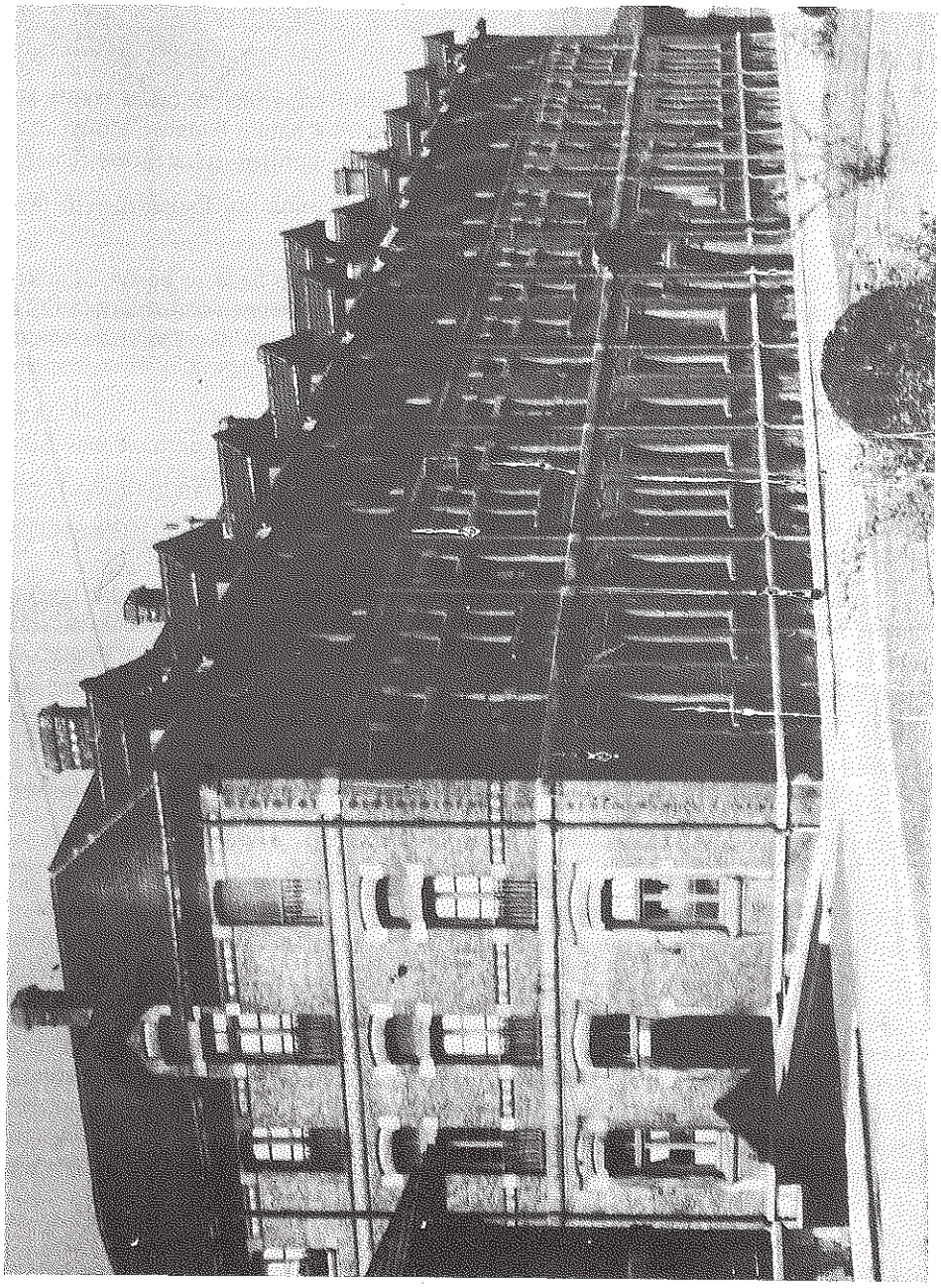
Zonaldean klorokinari erresistentziak baleude, Kinina eta Fansidar-ekin (Pirimetamina + Sulfadoxina) egin behar da tratamendua.

Fansidarri erresistentzia dagoen zonalde batetik baldin badator berriz, bi aukera daude: Meflokina edo Kinina + Tetraziklina bat. Dena den zenbait lurraldetan (Tailandia, Birmania, Kanputxea eta Afrika eta Hegoameriketako leku konkretu batzuetan) Meflokinari erresistenteak diren falziparum motak azaldu dira.

Bestalde, *vivax* eta *ovale*-aren kasuan, beraien ziklo bereziagaitik, Primakina gehitu behar zaio tratamenduari, kutsadura transfusio bidez izan ez bada behintzat.

Haurdunaldian, klorokina da aukerako farmakoa eta pirimetamina beharrezkoa balitz, 3 egunez eman beharko litzateke Azido Folikoa gehituz. Sekula ez da Primakinarik eman behar.

Azkenaldi honetan beste farmako batzuk ere badaude baina oraindik ikerketa mailan, hala nola Halofantrina eta Artemisinima, behar bada aurrerantzean bai tratamendua eta bai profilaxia alda dezaketen farmakoak dira beraz. Dena den, inongo dudarik gabe, profilaxi mailan txertoa da erronka nagusia.



AMEBIAS

Infez

Ame

Biol
edo form

Orai
bestea ez

Gau
ameba ba

EPI
Afrikako
merikako
beretan e
ten.

PAT
dian geld
mukosa z
tzuetara

KL

1. H

2. M
koa. Dis
kronikoa.

3. C
lia eta le
gizoneng

4. B

5. K
ginazioa.

AMEBIASIA

ARTETXE, J.; IBARGUREN, C.;
ARRIAGA, L.; CALVO, A.

Barne-Medikuntza.
Arantzazuko Amaren Ospitalea.

AMEBIASIA

Infezio hau *Entamoeba histolytica*-k eragindakoa da.

Ameba hau animalien eta gizakien hesteetan bizi da.

Biologikoki bi forma aurkitzen dira: Trofozoitoa edo forma inbasiboa, eta kistea edo forma infektantea.

Oraintsu frogatu da bi populazio dezberdin aurkitzen direla, bat patogena eta bestea ez.

Gaur egun posible da "Zimodeme" deitzen den profil entzimatikoaren bidez, ameba bat patogenoa den ala ez jakitea.

EPIDEMIOLOGIA: Mundu guztian aurkitzen da, batez ere klima beroetan: Afrikako mendebaldean eta hegoaldean, Asiako hegoekialdean, Mexikon eta Hegoamerikako mendebaldean. Gaixotasun honek garrantzi haundia dauka, kasu batzuetan beretan ez pentsatzearren, ez garelako diagnostiko eta tratamendu egokia egitera iristen.

PATOGENIA: Kistea liseri aparatuan sartu trofozoitoak formatu eta heste lodian gelditzen dira. Amebak beste itsuan eta ipurtestean ultzerak eragiten dituzte eta mukosa zeharkatuz porta bena bidez gibelera heldu. Gero gibeletik beste ehun batzuetara iritsi daitezke.

KLINIKA: Aurkitu ditzakegun afekzioak hauek dira:

1. Hesteen kolonizazioa, sintomarik eman gabe baina germenak hor daudelarik.

2. Mukosaren inbasioa, eta hemen tipo hauekin egin dezakegu topo: asintomatikoa. Disenteria amebianoa (hesteetako erritmo aldaketarekin). Ameboma. Kolitis kronikoa.

3. Gibelaren inbasioa, abszesua formatuz (sukarra, gibeleko mina, hepatomegalia eta leukozitosia) gehienetan eskuineko lobuluan gertatzen da eta zerbait gehiago gizonengan.

4. Beste organo batzuen inbasioa: Larruazala, pleura, perikardioa, zerebroa.

5. Konplikazioak: Hesteetako perforazioa. Megakolon toxikoa. Estenosia. Inbaginazioa. Organo genitalen inbasioa.

DIAGNOSTIKOA: 1. Gorozkietan amebak ikusiz, heste lodian ultzerak ikusiz, eta serologiaren bitartez. 2. Trofozoitoak gorozkietan ikustea ez da diagnostikoa. 3. Organoen inbasioa daukagunean beti aurkitzen da serokonbertsioa.

TRATAMENDUA: Dauzkagun farmakoak toki desberdinetan aktuatzen dute, batzuk tisularrak dira eta besteak luminalak. Gaur egun eztabaidan dago ea gaixo asintomatikoak tratatu behar diren ala ez. Honetarako garrantzitsua da zymodemen analisia, jakiteko zeintzuk diren patogenoak.

Farmakoak hauek dira: 1. Luminalak: Diloxanida furoatoa, Paramomizina, eta Diiodohidroxikinina. 2. Tisularrak: Hesteetan Tetraziklina eta Eritromizina, Gibelean Klorokina, Ehun guztietan Metronidazola, Tinidazola, Emetina eta Dihidroemetina.

TRATAMENDUA KASU ZEHATZETAN:

1. Asintomatikoetan edo kiste fasean: Diloxanida furoatoa 500 mg/eg 10 egunez edo Paramomizina 30 mg/kg/eg 5-10 egunez edo Tetraziklina 250 mg/eg, 10 egunez ta gero Dilodohidroxikinina 650 mg/eg 20 egunez edo Metronidazola 750 mg/eg 10 egunez.

2. Errektokolitis inbasiboa: Metronidazola 750 mg/eg, 5-10 egunez edo 50 mg/kg dosi bakarrean, gehi Diloxanida furoatoa edo gehi paramonizina. Beste aukera bat Tetraziklina 250 mg/eq.15 egunez gehi klorokina 150 mg/eq.14 egunez. Beste bat Dihidroemetina 1-1,5 mg/kg/eq.5 egunez gehi Diloxanida edo Paranomizina.

3. Gibeleko abszesua:

— Metronidazola 750 mg/eg, 5-10 egunez edo 2,4 mg/kg 1 edo 2 egunez + Diloxanida furoatoa edo paramomizina.

— Dihidroemetina 1-1,5 mg/kg/eg, 5 egunez + Diloxanida furoatoa edo Paramomizina.

— Klorokina 600 mg egunean, 2 egunez eta gero 300 mg 2-3 astez.

ANTI-MIZELIO ANTIGORPUTZEN INDUKTOREAK DIREN CANDIDA ALBICANS-EN ANTIGENOEN KARAKTERIZAZIOA

BIKANDI, J.; ARILLA, M.C.; BARTUREN, B.;
MORAGUES, M.U.; EZKURRA, P.A.; PONTON, J.

Mikrobiologia eta Inmunologia Saila.
Medikuntza eta Odontologia Fakultatea E.H.U.

Candida albicans onddo oportunistak eragindako infekzio inbasiboen gehipena eta beraien diagnosi kliniko eta mikrobiologiko zaila, proba serologikoen erabilera bultzatzen ari dira. Izan ere, *C. albicans* en mizelio- eta legami faseek azaltzen dituzten desberdintasun antigenikoek, mizelio-faseko pareta zelularraren antigeno espezifikoak ezagutzen dituzten antigorputzen detekzioaren bidez (antimizelio antigorputzak izendatuak), kandidiasi inbasiboa duten pazienteen bereizketa posible egin dute.

Lan honetan, adsortzio —eta eluzio— tratamenduen bidez, *C. albicans* en mizelio- faseko pareta zelularraren gainazaleko antigenoak ezagutzen dituen antisueroa lortu zen. Antisuero honek, kultibo-medio desberdinetan induzitutako hodi germinalekin eta 37° Ctan kultibatutako legamia portzentai txikiekin erreakzionatzen zuen. Ordea, Lee medioan 37° Ctan kultibatutako legamien %50 arte fluoreszentzia azaltzen zuten. Poliakrilamida gelean mizelio- eta legami faseetako pareta zelularraren estraktuak banandu eta antisueroa honen blot-arekin erabili zenean, fase bietan azaltzen ziren 230-250, 62, 43 eta 41 kilodaltonetako antigenoak ezagutu zituen. Antigeno hauek, 100°Ctan bi minututako beroketarekiko sentsibilitatea azaldu zuten. Mizelio--faseko antigenoen parekoak diren legami faseko antigenoen presentziaren baieztapena, legami fasearekin egindako adsortzio errepikatuek eragindako antisueroko antimizelio antigorputzen desagerpenaren, eta, legami-fasearen estraktuekin inmunizatutako untxietan antimizelio antigorputzak induzitzeko ahalmenaren bidez behatu zen.

Emaitza hauek, legami fasean, antimizelio antigorputzak induzitzen dituzten antigenoen presentzia iradokitzen dute, eta nahiz eta beraien pisu molekularra mizelio-fasekoekiko berdintsua izan, beraien kokapena paretan ezberdina dateke.

TUBERKULOSIA ETA HIES

AGIRREBENGOA, K.; IGLESIAS, J.; LASA, I.;
GOIKOETXEA, J.; LASA, I.
Gurutzetako Ospitalea

HELBURUA

HIES esta Tuberkulosiak jotako gaixoen ezaugarriak eta intzidentzia aztertzea. TBK-aren diagnostikoa, kultibo eta histologiaren bidez egin zen.

METODOAK

5 urteko epean Gurutzetako Ospitalean HIES eta TBKa izan zuten kasu guztiak ikusi genituen.

EMAITZAK

7 gaixoetan TBK HIES baino lehen agertu zen; 42 gaixoetan aldi berean; eta 5 etan HIESaren eboluzioan zehar. Guztira, HIESak jotako %17an eman zen TBK. 54 kasuetatik 21 (%39) lokalizatuak izan ziren (13 biriketan, 7 gongoil linfatikoetan eta 1 artikulazioetan) eta 33 (%61) hedatuak izan ziren, 20 gaixoetan patroi miliarra eman zelarik. Gaixoetatik %87 drogazaleak ziren eta ez zegoen hemofilikorik.

% 43ak PPD 5 mm baino gehiago agertu zuten eta inork ere ez zuen profilaxirik hartu.

TBK lokalizatu artean T4 linfozitoen batezbesteko 286/mm^3-ko (48-600) izan zen eta hedatuetan 113/mm^3-ko (8-450).

3 gaixoetatik batek inmunoeskasiaren birusaren antigenoa ez zuen agertzen. *Mycobacterium tuberculosis* behin aurkitu zen 36 gaixoetan eta behin baino gehiago 18etan. Esputoan Ziehl tintzioaren eta kultiboen arteko erlazio 16/18 izan zen eta garbiketa bronkoalbeolarrean 5/27.

Likido zefalorrakideoan 2 gaixoetan aurkitu zen *Mycobacterium* eta histologikoki ganglioetan 13 gaixoetan eta gibelean 2etan, hezur muinean 1ean eta likido sinobialean beste batean. TBK diagnostikatutako unean 27 gaixoek gainerantzeko beste infekzio oportunista batzuk zituzten. 3 gaixo TBKren ondorioz hil ziren eta 11 ikasketan zehar.

Gaixotasuna berriz agertu zen tratamendua bukatu eta 11 hilabete beranduago gaixo batean eta beste 6 gaixoetan tratemendua utzi egin zutelako. Jarraipenean 11 gaixo galdu genituen.

7 gaixoetan farmakoren bat aldatu egin zen, ondorio txarrengatik (4 gibeleko toxizitatea eta 3 rash-hazkura).

ONDORIOAK

1. HIESak jotako gaixoetan TBK da gehien ematen den infekzioa, batez ere drogazaleetan.

2. Hedatutako TBK da sarriena, birikak izanik gehien jasaten duten organoa.

3. Tratamendu goiztiarra, efikaza eta tolerantzi onekoa beharrezkoa da.

4. Tratamendua jarraitzen ez duen gaixoen kopurua eta baita jarraipena galtzen diogunena ere altua da.

ASPERGILLUS FUMIGATUS ETA ASPERGILLUS FLAVUS-EN BIRIKETAKO ASPERGILOSI INBASIBOA BIRIKETAKO KARTZINOMA ZUEN PAZIENTE BATEAN

BARRENETXEA, J. (Mikrobiologia Zerbitzua);
FERNANDEZ, P. (Erradioterapia Zerbitzua)
Institutu Onkologikoa. Donostia.

Biriketako aspergilosi inbasiboen (BAI) kasuetan atzemandako gorakadak paziente inmunodeprimituen ugaritzearekin harreman zuzena dauka.

Ospitaleetako airean, sarritan. *Aspergillus*-espezie ezberdinetako esporak aurki daitezke eta hauek arnas hartzearekin, albeoloetaraino iritsi daitezke bere tamaina txikiagatik (2,5-3 mcm. *A. fumigatus*-en kasuan). Horregatik *Aspergillus*-enganako kontaktuak unibertsala izan behar du, baina eritasun inbasiboa ez da maiz ikusten. Eristasunaren eboluzioa pazientearen inmunitatearen eta germenaren birulentziaren arabera emango da.

600 *Aspergillus*-espezie baino gehiago ezagutzen baldin badira ere, BAI gehienak *A. fumigatus*-ek sortuak dira, eta, proportzio txikiagoan, *A. flavus* eta beste *Aspergillus*-ezpezieak. *A. fumigatus* zepa batzuen birulentzia arrazoi hauengatik handitu daiteke: Elastasa, fagozitosiaren inhibitzaileak (gliotoxina eta aflatoxina) eta konplementu aktibazioaren inhibitzailea produzitzeko ahalmenagatik.

BAI-ren eboluzioa oso azkarra da. Sukar handiarekin hasten da: gero biriketako kontsolidazio-eremuak agertzen dira. Hauek handitzen dira, eta biriketako periferiara hedatzen dira, eta gorputzeko beste lekuetara ere. Pronostikoa, sarritan, fatala da.

Tratamenduan, faktore garrantzitsuena diagnostiko goiztiarra da, erasandako gaixoen erantzun inmunitarioa gutxiagotua egoten denez, Antigorputzen ikerketa ez da balio handikoa. Antigenoa determinatzeko teknikak, ordea, baliagarriak izan daitezke. Karkaisa edo garbiketa bronkoalbeolarraren kultibo positiboa BAI-ren predikzio-ahalmen handia du, batez ere sukarra edo/eta biriketako infiltratua baldin badaude.

B Anfoterizina, B Anfoterizina eta Fluzitosina, Itrakonazola edo B Anfoterizina liposomala ez dira beti, tratamendu eraginkorrak.

Eskuineko birikako kartzinoma epidermoidea zuen 71 urtetako gizon baten kasua aurkezten da. Astenia, argaltzea, espektorazio hemoptoikoa eta leukopenia arin bat agertzen zituen. Ospitaleratua, erradioterapia hartu zuen, eta, hiru asteren barruan, sukarrik gabeko pneumonia peritumorala azaldu zitzaion. Antibiotikoekin tratatua, bere egoera orokorrak okerrera jo zuen, biriketako kondentsazio-eremua handiagotuz.

Elkarren segidako hiru egunez aztertu zen karkaisa. Mikroskopikoki, *Aspergillus*-ekin konpatibleak ziren hifa tabikatu eta leukozito ugari ikusten ziren. Kultiboan, hiru laginetan *A. fumigatus* eta *A. flavus* ugari hazi ziren.

B Anfoterizinarekin tratamendua hasi zen eta, egun berean, hil zen pazientea.

BAI-ren diagnostiko goiztiarraren garrantzia eta paziente inmunodeprimituen pneumonia mikosi baten posibilitatea kontutan hartzea azpimarratzekoak dira.