NEUROINMUNOERAENKETA

FANO, E.; GARMENDIA, L.
Psikologiako Fakultatea (Psikobiologia).

Panel honetan sistema inmunitarioaren erregulazio orokorraz arituko gara. Orain arte inmunologoek sistema inmunitarioaren eraenketa, sistemaren barneko harreman zirkuituetara murrizturiko ikuspegi batetik aztertu dute, gorputzaren beste sistemikiko harremanak alde batera utziz, sistema inmunitarioa isolaturik balego bezala. Joera honi jarraituz, ikerlari askok molekula "inmunitarioak" "ez inmunitarioetatik" aparte lan egingo balute bezala ikusi izan dituzte. Ikuspegi hori, egun, ezin dugu zuzentzat jo.

Inmunitarioa, bere funtzionamenduaren osotasunean, sistema anizkun bat da, nerbio sistema, sistema endokrinoa eta sistema inmunitarioaren elementuen arteko harremanetatik sortzen den sistema.

Psikoneuroinmunologiak ikuspegi honek eskaintzen dituen azalpenetan oinarrituz, faktore psikosozialek, gaixotasun infekziosoen eta neoplasikoen aurreko babesgaitasunean duten eragina ikasten du.

Panelean, sistema inmunitarioak hurrengo egitura eta konposatuekin dituen harremanen azalpen datuak erakutsiko dira:

– Nerbio sistemarekiko harremanak: Anatomikoak.
  Neurotransmisoreekiko harremanak.
– Ardatz hipofisi-adrenalarekiko harremanak: ACTH.
  Kortikoesteroideak.

Glukokortikoideak.

e.a...

BURUKO ZORRIAK ESKOLETAN

MAGRA, G.

Bilboko Udaleko Eskola-Osasun Zerbitzua.
Eskola Osasun Zerbitzuko Mediku eta Ertizainak
E.I.S.I.ko Higiene Hezkuntzaren Egilea.

Azken hamar urte hauetan Bilboko eskola publikoetan hiru ikerketa burutu ditugu. Zorri kutsaduraren prebalentzia hiru urtetik hamahiru urterako umeen artean ezagutu nahi genuen. Guk Parasitatua deitzen diogu zorriak edota bartzak dituenari.

Lehenengo ikerketa 1982.eko azaroan izan 2en. Auzo errepresentagarri batean 3-13 urte bitarteko 3.732 haur aztertu genituen, % 9,65eko prebalentzia izanez. Lau urte pasatutakoan 1986.eko azaroan bigarren ikerketa egin genuen, eta auzo berean 2.763 haur aztertuta zeuden, % 9,23ko prebalentzia aurkitu genuelarik. Bigarren ikerketa honetan hiriko eskola publiko guztiak eta 3-13 urte bitarteko ume guztiak (23.624 haur) aztertu genituen, hurrengo datuak lortuz: a) % 9,39ko prebalentzia atzeman genuen hain zuzen; b) sexuari dagokionez, prebalentzia haundiagoa zen nesketan (10.913 neska ikusita % 12,2 kutsatuak eta 12.711 mutil % 6,97ko prebalentziaz - $p < 0,0001$); c) adinari dagokionez, OHOko 3,4 eta 5. mailetan prebalentzia altuenak aurkitu genituen, 8 urtetik 10 urtera alegia ($p < 0,05$) eta txikienak eskolaurrean eta 8. mailan; d) parasito hau maila sozial guztietan aurkitu genuen baina beheko maila soziala gehiago kutsatua izanik; e) nabaritu genuen ere nola ikerketa hau burutu eta hilabete pasatu ondoren, prebalentzia gutxitu zen gure interbentzioagatik % 9,37tik %5,92ra ($p < 0,0001$). Hirugarren ikerketan, momentuz amaitu gabe, beheko maila sozialeko auzo baten prebalentzia aztertzen ari gara. Hau, 1990.eko urrian hasi zen 1.153 hau ikusiz eta % 18,9ko prebalentzia atzeman genuen. Urtebete geroago 1991.-eko urrian interbentzio zuzen batez kutsadura prebalentzia gutxitu ezinik gaude (1.123 haur ikusita % 19,85eko prebalentzia lortu dugu).

Ikusten denez, buruetako zorriena arazo haundia da, zenbakion garrantziagatik ezezik baita ezin gutxitzeagatik ere. Buruko zorriak familia osora zabaltzen dira, beraz tratamendua ezin da eskolan bakarrik gelditu eta eskola-osasunez gain gizarte guztiaren laguntza behar da.

ERRUBEOLAREN AURKAKO TXERTAKETA O.H.O.ko 5. MAILAKO NESKATOEI

ALDAMIZ-ETXEBARRIA, I.
Bilboko-Udala Eskola-Umeen Osasuna.

Aurreko ikasturteetan bezala, iaz ere Bilboko Udaleko eskola-osasun taldeak gure hiriko ikastetxe publiko guztietako 5. mailako neskatoei errubeolaren aurkako txertaketa egiteari ekin zion.

Ekintza honen ondoriorik garrantzitsuena honako hau izango litzateke: Eskola-osasun taldeak zuzenean txertoa jarri ziela 1.044 neskatori eta, hauei aurretik txertatuta zeuden 144ak gaineratzen badizkiegu guztira 1.188 neska txertatu dauzkagu. Beraz, azkenean %93,83 neska txertatzea lortu da.

Aurten, aldiz, egoera berezi baten aurrean aurkitzen gara. Eskola-umeen artean gero eta elgorri gehiago denez gero, Osakidetzak hurrengo erabakia hartu du: Neskei errubeolaren aurkako txertaketa egin beharrean, txerto hirukoitza birikoa jartzea O.H.O.ko 5. mailako neskei zein mutilei.

Errubeolaren aurkako txertaketa 1991ko datuak

Txertoa hartzeko adinean daudenak	1.266	
Txertatuta daudenak	144	%11,3
Eskola-osasun taldeak txertatutakoak	1.044	%82,4
Txertoa hartu gabe gelditu direnak	78	% 6,1
– Gurasoek, baimenik eman ez dutelako	18	% 1,4
– Beste arrazoi batzuengatik	60	% 4,7

KOLEKTIBO BEREZI BATEAN B HEPATITISAREN KONTRAKO TXERTAPENAREN BIGARREN MAILAKO ONDORIOAK

APELLANIZ, A; ARRUZA, J.; SOLOETA, J.;
SANTOS, I.; AZKUNAGA, B.

G.V.-U.T.A.P.-Zerbitzu Medikoa.

SARRERA

VHBren antigenoak adierazteko DNAren birkonbinazio teknikak aplikatzeko eta txertoetan erabiltzeko posibilitateak, B hepatitisen txertapenean aldaketa nabarmena suposatu du; erabilitako txerto hauek ziurrak, inmunogenetikoak eta eraginkorrak dira, sortzen diren bigarren mailako ondorioak arinak izanik. Ondorio hauek eritema eta gorputzaren min lokala edo iragankorra izan daitezke, eta inoiz febrikula edo ondoez orokorra, dardarak, neuralgiak eta erreakzio sistemikoak, hauetariko ondorio batzuk adjubanteari dagozkiola.

GAIA ETA METODOA

Ertzaintzaren pertsonaleko kanpaina batean, B hepatitisaren kontrako txertapenaren bigarren mailako ondorioak aztertzen dira. Informazio kanpaina egin eta gero, 2.773 ertzainek eskatu dute txertoa, eta guztira 5.595 dosi jarri dira. Txertapenaren dosi bakoitzaren ondoren, inkesta bat banatu da, eta horren bidez, injekzioaren ondorengo 72 orduetan anomalia batzuk jasan duten ala ez erantzungo digute pazienteek. Baita ere, kanpainan zehar LEI parteak aztertzen dira.

EMAITZAK

Onarpen ona izan du inkestak, 2.219 erantzun izanik, txertapenaren % 40. Hiru dosietan bigarren mailako ondorioak agertzen dira, eta txertapen bakoitzean, % 11,3 batezbeste bat eginik, 252 minduetan, 311 aldaketa deskribatzen dira. Bigarren mailako ondoriorik gehienak, lokalak dira (% 58,6), batez ere min lokalari dagozkio. Bi kasutan txertapenaren ondorengo 6 orduetan gorakoak deskribatzen dira eta txertapenaren ondorengo 24 orduetan kasu batean botagurak eta beste bi kasutan negal bat deskribatu dira. Aldaketa larririk ez da objektibatu, ez inkestaren bidez eta ezta beste argibideen bidez ere.

ONDORIOAK

Anti B hepatitis txertapenarekin agertzen diren bigarren mailako ondorioak, arinak eta iragankorrak dira, eta inoiz ez dute oztopoa izan behar txertoa jartzeko.

ARRISKU BEREZIKO TALDE BATEN B HEPATITISREN KONTRAKO TXERTAPEN KANPAINAREN KOSTU-IRABAZTE IKERKETA

APELLANIZ, A.; SOLOETA, J.; ARRUZA, J.
G.V.-U.T.A.P.-Zerbitzu Medikoa.

SARRERA

Segurtasun indarrak B Hepatitis birusaren kutsadurarako arrisku taldeen artean kokatzen dira.

Egoera honek gure elkartean inmunizazio orokorreko kanpaina bat justifikatzen du.

GAIA ETA METODOA

Ertzainei borondatezko txertapen kanpaina bat proposatzen zaie, txertapen aurretik odol-azterketak eginez eta AntiBHc, AntiHBs eta HBsAg begiratuz.

EMAITZAK

2.343 txertapen-aurreko odol-azterketa egiten dira. Hauetariko 2.178 AntiHBc (–) izanez eta 165 AntiHBc (+); azken hauen artean 7 pertsona HBsAg (+) suertatu dira (% 3) eta 130 AntiHBc (+) AntiHBs (+).

Txertapen-aurreko markagailuen kostua 4.686.000 pezetakoa da, markagailu bakoitzarena 2.000 pta. izanez.

Neurri honekin inmunizaturik edota gaixorik zeuden 137 pertsona txertatu dira, 411 dosi izango zirela eta kostua 1.394.934 pezetakoa izango da.

ONDORIOAK

Inmunizaziorako kanpaina orokorrak txertoaren ezarpen eraginkor baten beharra dute eta horrez gainera baita kostu onargarria izatea ere.

INFEKZIO NOSOKOMIALEN PREBALENTZIAKO IKERKETA BASURTUKO OSPITALEAN 1990. URTETIK 1991. URTERA

EZPELETA, C.; LARREA, I.; GOMEZ, E.;
GARAIZAR, J.; LATORRE, M.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Zerbitzua.
Basurtuko Ospitalea.

HELBURUA

Gure ospitalean bi urte hauetan infekzio nosokomialen egoera ezagutzea, prebalentzi ikerketa baten bidez.

SARRERA

Infekzioek ospitaleetan duten garrantzia begi bistakoa da. Infekzio horien intzidentzia, erikortasuna eta hilkortasuna gutxitzeko neurriak ipiniz gero, gaixoentzat hobekuntzak lortzen dira eta bidenabar ospitaleko gastuak gutxitzen dira.

GAIA ETA METODOAK

Gure ospitalean 24 orduz infekzio nosokomialen ikusketa egin dugu, zer gertatzen den jakiteko asmoz. Lan hau lortzeko gaixo guztien historia klinikoak aztertu ditugu. Datu bilketa, SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) delakoaren protokoloaren arabera egin genuen, horren ondorioz datu hauek ezagutu ahal izateko:

Ospitaleko populazioa, adina, gaixotasun mota, grabedadea, infekzioa harrapatzeko faktore eraginkorrak, gaixo infektatuen portzentaia, infekzioa harrapatzeko tokia, infekzio mota, infekzioaren mikroorganismo ekoizlea.

EMAITZAK

	1990	1991
– Batez besteko adina	54,5	54,4
– Ospitaleratutako egunak	16,8	14,8
– Banaketa ospitalean		
* Medikuntza	320	283
* Kirurgia	296	270
* Arrisku haundia	15	26
* Arrisku txikia	20	35
– Infektaturiko gaixoak	213 (% 32,61)	160 (% 26,05)
* Ospitalez kanpoko infekzioa	142 (% 21,75)	119 (% 19,38)
* Infekzio nosokomiala	71 (% 10,87)	41 (% 6,68)

ONDORIOAK

Ospitaleko populazioa antzekoa izan da bi urte hauetan.

Infekzioa harrapatzeko faktore eraginkorrak:

Kateter erabilera % 10 gehitu da azken urte honetan horrek ekar lezakeen arriskuarekin.

1991.ean infektatutako gaixoen portzentaia jaitsi egin da, batez ere zauri kirurgikoaren infekzioa.

Ikerketa hauek oso interesgarriak dira, batez ere infekzio aldaketarik egon den ala ez jakiteko eta horren aurka neurriak hartu ahal izateko.

GERNUBIDEETAKO INFEKZIOAK GERNUKO SONDA DUTEN GAIXOENGAN BASURTUKO OSPITALEAN

EZPELETA, C.; LARREA, I.; GOMEZ, E.;
LATORRE, M.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Zerbitzua.
Basurtuko Ospitalea.

Ospitale barruko infekzio guztietatik maizena, dudarik gabe, gernubideetako infekzioa da. Gure ospitalean, 1991.eko infekzio azterketen datuak erabiliz, infekzio nosokomial guztietatik % 27a gernu infekzioak dira. Baina horietatik portzentaia handi batek zistitis, pielonefritis, eta bakteriemiak jasan ditzateke. Gernubideetako infekzio nosokomialen % 80 gernu sonda bat erantsita izatearekin lotu izan da. Hori dela eta, gure ospitaleko egoera ezagutzeko, hogeitalau orduko denbora ebaketa batean sonda duten gaixo guztien azterketa bat egin dugu.

GAIA ETA METODOAK

Denbora ebaketa hogeitalau ordukoa izan zen. Gernu sonda erantsita zeukaten gaixo guztien historia klinikoen datuak hartu genituen. Oinarri bezala protokolo konkretu bat erabiliz, eta gainera ikerketa egunean gernuko kultiboa egin genuen. Helburua zera ezagutzea zen: gernu sonda duten gaixoen portzentaia, sonda izateko zergatiak, ospitaleratze egunetik sondatu arte pasatako denbora, sondatuta pasatako denbora, gernubideetako infekzio sintomatikorik bai ala ez, bakteriuria asintomatikoak edo bestelako gernubideetako infekzioak. Guztiau CDC (Center for Diseases Control) delakoaren protokoloaren arabera egin genuen.

EMAITZAK

Ospitalean sistema itxiak erabiltzen ditugu	
Aztertutako gaixoak	614
Gaixo sondadunak	47 (% 7,65)
Banaketa ospitalean:	
Kirurgia	% 9,2
Medikuntza	% 5,6
Arrisku handia	% 23
Arrisku txikia	% 0
Batezbesteko adina	62 urte (16-96)
Sexua	% 62 gizonezkoak

Gure ikerketan gernubideetako 9 infekzio sintomatiko aurkitu genituen: 3 infekzio nosokomial, 6 ospitalez kanpoko infekzio, 5 bakteriuria nosokomial asintomatiko garrantzidunak, 5 kolonia gutxiko bakteriuria.

Ospitalean

Ospitaleko
gutxiago).

ONDORIOAK

Gure ospi
baino txikiago

Sondareki

Gernubide
6,8 da.

Bakteriuri
gutxiko sonda

Bakteriem
tzentaia hau %

Ospitalean sonda % 43ri sarrera egunean erantsi zitzaion.

Ospitaleko sondaketak (% 97) denbora gutxirako ziren (hogeitamar egun baino gutxiago).

ONDORIOAK

Gure ospitalean sonda duten gaixoen portzentaia beste ikerketatan lortutakoa baino txikiagoa da (Espainiako ospitaleak % 10, Basurtuko ospitalea % 7,65).

Sondarekin egondako denbora laburra da.

Gernubideetako infekzio nosokomialen artean gaixo sondadunen portzentaia % 6,8 da.

Bakteriuriarekiko portzentaia hau % 23koa da. Beste ikerketa batzuetan denbora gutxiko sondadunen artean bakteriuria portzentaia % 10-30ekoa da.

Bakteriemiadun gaixoen portzentaia 0 da. Aldiz, beste ikerketa batzuetan portzentaia hau % 1-5ekoa da.

BILBAOKO OSPITAL ZIBIL SANTUA

Sendategiko Laborategi nagusia (zatibaten ikusmira)

Cl

Kok

Inm

pako min

pankreati

Has

ikasketa b

teko dag

Bi

Lehenen

Em

plasmosi

Eritegian

zen. *Cyp*

ketan ag

hobetu

Bigarren

Em

Pneumo

sartu ze

parvum

eta kerr

ikusi zi

herazko

Iruzkina

Lit

bi kasu

Le

zooaren

rrantzit

Ja

bere in

oso ko

CRYPTOSPORIDIUM-A HIES DUEN GAIXOAREN KARKAISETAN. BI KASU BERRI

GONZALEZ DE ETXABARRI, S.; NUÑEZ, E.; MUÑOZ, J.;
TEIRA, R.; ALVAREZ, M.; CISTERNA, R.; SANTAMARIA, J.M.
Basurtuko Ospitalea.

Kokzidio protozoo bat, *Cryptosporidium* izenekoa da Kriptosporidiosia sortzen duena.

Inmunodeprimituak dauden gaixoengan, benetako berazko luzea, goserik gabe, tripako mina, absortzio txarra eta argaltasuna ematen ditu eta batzutan gaixotasun biliar eta pankreatikoak agertzen dira.

Hasieran, bakarrik hegaztien arnas gaixotasunak sortutakoa zela pentsatzen zen, baina ikasketa berriek protozoo hau arnas erakuskarietan adierazten dute, bere eginbeharra jakiteko dagoen arren oraindik.

Bi kasu aurkezten ditugu:

Lehenengo kasua:

Emakumea. Benebarnetiko drogazalea. 1991.ko Urtarrilan HIES Burmuineko Toxoplasmosi bategatik. 1991.ko Apirilan arnas sintomengatik eta egoera larri baten ondorioz Eritegian ingresatua izan zen. 125/mm^{3}ko T_4. Torax erradiografian patroi miliara ikusten zen. *Cryptosporidium parvum* ookisteak hiru karkaisa desberdinetan ikusi ziren, baina ez kaketan agertu. Ez zegoen beste patogenorik inon. Tuberkulosia sendatzeko osabidearekin hobetu zen eta zortzi hilabete pasa eta gero ondo dagoelakoan gaude.

Bigarren kasua:

Emakumea. GIB heterosexuala. 1990.eko Maiatzean HIES *Pneumocystis carinii* Pneumonia bategatik. 1991.ko Irailean beherakoak, sukar eta argaltzeagatik Eritegian sartu zen. 21/mm^{3}ko T_4. Kaketan *Salmonella enteritidis* zegoen eta *Cryptosporidium parvum* ookiste asko ikusi ziren. Eritegian egoterakoan arnas sintomak agertu ziren eta kerruetan *Pseudomonas aeruginosa* zegoen eta *Cryptosporidium parvum* ookisteak ikusi ziren. Ziprofloxazina, Espiramizina eta Somatostatinaren analogoak erabiliz beherazkoa eta arnas sintomak desagertu ziren.

Iruzkina:

Literaturan agertzen diren ehuneko laurogei kasu baino gehiagotan bezala, gure bi kasuetan ere, *Cryptosporidium* beste arnas patogenoekin lotuta dago.

Lehenengo kasuan, nahiz eta ez zegoen ez liseri klinikarik ezta kaketan protozooaren ikusketarik ere, *Cryptosporidium*-a karkaisa desberdin askotan zegoela da garrantzitsuena.

Jakiteko argi eta garbi zer den *Cryptosporodium*-ek egiten duena eta nolakoa den bere intzidentzia inmunodeprimituenganen arnas patologia, ikerketa berriak egitea oso komenigarria izango litzatekeela pentsatzen dugu.

1988.ETIK 1991.ERA BASURTUKO OSPITALEAN ZENBAIT LAGIN KLINIKO EZBERDINETAN ISOLATUTAKO NEISSERIA MENINGITIDIS-EN BERRI

LLANOS, A.; BERDONCES, P.; ALVAREZ, M.;
ROJO, P.; PRIETO, B.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Saila.
Basurtuko Ospitalea.

1988.etik 1991.era (lau urte oso) Bilboko Ospitale Zibilean 71 *N. meningitidis* isolatu ziren. 71 isolamendu horiek 50 gaixori zegozkien eta lagin ezberdinetan lortutako isolamendu kopurua hauxe izan zen:

Hemokultibotan 29 (% 41) zepa.

Sudur jariotan 24 (% 34) zepa.

Likido zefalorrakideoan 9 (% 12) zepa.

Eztarriko jariotan 7 (% 10) zepa.

Jario otikotan 1 (% 1,5).

Jario konjuntibaletan 1 (% 1,5).

50 gizaki hauetatik 28 emakumezkoak ziren eta 21 gizonezko. Adin tartea bi hilabetetik 70 urtera zihoan eta adin taldeak eginez gero, 0-2 urteko adin taldean 17 gaixo zeuden, 2-15 urteko adin taldean 25 gaixo eta 15 urtetik gorako taldean 8 gaixo baino ez. Nabarmen ikusten denez portzentaia handiena (% 50) 2-15 urteko adin tarteak dauka, hain zuzen, eskola sasoia, uste izan zilekeen bezalaxe.

Isolamendu hauei lotutako agerpen edo era klinikoak aztertu genituenean, ondoko datu hauek atera genituen: 23 alditan meningokozemia agertu zen eta kasu hauetatik 4 gaixo hil egin ziren, 2 W-F Sindromea deitutako era klinikoarekin; 12 kasutan meningitisa eman zen diagnostikotzat; 5 kasutan astanafarreria edo herpes birusaren infekzioekin loturaren bat aurkitu zen eta gainontzeko 2 kasutan nabarmendu zen patologia bakarra otitisa edo amigdalitisa izan zen.

50 gaixo horietako 2 bakarrik izan ziren GIB positiboak, eta datu hau aipagarria iruditzen zaigu.

Sudur jariotako 10 isolamendutan eta eztarri jariotako 2 isolamendutan ez zen gaixo horiengan aldi berean beren LZR edota odoletan mikroorganismoa errekuperatu edo lortu, nahiz gaixo horiek meningitis edota menigokozemia diagnostikoa izan. Beraz, *N. meningitidis*-arekin lotuta egon daitezkeen era klinikoetan aipatutako lagin horiek (sudur jarioa eta eztarri jarioa) ere ikertu beharko lirateke beti.

TUBERKULOSIA BASURTUKO OSPITALEAN: LAU URTEKO DATUAK (1988-1991)

ASTIGARRAGA, J.; ALVAREZ, M.; VELASCO, P.;
AMEZUA, B.; BUSTO, C.; CISTERNA, R.
Mikrobiologia Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea. Bilbo.

SARRERA

Tuberkulosiak osasun arazo handia izaten jarraitzen du mundu zabalean eta bi mila milioi gizaki omen gaude *Mycobacterium tuberculosis*-agatik infektatuta edo kutsatuta. Multzo horretatik urtero hiru bat milioi pertsona hiltzen dira gaixotasun honen eraginez, zazpi bat milioi kasu berri azaltzen direlarik. Espainian estatistikak ez badira oso txukun eta fidagarriak ere, badirudi 100.000 biztanleko 40 bat tuberkulosi kasu berrri emango liratekeela urtero. Gure Euskal Herriari dagokionez ez daukagu daturik konparaketak egin ahal izateko, baina pentsa liteke Espainia mailan bezalatsu egongo garela geu ere tuberkulosiari dagokion aldetik.

EMAITZAK

Gure ospitaleen –900 ohe dauzkan Ospitale Orokorra dena– azken lau urteotan Lowenstein-Jensen positiboa zeukaten 472 tuberkulosi kasu berri diagnostikatu ditugu. Hauetatik, 1988. urtean 68 izan ziren; 1989.ean 137; 1990.ean 125 eta, azkenik, 1991.ean 142.

Adinari dagokion aldetik gaixoak 7 adin taldetan sailkatu ditugu eta tuberkulosia gehien ematen den adin tartea 21 urtetik 30 urterako adin taldea izan da. Aipatzekoa da haurrengan hamar tuberkulosi kasu baino ez dugula ikusi.

Sexuari dagokion aldetik, gizonezkoak 367 (%72) izan ziren eta emakumezkoak 105 (%28).

HIES-ak eragin handia izan du dudarik gabe azken urteotan ikusten ari garen tuberkulosi hazkuntza honetan. Aztertutako taldean, Giza Inmunoeskasiaren Birusak kutsatutako 136 (%29) gaixo izan genituen.

Mycobacterium generoko espezierik ohizkoena *Mycobacterium tuberculosis*-a izan zen, 423 (%90) isolamendurekin. Gainontzeko espezieek isolamenduen %10 bete zuten eta gehien isolatu zirenak *M. avium-intracellulare* 17 (%3,38) eta *M. kansasii* 11 (%2,33) izan ziren.

M. tuberculosis-ek farmakoekiko aurre erresistentzia eta hartutako erresistentzia kopuru txikian izaten dute gure lurraldeetan. Gure lan honetan, 1991.urtean antibiogramak 69 isolamenduri egin genizkien eta horretarako erabili genuen teknika CANETTI-ren diluzio metodoa izan zen (Mycobiogramme, Biomerieux, France). Kasu

guzti horietatik, 3 alditan (%4,4) Isoniazidarekiko erresistentzia lortu genuen, bai farmakoaren 0.2 ug/ml-dun kontzentrazioa zein 1 ug/ml zuenekoan. Ez genuen Rifanpizinarekiko, Etanbutolekiko ezta ere Estreptomizinarekiko erresistentziarik nabaritu.

Haur Tuberkulosiari dagokion aldetik, azken lau urte hauetan 10 kasu (%2,11) izan genituen gure Ospitalean. Haietatik 2-k tuberkulosi miliarra nozitu zuten. Diagnostiko aldetik, 5 gaixoen diagnostikoa likido gastrikoa kultibatuz lortu genuen, beste 4 kasutan karkaisaren kultiboaz izan zen eta azken kasuan, berriz, likido pleuralaren kultiboaz.

HELBURU

N. go
Chlamydia
lan hau. L
xotasunen

GAIA ETA

Lagin
gina edo e
eta ondes

Hartu
genituen e
bera egin
erabilketa.

C. tra
egin zen.

EMAITZA

N. go
eta 26 em

N. go
nasa ekoi
(% 5.49).

91 ga
(% 4.39) z

ONDORIO

Ikerk
handiak ar
koa deseg
guntza ez

NEISSERIA GONORRHOEAE PENIZILINASA-EKOIZLEEN PREBALENTZIA STGetako KONTSULTA BATETAN

SOTA, M.; LATORRE, M.; GARAIZAR, J.;
UNZAGA, M.J.; ESTEBAN, V.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Saila.
Basurtuko Ospitalea.

HELBURUA

N. gonorrhoeae penizilinasa ekoizleen prebalentzia eta mikroorganismo honek *Chlamydia trachomatis*-arekin daukan infekziokidetasuna ezagutzeko burutu genuen lan hau. Lana, bost urtez luzatu zena (1987tik 1991ra), sexu bidez transmitutako gaixotasunentzako kontsulta batean egin genuen.

GAIA ETA METODOAK

Laginak gizonezkoei aurreko uretratik hartu genizkien eta emakumezkoei bagina edo endozerbixetik. Datu epidemiologikoek hala eskatzen baziguten, eztarritik eta ondestetik ere hartzen genizkien laginak.

Hartutako laginak neiseria patogenoentzako aproposeko kultibo plakatan erein genituen eta *N. gonorrhoeae*-ren identifikazioa ondoren aipatzen diren faktoreen arabera egin zen: koloniaren itxura, gram tindaketa, oxidasa froga eta azukre ezberdinen erabilketa. Kultibo positiboetan betalaktamasa deituriko froga aztertu genuen.

C. trachomatis-aren identifikazioa inmunofluoreszentzia zuzenaz eta kultiboaz egin zen.

EMAITZAK

N. gonorrhoeae-dun isolamendu positiboa 91 gaixok izan zuten (65 gizonezkoak eta 26 emakumezkoak, paziente baten sexua ez zen jakinerazi).

N. gonorrhoeae 91 gaixoenga·n isolatu zen. 8 gaixoengan (% 8.79) zepa penizilinasa ekoizleak isolatu zuren, 3 zepa emakumeengan (% 3.29) eta 5 gizonengan (% 5.49).

91 gaixo horietako 5-engan *Chlamydia trachomatis* isolatu zen, 4 emakumezkoak (% 4.39) ziren eta 1 gizonezkoa (% 1.09).

ONDORIOAK

Ikerketa honetan agertutako *N. gonorrhoeae* penizilinasa ekoizleen portzentaia handiak amoxizilina edota anpizilinaz egin ohi den gonokoziaren tratamendu enpirikoa desegokia izan litekeela adierazi nahi dezake, mikrobiologi laborategi baten laguntza ezean behintzat.

GIZA INMUNOESKASIAREN BIRUSAREN SEROPREBALENTZIA SEXUBIDEZ TRANSMITITUTAKO GAIXOTASUNEN KONTSULTA BATEAN

ARANA, A.; ESTEBAN, V.; LATORRE, M.; CALVO, F.;
SUAREZ, D.; IMAZ, M.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Saila.
Basurtuko Ospitalea.

1990. urteko Ekainaren 1az geroztik, EEE mailako lan multizentriko batean parte hartzen dugu. Proiektu europear honetan, Giza Inmunoeskasiaren Birusak (GIB) Sexubidez Transmititutako Gaixotasunen bat (STG) duten gizakien artean izan dezakeen seroprebalentzia neurtzea da helburu nagusia. Hori burutzeko, gure kontsultara (STG-etarako kontsulta dena) datozen gaixoei anti-GIBaren serologia neurtzen diegu, aldez aurretik beraien baimena lortuz noski.

Nahiz eta europear proiektu multizentrikoak ikusketa unean bertan STGren bat daukaten gaixoak bakarrik aukeratu eta sailkatu ikerketarako, guk ez dugu hori bakarrik egin eta, horrez gain, kontutan hartu dugu baita ere kontsultara SGTren bat izateko susmoarekin etorritako edonor, STGrik izan ala ez izan.

Hemen aurkezten ditugu 1990. urteko Ekainaren 1etik 1991. urteko Irailaren 1era arte lortutako emaitzak, hau da, 15 hilabetez lortutako emaitzak.

Anti-GIB antigorputzak neurtzeko erabilitako teknika serologikoak hauek izan dira: Entzimoinmunoanalisia (EIA), Western-Blot-a (W-B) eta Inmunofluoreszentzia (IFI), azken bi hauek baieztapen frogarako erabili direlarik.

1533 suero prozesatu dira, gaixo bakoitzeko bana, hauetatik 87 positiboak izan dira (% 5,7). Anti-GIB antigorputzak dauzkaten 87 gaixoen artean, 73 benabarnetiko drogazaleak (BBD) edo BBD ohiak dira, 2 homosexualak dira eta beste 12 heterosexualak. Hauetako 7 emakume BBD edo BBD hoien sexukideak dira, beste gizon batek emakume BBD du sexukide, beste 3 emakume prostitutak dira eta beste gizon bat prostituzio lekuetako bezero dena, gainontzeko STGa aurkezten duena eta lehenago ere STGak aurkezten zituena.

73 GIB + BBD edo BBD ohien talde barruan, 35 gizonezkoak dira (% 48) eta 38 emakumezkoak (% 52). Kasu hauek 18 urtetatik 48 urterako bitartean ematen dira eta batezbesteko adina 27 urte dira.

Hurrengo taldean, 12 gaixo GIB + heterosexualak direnak, 10 emakumezkoak dira (% 83,3) eta 2 gizonezkoak (% 16,5). Adin tartea 20 urtetik 37 urtera doa eta batezbesteko adina 27,7 urte dira.

Gure lan honetan GIB + heterosexual ez-BBD diren gaixo taldean sakondu dugu batez ere, zeren proiektu honetan parte hartzen duten Europako beste herri batzuekin konparatzen baldin badugu, gure emaitzen arabera, gure artean GIBak trasmisio heterosexual modu handiagoa du.

GIZA-INMUNOESKASIAREN BIRUSAREN (GIB) DETEKZIOA, GIB SEROPOSITIBO DIREN HETEROSEXUALEN ARTEAN

GORRIÑO, M.T.; CAMPELO C.; MALAVE, C.; SUAREZ, D.; SARRIA, L.; FERNANDEZ DE ARANGUIZ, A.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia eta Inmunologia Saila. E.H.U.
Mikrobiologia Saila. Basurtuko Ospitalea

Heterosexualitatea, Giza Inmunoeskasiaren Birusaren (GIBaren) transmisio bide bat delarik, GIB seropositibo direnen ohizko sexukideen artean %8,15eko seropositibitatea aurkitu da gure inguruan. Hala ere, azido desoxirribonukleikoaren (DNAren) anplifikazio erreakzioa biltzen duten ikerketen ondorioz, seronegatibo diren sexukide hauek, ohizko serologiak agertzen duen baino proportzio haundiago baten, izan daitezke GIBaren eramale.

Gure laborategian arriskuzko ekintzak aipatzen dituzten pazienteen GIB infekzio egoera argitzeko, ingelesez PCR deritzon DNA anplifikazio erreakzioa (polimerasak eragindako erreakzio katea) martxan ipini genuen, ohizko serologiaren emaitzekin konparatuz. Arriskuzko ekintzetatik, GIB seropositiboen heterosexukideek osatzen duten taldea ukituko dugu lan honetan.

MATERIAL ETA METODOA

Pazienteak: GIB seropositibo direnen 20 sexukide (13, benabarrutiko drogazaleak diren edo izan direnen ohizko sexukideak direlarik).

Metodoak:

– Ohizko GIB serologia.

– *Polimerasak eragindako erreakzio katea (ingelesez, PCR):* GIB-1 eta GIB-2 GAG genearen SK100/SK104 "primer" bikotea mugatzen duen 290 base bikotedun alderdi bat. Gero, biotinaz markatutako SK19 eta SK109 oligonukleotidoak sartu genituen hibridazio erreakzio desberdin bitan, GIB-1 eta GIB-2ren DNA berezia detektatzeko.

EMAITZAK

Ohizko GIB-1 serologian, 4 positibo eta 16 negatibo lortu ziren, DNA anplifikazio erreakzioan, alderantziz, bakarrik 4 lagin irten ziren guztiz negatibo. 7 laginetan, GIB-1 eta GIB-2ren DNA aurkitu zen. GIB-2ari buruz, ez genuen serologi positiborik aurkitu. Hiru kasutan, PCR positibotasun osteko serokonbertsioa aurkitu genuen.

ONDORIOAK

Emaitza hauek, ikertutako taldean, %80k GIB birusa euren zeluletan dutela adierazten dute. Horrek ez du inplikatzen guztiak birusaren eramaile direnik. Dena dela, ikerketa sakonago bat behar da paziente hauetan infekzio egoera argitzeko, serokonbertsioa eta egoera klinikoa zainduz. PCR positibotasun osteko 3 serokonbertsioak teknika berri honen baliotasuna adierazten dute. Seronegatibitate kasu batzuetan, PCR positibotasuna, beste teknika molekular konfirmatua izan zen. Teknika berri honen bidez eman diren emaitzak GIB-1 eta GIB-2ren transmisioaren prebentziorako garrantzitsuak ikusten ditugu eta jarraitzeko asmotan gaude.

Ureap
da zeinek e
gonokozik
sepsiarekin
berdinekin
norik erab

1990.
dugu. 61 z
tsultakoak
koak dira.
endozerbik

ATB
bianoen se
kontzentra
erresistent

Taula

ANTIMI
Tetraziklina
Miniziklina
Eritromizina
Josamizina
Pristinamizi
Kloranfeniko
Nitroxolinoa
Norfloxazin
Azido fusidi
Gentamizina
Linkomizina
Kotrimoxaz
Espektinomi

Gure
rrezkoa eg
zioentzat

UREAPLASMA UREALITYCUM-AREN BOTIKA ANTIMIKROBIANOEN KONTRAKO SENTSIBILITATEA

IMAZ, M.; ARANA, A.; ESTEBAN, V.; FERNANDEZ, M.J.;
IBARRA, K.; BUTRON, A.; BERDONCES, P.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Saila.
Basurtuko Ospitalea

Ureaplasma urealyticum (UU) ingurune genitalean aurkitzen den bakterio bat da zeinek ez duen maiz patologiarik sortzen. Aitzitik, infekzio genitalekin, uretritis ez gonokozikoekin, eta epididimitisarekin batez ere, elkartu da, baita ere haurrondoko sepsiarekin, jaioberriaren infekzioarekin eta gaixo inmunodeprimituen gaixotasun ezberdinekin. Tetraziklinak eta makrolidoak, oinarriz eritromizina diren antimikrobianorik erabilienak UU infekzioa duten gaixoen sendabidean.

1990. urteko Azarotik 1991. urteko Abendurarte 73 zeparen sensibilitatea aztertu dugu. 61 zepa gure laborategiko Sexubidez trasmititutako gaixotasunen (STG) kontsultakoak dira eta beste 12 zepa Bizkaiko Osasun Zuzendaritzako STG kontsultakoak dira. 15 zepa gizonezkoen gernubideei dagozkien eta beste 58 emakumezkoen endozerbikalei dagokie.

ATB Mykoplasme (API) sistema erabiltzen dugu. Metodo honek 13 antimikrobianoen sentsibilitatearen azterketa barnesartzen du. Antimikrobiano bakoitzean 2 kontzentrazio ezberdin erabiltzen dira horrela, zepak sentsibleak, bitartekoak eta erresistenteak bezala sailkatu ditzakegu.

Taula honek lortutako emaitzak erakusten dizkigu:

ANTIMIKROBIANOAK	SENTSIBLEAK (kop. %)	BITARTEKOAK (kop. %)	ERRESISTENTEAK (kop. %)
Tetraziklina	35 (48)	15 (20,5)	23 (31,5)
Miniziklina	61 (83,5)	4 (5,5)	8 (11)
Eritromizina	39 (53,5)	30 (41)	5 (5,5)
Josamizina	66 (86,3)	3 (4,2)	4 (5,5)
Pristinamizina	71 (97,3)	0	2 (2,7)
Kloranfenikola	66 (86,3)	4 (5,5)	3 (4,2)
Nitroxolinoa	57 (78,1)	9 (12,3)	7 (9,6)
Norfloxazinoa	12 (16,5)	35 (48)	26 (35,6)
Azido fusidikoa	19 (26,1)	22 (32,1)	42 (43,8)
Gentamizina	12 (16,4)	13 (17,8)	4 (65,8)
Linkomizina	0	12 (16,5)	61 (83,5)
Kotrimoxazola	15 (6,8)	5 (6,8)	63 (86,4)
Espektinomizina	23 (31,5)	3 (4,2)	4 (64,3)

Gure ingurunean, tetraziklina eta eritromizinarentzako adierazitako %ek, beharrezkoa egiten dute antimikrobiano berrien ikerketen gehitzea UUk sorturiko infekzioentzat sendabide hautespen berriak aurkitzeko.

ANTIBIOTIKO ERABILPENAREN AZTERKETA. BASURTUKO OSPITALEAN 1990-1991.EAN

EZPELETA, C.; LARREA, I.; GOMEZ, E.;
LATORRE, M.; CISTERNA, R.

Mikrobiologia Zerbitzua.
Basurtuko Ospitalea.

HELBURUA

Antibiotikoen erabilpenaren zuzentasuna eta egokitasuna ezagutzea gure ospitalean. Kontutan hartuz honetarako, mota, dosia, eta tratamenduaren luzapena.

GAIA ETA METODOAK

Gure ospitalean 24 orduz gertatzen den antibiotikoen kontsumoa aztertu dugu. Lanerako gaixo guztien historia klinikoak aztertu ditugu. Datu bilketa, SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) delakoaren protokoloaren arabera egin genuen. Aurrekoen ondorioz, datu hauek ezagutu ahal izateko:

– Zenbat gaixok hartzen zuten antibiotikoa?

– Zenbat antibiotiko hartzen zuen gaixo bakoitzak?

– Antibiotikoa hartzeko arrazoia: profilaktikoa edo terapeutikoa.

– Antibiotikoa erabiltzean zuzentasuna, kontutan hartuz horretarako: egokitasuna, antibiotiko klasea, dosia eta tratamenduaren luzapena.

EMAITZAK

	1990	1991
– Aztertutako gaixoak	653	614
– Antibiotikoak hartzen	173 (% 26)	184 (% 30)
– Antibiotiko mota desberdinak	43	44
– Terapeutikoa	% 80	% 87
– Profilaktikoa	% 20	% 13
– Erabilpen egokia	% 52	% 73

ONDORIOAK

– Antibiotikoak hartzen zituzten gaixoen portzentaia antzekoa izan da bi urte hauetan.

– Portzen
talekin konpara

– Profilax
egin da.

– Antibio
laxian.

— Portzentaia hau Espainiako ospitaleetakoen parekoa da, baina Europako ospitalekin konparatuz handigoa.

— Profilaxiari dagokionez, antibiotiko kontsumoaren portzentaia erlatiboa jaitsi egin da.

— Antibiotikoen erabilpenaren kalitatea hobetu egin da, batez ere kirurgi profilaxian.

CANDIDA ALBICANS A ETA B SEROTIPOEN ETA BERAIEK B ANFOTERIZINA ETA 5-FLUOROZITOZINAREKIKO DUTEN SENTSIBILITATEAREN ARTEKO KORRELAZIOA

BIKANDI, J.; BURGOS, A.; SAN MILLAN, R.;
ELOSEGUI, R.; PONTON, J.; QUINDOS, G.

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

Bilbo aldeko ospitale eta osasun-zentruetatik, 5-fluorozitosinarekin tratatu gabeko pazienteetatik lorturiko 238 *C. albicans* isolatu aztertu ziren. Laginen banaketa honako hau izan zen: 117 ahotik edo liseri-aparatutik lortuak, 35 baginatik, 21 arnas aparatutik, 20 azal edo hatzazaletatik, 19 hemokultiboetatik, 15 Hartutako Inmunoeskasiaren Sindromearen birusarekiko (HIV) seropositiboak ziren pazienteetatik, eta 11 gernu-traktutik.

Serotipoen azterketarako Candida Check (Iatron, Tokio, Japan) kit komertzialaren 6 antigenoa (A serotipoan agertzen dena, baina ez B serotipoan) ezagutzen duen antisueroa erabili zen inmunofluoreszentzia metodo baten bidez. Antifungikoekiko sentsibilitatea kaldo-mikrodiluzio metodoaren bidez aztertu zen.

44 zepa B serotipokoak izan ziren (%18,5); jatorriaren arabera, hemokultiboetako %31,6, azal edo hatzazaletako %25, eta baginako %25,7. Beste jatorrietako zepatan, B serotipoaren portzentaia askoz txikiagoa izan zen.

Laginetatik, %3,4 (8 zepa) B anfoterizinarekiko (AMB) erresistenteak ziren, eta %14,3 (34 zepa) 5-fluorozitosinarekiko (5-FC) erresistenteak. AMB-rekiko erresistenteak ziren 8 zepak A serotipokoak ziren. Ordea, 5-FC-rekiko 34 zepa erresistenteetatik, soilik 10 ziren A serotipokoak. Honela, B serotipoko zepen %54,4, 5-FC-rekiko erresistenteak ziren. B serotipoan azaldu zen erresistentzien frekuentzia altuagoa, estatistikoki esanguratsua zen ($p<0,0001$).

PCR-REN ERABILERA TEM MOTAKO BETALAKTAMASAK DETEKTATZEKO SONDEN EKOIZPENERAKO

GALLEGO, L.; COLOM, K.; FDZ. DE ARANGUIZ, A.;
ALONSO, R.; UMARAN, A.; CISTERNA, R.

Basurtuko Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzua eta
E.H.U.ko Mikrobiologia eta Inmunologia Saila

DNA sondak bakterio eta birusen identifikaziorako ez ezik, bakterioen birulentzia-faktoreak detektatzeko ere erabilgarriak dira, horien artean, bereziki, antibiotikoekiko erresistentziak kodifikatzen dituzten geneak detektatzeko.

TEM motako ß-laktamasak detektatzeko sondak plasmidoetatik lortzeko prozedurak dituen zailtasun eta errendimendu eskasengatik, PCR teknika gehitzen duen metodo berria garatzea erabaki genuen. Horrela, pBR 322 plasmidoaren bla TEM-1 genearen barneko 516 bp-ko zatia anplifikatu dugu.

METODOAK

Gure helburua lortzeko, hurrengo teknika hauek erabili ditugu: Bakterioen kolonietatik beroaren bidezko plasmidoen DNA erauzketa: polimerasaren kate erreakzioa: jarraian, agarosazko-gelean elektroforesia eta azkenean, digoxigeninaz markatutako TEM sondarekiko hibridazioa.

EMAITZAK

PCR teknika gehitua, eta DNA moldearen ng bakarretik hasita, 1.500 ng digoxigeninaz markatutako sonda lortu dugu. Ohizko metodoa erabiliz (plasmidoaren liseriketa, elektroeluzioa eta sondaren markaketa) 75 ng besterik ez dira lortzen DNA molde μg bakoitzeko. Beste aldetik, PCR frogan aritutako denbora 3 ordutakoa baino ez zen izan, ohizko teknika erabiliz aste osoa beharrezkoa delarik.

Aipatutako guztiagatik, konklusio modura, TEM motako ß-laktamasen detekziorako sonden ekoizpenerako, PCR gehitzen diren teknika ohizkoa bainao abantailatsuagoa dela esan daiteke.

BIRULENTZIA ETA MUTIRRESISTENTZIA ESCHERICHIA COLI UROPATOGENOAN

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

Escherichia coli da gernu-traktuko infekzio gehienak sorterazten dituen bakterioa. Uropatogeno diren *E. coli* zepen artean aurki daitezkeen birulentzi faktoreen artean P finbria eta aerobaktinaren ekoizpena aipa daitezke. Horretaz aparte, erabil daitezkeen antibiotikoekiko erresistentziak ere kontutan hartzekoak dira.

Gaixo-talde desberdinetan, bai birulentzi faktoreen agerpena, baita antibiotikoekiko erresistentzien kopurua ere, proportzio desberdinetan ageri da normalean. Proportzio horiek baldintza ditzaketen gaixoen ezaugarrien artean sexua eta adina dira garrantzitsuenak.

Jatorri desberdineko 126 gaixotatik isolaturiko *E. coli* zepen artean, goian aipaturiko birulentzi faktoreen detekzioa burutu eta zenbait antibiotikorekiko KIM (kontzentrazio inhibitzaile minimoa) kalkulatu dira. Behin emaitzak sexu zein adinari egokitu direnean, haurretatik isolaturiko zepak dira birulentziarik handiena agertzen dutenak: horien artean %93ak multirresistenteak dira, %50ak P finbriadunak eta %85,7ak aerobaktina-ekoizleak. Zentzu berean, haurrengandiko zepa horien %42,86ak multirresistentzia eta birulentzi-faktore biak agertzen ditu aldiberean (helduetan %15a eta agureetan %7a soilik). Sexuari dagokionez, desberdintasunak ez dira oso nabariak, P finbria eta multirresistentziaren arteko erlazioa delarik salbuespena. Kasu horretan, gizonezkoengandik isolaturiko zepen %50ak multirresistenteak eta P finbriadunak dira, emakumezkoetan, erlazio hori soilik zepen %17,64ean betetzen delarik.

Azkenik, konklusio modura, gernu-traktuko infekzioak sorteraz ditzaketen zepen artean, eta birulentzi faktoreei zein antibiotikoekiko erresistentziari dagokienez, haurren infekzioak dira zepa birulentoenak agertzen dituztenak, adinak ekarritako endakapen anatomiko eta bestelako infekzioen arazoak birulentzi maila bajuagoko zepen infekzioa posible egiten dutelarik. Sexuari dagokionez, emakumezkoen eskrezio-aparatuko ezaugarriak ere zerikusia du nonbait, beraien infekzioak gizonezkoenak baino birulentzi maila bajuagoko zepak sorteraziak bait dira.

BILBAOKO OSPITAL ZIBIL SANTUA

fA, I.;
, M.I.
tatea.

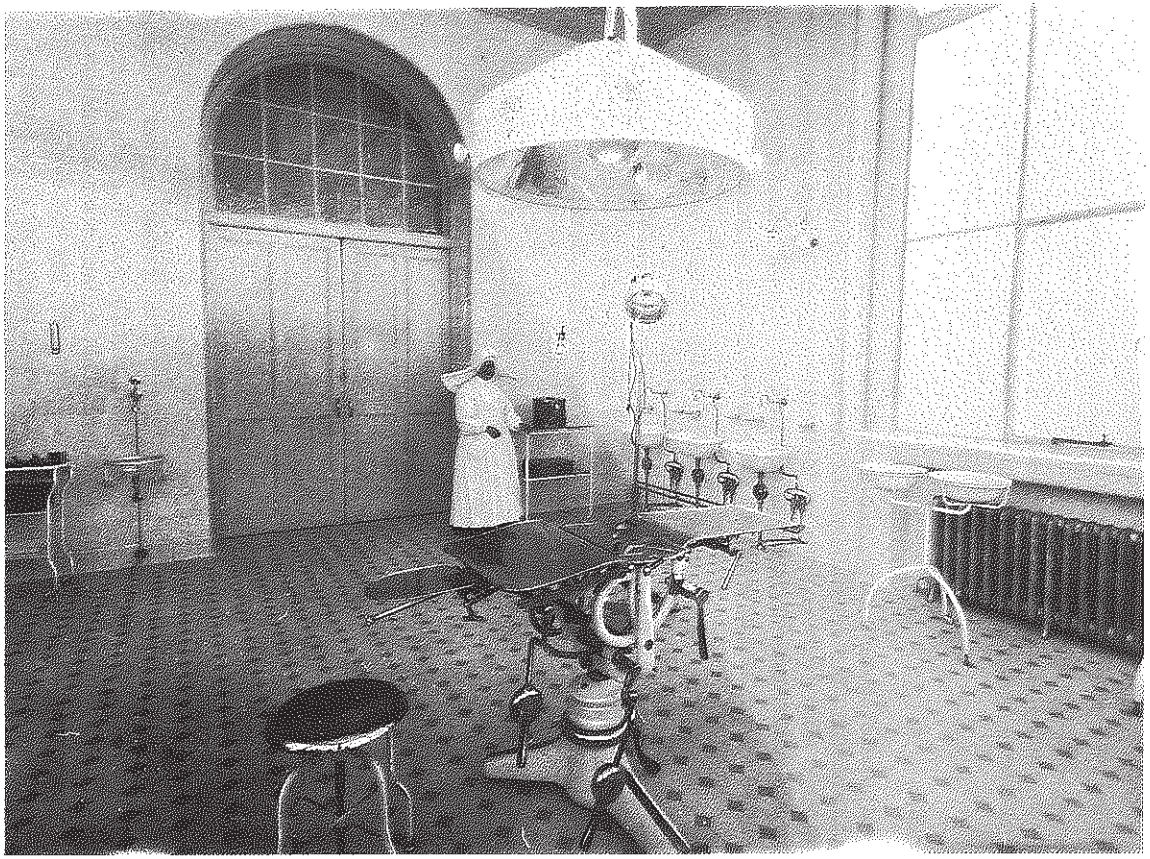
akte-
n ar-
Idai-

koe-
Pro-
dira

atu-
kon-
nari
zen
eta
rien
hel-
dira
ena.
a P
zen

ze-
ez,
ako
bko
are-
oe-

BILBAOKO OSPITAL ZIBIL SANTUA



Ebakuntza areto bat

APENDIZITIS AKUTUAREN DIAGNOSTIKORAKO (PCR) PROTEINA "C" ERREAKTIBOAREN BALIAGARRITASUNA

MANDIOLA, M.; LOIZATE, A.; URRA, M.L.
Proteinen Saila. Analisi Klinikoen Zerbitzua.
Gurutzetako Ospitalea.

SARRERA

Apendizitis akutuek kirurgiako larrialdien portzentai esanguratsua suposatzen dute, eta abdomen akutuaren diagnostiko bereizgarrian beti dago presente. Apendizitis akutuaren diagnostikoa gehienbat klinikoa da, nahiz eta lagungarri izan leukozitoen kopurua eta beraien formula, baina hauek oso inespezifikoak dira. Operatzen diren ustezko apendizitisetatik ia %20 apendize sanoak dira, patologiarik gabeak dira.

Inflamazioa edo ehun-deuseztatze aktiboa dagoenean, plasmako zenbait proteinaren kopurua odolean jasota aurkitzen da, eta horregatik "fase akutuko erreaktanteak" bezala ezagutzen dira. Hainbat dira izen honen barruan dauden sustantziak, baina PCR da interesgarriena, berau erasoa gertatu eta 8-10 ordura ugaltzen da eta bere batezbesteko bizitza laburra denez, zuzperraldian desagertu egiten da.

HELBURUAK

Kontutan izanik sabel edo abdomen akutua sorterazi dezaketen gaixotasunak asko direla, eta kasu askotan batzuk ebakuntzarik egin gabe sendatu daitezkeela, PCR-ren baliagarritasuna frogatu nahi izan da, apendizitis akutuaren diagnostikoa egiterakoan.

MATERIAL ETA METODOA

Abdomen akutua zuten 135 paziente aztertu ziren ikerketa honetan. Guztiak hirugarren mailako ospitaleko larrialdi zerbitzura etorritakoak ziren, eta azterketa prospektiboa izan zen. 66 gizonak eta 69 emakumeak. Adinaren batezbestekoa 34 urte, rangoa 14-84. PCR kopurua kuantitatiboki neurtu zen, eta horretarako nefelometria izena duen metodoa erabili zen. PCE-ren kopuruari dagokionez, eta pertsona normalen kopuruetan oinarrituta, 0,8 mg./dl.-tan ezarri zen, hortik behera negatiboa, eta hortik gora positiboa. Hiru taldetan banatu ziren pazienteak: 1-Lehen taldea, apendizitis akutua ebakuntza eta azterketa anatomopatologikoan baieztatu zen kasuek osatua (58 paziente). 2-Bigarren taldea, "sabeleko min inespefikoa" zutenak, infekzio fokurik antzeman gabeko kasuak, eta 48 orduren buruan operatu gabe sendatu zirenak, eta talde honetan adenitis mesenterikoak, gastroenteritisak, antzeman gabeko kasuak

sartzen ziren (57 paziente). 3-Hirugarren taldea, 48 orduren buruan ongi bereziturikо patologiak osatzen zuten, gernu infekzioak, obarioko arazoak... hauek ere ez operatzekoak, (20 paziente). Froga diagnostikoaren sentsibilitatea, espezifizitatea, aurrikuspen balore positiboa (ABP), eta aurrikuspen balore negatiboa (ABN) aztertu ziren.

EMAITZAK

Apendizitis akutuen kasuan PCR-k erakutsi zuen sentsibilitatea %88, espezifizitatea %67, ABP %65 eta ABN %88. Apendizitis akutuen kasuak, sabeleko min inespezifikoarekin alderatzen baditugu, eta lehenago aztertutako parametro berdinak neurtu, ikusten da sentsibilitatea, espezifizitatea, aurrikuspen balore positiboa ABP, eta aurrikuspen balore negatiboa ABN %88 direla.

ONDORIOAK

Abdomen akutua duen pazientearen laborategiko zenbait azterketak, nahiz eta koadro klinikoa izan garrantzitsuena, lagun diezagukete koadro klinikoa hobeto bideratzen. Laborategian ohizko diren leukozitoen kopurua eta hauen fomulaz batera PCR izan daiteke beste datu baliagarri bat. Erdietsitako emaitzetan oinarrituta, esan dezakegu PCR negatiboa denean duen sentsibilitateagatik eta aurrikuspen balore negatibo ABN handiagatik, apendizitis akutuaren posibilitatea baztertzen duela. PCR-n neurketa erraza da, hirugarren mailako ospitale batean aise egin daitekeena, larrialdi kirurgiko batek eskatzen duen arintasunarekin egin daitekeen froga delarik.

CANDIDA GENEROKO ESPEZIEEK SABOURAUD-TRIPHENILTETRAZOLIUM AGARREAN AZALTZEN DITUZTEN MORFOTIPOEN AZTERKETA

BIKANDI, J.; FERNANDEZ-RODRIGUEZ, M.; TELLAETXE, M.; BURGOS, A.; LIPPERHEIDE, V.; QUINDOS, G.

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

C.albicans eta genero bereko beste espezie batzuk eragindako infekzioen gehipenak, tipado-metodo desberdinen ikerketa bultzatu du, hauen asmoa, tipo jakinen eta isolatuen birulentziaren arteko korrelazioren bat aurkitzea delarik.

Candida zepa desberdinen koloniek Sabouraud-Tripheniltetrazolium Agarrean (STTZ) azaltzen duten morfotipoan oinarritutako tipo-bereizketarako metodo berri bat deskribatzen da. Lagin kliniko desberdinetatik isolatutako 562 *Candida spp.* zepa aztertu ziren STTZ agarrean (0.1 g 2,3,5-Tripheniltetrazolium, 10 g peptona, 20 g glukosa eta 20 g agar ur destilatu litroko). Zepa bakoitzari, bere morfologia kolonialaren arabera, 3 letraz eta zenbaki batez osaturiko kode bat ezarri zitzaion: egitura (S=lehuna edo R=zimurtsua), kolorea (P=arrosa, V=morea, O=laranja, W=zuria etab), kolorearen intentsitatea (1 edo 2), eta zizku edo halo mizeliarraren agerpena (Y=bai edo N=ez). *C. albicans*-entzat (394 zepa), 16 morfotipo behatu ziren, SP1N (162 zepa), SP1Y (68 zepa), SP2Y (60 zepa) eta SP2N (58 zepa) izan zirelarik morfotipo ugarienak *izan zirelarik* (%88,33). Metodoa, *C. albicans* basati bat eta honetatik eratorritako mutante ez-germinatzailea bereizteko gai zen. Aztertutako 56 *C. glabrata*-k ez ziren STTZ agarrean hazi. *C. parapsilosis* zepak (34 zepa) 6 morfotipotan bereiztu ziren, *C. guilliermondii* (13 zepa) eta *C. krusei* (20 zepa) lautan, eta *C. tropicalis* (45 zepa) hamabitan. *C. albicans*-entzat, % 95 erreproduktibilitatea behatu zen. Metodo erraz eta merke honek, *C. glabrata* ezik, beste *Candida* espezieen tipoak aztertzeko erabilgarria dirudi.

DIGOXIGENINAZ MARKATURIKO SONDAREN APLIKAZIOA D HEPATITISAREN IKERKUNTZAN

SARRIA, L.; GALLEGO, L.; BASARAS, M.;
LARDELLI, P.; MANZANO, D.; CISTERNA, R.

Basurtuko Ospitalea. Mikrobiologia eta Inmunologia Saila, UPV/EHU.

D hepatitisaren birusak sortutako infekzioaren diagnostikoa, sueroan edota ehunetan aurkitutako haren osagai bietariko baten detekzioan oinarritzen da; birusaren azido nukleikoa edo bere azalaren antigenoan hain zuzen.

Alde batetik, ARN biralaren detekzioa infekzio-markatzaile fidagarriena denaren demostrazioak, eta markaketa ez-erradiaktiboa erabiliz "in situ-ko" hibridazio-tekniken aurrerapenak bestetik, azido nukleikoen detekziorako sistema kolorimetriko berriaren azterketara eraman gaitu, digoxigeninaz markaturiko sondaz baliatuz.

Teknika hau, hepatopatia kronikoa zuten zazpi pazienteren ehun hepatikoaren lagina harturik eta delta infekzio-markatzaileak aplikatuz burutu zen. Erabilitako sonda BMB-104 plasmadioaren cDNA izan zen (Turingo Molinette Hospitaleko Franco DK.ak atseginez eskainia). Berau, digoxigeninaz markatu zen "random primer" metodoa (Boerhinger Mannheim) erabiliz.

Azterturiko bi kasutan positibitate oso bortitza ikusi edo aurkitu zen, moderatua lau kasutan, eta negatiboa kasu bakar batean baino ez zen nabarmendu.

Ikerketa honen garrantzia ez datza delta hepatitisaren pronostikoa eta diagnostikoaren azterketarako aplikaturiko teknikaren arintasun eta erraztasunean soilik, baizik eta baita eguneroko diagnostikoaren aplikazioa ahalbidera zezaketen markaketa ez-erradiaktibo berrien garapenean ere.

ZERBIX-EKO KONDILOMA ERAMAILEEN IKUSPEGI SOZIO-EKONOMIKOA

BROUARD, I.; SERRANO, J.R.; CASASUS, A.;
PEÑA, J.; BASABE, N.; MARURI, J.
Errekaldeko Laguntza Psikosozialeko Zerbitzua.

Errekaldeko Laguntza Psikosozialeko Zerbitzuan, urtero 1.800 zitologia eta 1.500 kontsulta inguru egiten dira. Azkeneko bi urteotan zerbix-eko kondilomako 124 diagnostiko bildu ditugu.

Gaixo hauen batezbesteko adina 27 urtekoa da (16 eta 49 urtetako adina bitartean), hauetatik % 70,9 eta 34 urtetako adinen artean egonik. % 62,1 inoiz haurdun egon ez direlarik. 8 gaixok B Hepatitis jasan izan zuten (% 6,5) eta 7 GIBren eramaileak ziren, azken hauek drogazaleak izanik. 11 gaixotan kondilomako diagnostikoa beste sexu transmisiozko gaixotasunekin batera egin zen.

Zerbix-eko kondiloma infekzioaren eramaileak 20 eta 34 urte arteko adina du gure ingurunean, kontrazepzio motaren bat erabiltzen du, bereziki DIU edota aho antikontzeptiboak. Sarritan NMH eta STG izan du aurrez, GIBeko seropositibitate intzidentzia kontrazepzioko sistema berak erabiltzen dituzten populazio orokorrarena baino altuagoa izanik.

ZERBIX-EKO KONDILOMA: PREBALENTZIA; DIAGNOSTIKOA ETA TRATAMENDUA

SERRANO, J.R.; BROUARD, I.; CASASUS, A.;
PEÑA, J.; MARURI, J.; BASABE, N.

Errekaldeko Laguntza Psikosozialeko Zerbitzua

Errekaldeko Laguntza Psikosozialeko Zerbitzuan (Bilbo) urtero 4.500 kontsulta egiten dira batezbeste, urtero 1.800 zitologia egiten direlarik.

Kondilomako diagnostikoa edo susmoa duen zitologia endo-exozerbikal baten ondoren, bigarren mostra bat hartzen da, tratamendu totala insepezifiko baten ondoren. Ezezkoa izanez gero 6 hilabetero kontrolak egiten dira; lehenengo diagnostikoa baieztatzen bada kolposkopiaz gidatutako zerbix-eko biopsia bat egiten da. Diagnostikoa baieztatu ondoren krioaplikaziozko tratamendu totala egitera jotzen da.

Ondorengo zitologi jarraipena 3 hilabeteroko frekuentziaz egiten da, konbertsioa tratamenduaren ondoren 2 ezezko emaitzak jarraian emanaz kontsideratuz.

Gure ikerketan 129 gaixoekin, 76k (% 60) protokoloa bete izan dute, 31 emakume (% 24) ditugu ikerketako aldi desberdinetan, ikerketa oraindik bukatzeko zain dagoelarik eta 22 kasu (% 16) arrazoi desberdinengatik galduta.

Baieztatu gabeko susmagarriak diren 29 zitologi lortu ditugu, krioaplikazio ondorengo 28 bihurpen, berezko 12 bihurpen eta 3 bihurpen kirurgiazko tratamenduaz ZENi lotuta egoteagatik. Bestalde, 3 gaixok krioaplikazioa ondoren zitologia positiboak mantendu zituzten, eta paziente 1 ezezko kontrol batzuen ondoren. Bukatzen dugu tratamendu totala krioaplikazioaz lortzen diren emaitza onak baieztatuz, % 90 baino gehiagoko sendaketak lortuz.

PROTESIAREN ENDOKARDITISA ETA BERE PREMIATASUN KIRURGIKOA: PROZEDURAK ETA EMAITZAK

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

Bihotzeko Kirurgia. Gurutzetako Ospitalea.

1980.eko urtarriletik eta 1991.eko martxora bitartean, 30 gaixo birroperatu ditugu, protesi balbularraren endokarditisa diagnostikoarekin. Sintomak hasi eta ebakuntza bitarteko denbora 1,3 hilabete gaixoko izan da. Gaixoen %53 disnearako egoera funtzionalean IV/IV agertu zen. Endokarditisia %47 kasuetan goiztarra izan da eta %53tan berantiarra. Bihotzez kanpoko afektazioa gaixoen %37an gertatu zen. Kasuan %57an balbula aortikoa izan da eraginda, % 37an mitrala eta % 6an mitroaortikoa. Gehien aurkitu dugun germena *Staphylococcus epidermidis* izan zen: (%33). Gaixoen erdiak premiazko ebakuntza behar zuen. Ospitaleko mortalitatea %40 izan zen (%60 larrialdietan, %20 programatutako kasuetan, p 0,05). Heriotz kausa % 50ean bihotz akatsa eta %42 an akats tekniko serioak eta ehunen suntsidura zabala ebakuntzan aurkitzeagatik. Kasu bietan infektatutako protesi aortikoa kendu eta erro aortiko osoa aldatu genuen hildakoen homoinjerto aortikoak erabiliz. Beste kasu batean protesi berria ipini zen ostia koronarioen gainetik (traslokazioa) eta bi bypass koronario gehitu ziren. Hemokultiboa negatiboa zenean, mortalitatea %100 izan zen ($p<0,01$). Emaitza hauek ikusirik, osabide kirugikoa ahalik eta arinen gomendatzen dugu, behin protesiaren infekzioa argi nabaritzen denean.

BEH

SARRERA

Kolezis
nean agertze
tera joaten d
ten diona, be
turik dagoen
egiten dira,
exudatua eta
tzen diren n
Klebsiella pn
sun honen
kuaren orma
turik dago k
nean, kirurg
bakitzerakoa
beste batzuk
tratatu eta o
(hila betetik
uste da xixk
tatu egiten

HELBURUA

1. Kole
talitatean ez
zein den ez

MATERIAL

1991.ur
akutuaz dia
hasierako di
25 kasu gizo
banatu zirer

BEHAZUN-XIXKUAREN INFLAMAZIO AKUTUAN, KOLEZISTITIS AKUTUAN, EBAKUNTZAREN EMAITZAK

URKIDI, I.; RAMOS, J.; LOIZATE, A.; DE DIEGO, E.; IDIONDO, V.; ECHEVARRIA, A.

Gurutzetako Ospitalea. Kirurgia "A" Zerbitzua.

SARRERA

Kolezistitis akutua behazun-xixkuaren irtenbidea (tutua zistiko) butxatzen denean agertzen den inflamazioa da. Inflamazio hau kasu gehienetan infekzioarekin batera joaten da, eta %95 kasutan kalkuluak (litiasia) izaten da prozesuarei hasiera ematen diona, behazun-xixkuaren irteera oztopatzen dutenean. Xixkuaren irteera oztopaturik dagoenean, behazuna pilatu egiten da xixkuan, eta ondoren bakterioak ugaldu egiten dira, behazun-xixkuaren orma inflamatu eta loditu, eta behazunarekin batera exudatua eta pasmua ere pilatzen dira. Behazun-xixkuan kolezistitis kasuetan isolatzen diren mikroorganismoak dira batez ere, *Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis,* Klostridioak eta *Bacteroides fragilis.* Gaixotasun honen diagnostikoa egiteko bitartekorik egokiena ekografia da. Ekografian xixkuaren orma sendotuta ikusten da, "orma bikoitza" deitzen den zeinua osatuz. Onarturik dago kolezistitis akutuaren sendabidea, batez ere kolelitiasia (kalkuluak) dagoenean, kirurgikoa dela, baina eztabaidak egon dira ebakuntzaren unerik egokiena erabakitzerakoan. Batzuk ebakuntza goiztiarraren (lehen 24 orduak) aldekoak dira, eta beste batzuk ebakuntza atzeratuaren aldekoak, hau da hasiera baten antibiotikoekin tratatu eta ondo erantzuten badu, behazun-xixkua "hotzitu" ondoren ebakuntza egin (hila betetik bi hilabete bitartean). Sendabide kontserbakorraz ondo doazen kasuetan, uste da xixkua dilatatzen den aldiberean kalkulua trabatuta dagoen zistikoa ere dilatatu egiten dela eta horrek xixkua hustutzeko aukera izaten duela.

HELBURUAK

1. Kolezistitis akutuan, ebakuntza goiztiarra eta atzeratuaren artean morbimortalitatean ezberdintasunik dagoen ezagutu. 2. Kasu bakoitzean morbimortalitate hori zein den ezagutu.

MATERIAL ETA METODOA

1991.urtean zehar, Gurutzetako Ospitaleko Kirurgia "A" Zerbitzuan, kolezistitis akutuaz diagnostikatutako eta tratratutako 61 paziente aztertu dira. Kasu guztietan, hasierako diagnostiko klinikoa, ekografikoki baieztatua izan zen. Sexuari dagokionez, 25 kasu gizonezkoak izan ziren, eta 36 emakumeak. Azterketa egiterakoan bi taldetan banatu ziren pazienteak, ebakuntza goiztiarra ala atzeratua egitearen arabera. Horrela

ebakuntza goiztiarra 39 kasutan egin zen, eta atzeratua 22 kasutan. Bi multzo hauen artean ikerketa alderatua egiten da. Kasu guztietan ebakuntzan kolezistektomia egin zen.

EMAITZAK

Kolezistitis alitiasikoa, hau da kalkulurik ez zuten bi kasu aurkitu ziren (% 3,2), beste kasu guztietan litiasia aurkitu zen. Batezbesteko adina 64 urte (24-91). Ebakuntza goiztiarra egin zaienen artean adinaren batezbestekoa 67,7 urte, eta ebakuntza atzeratua egin zaienen artekoa 63,6 urte, eta ez da aurkitu bi taldeen artean adinari dagokionez ezberdintasun esanguratsurik. Morbilitate osoa % 13,1. Ebakuntza goiztiarreko taldean, eta morbilitatea bi taldetan banatuz, hau da bata morbilitate txikia eta bestea handia, morbilitate txikia %2,5, eta handia %5,12. Ebakuntza atzeratuko taldean, morbilitate txikia %18 eta handia %4,5. Hilkortasunari dagokionez, soilik heriotza bat gertatu da (%1,6).

LARRUAZAL AZPIKO ETA EHUN BIGUNETAKO ABSZESOAK HIRUGARREN MAILAKO MEDIKUNTZAN. 3.489 KASU HIRU URTETAN

LOIZATE, A.; LAMIQUIZ, A.
Gurutzetako Zirugia Orokorreko Zerbitzua.

SARRERA

Larruazal azpiko eta ehun bigunetako abszesuak oso arruntak dira, tokiko anestesiaz maila apalagoko osasun-zerbitzuetan operatu daitezkeenak, hirugarren mailako ospitaletara bideratuak izaten dira. Gai hau aztertu nahi izan dugu hirugarren mailako ospitale bateko ikuspegitik.

HELBURUAK

Gurutzetako ospitalean kirurgiako zerbitzuak larrialdi egoeran tratatutako larruazal azpiko eta ehun bigunetako abszesuen ikerketa egin zen, aztertuz adina, sexua, erabilitako anestesia mota, abszesuaren faktore eragileak, kokapena, ezarritako sendabidea eta abszezu talde batean hartutako laginen azterketa mikrobiologikoa.

MATERIAL ETA METODOA

1987-88-89 urteetan, kirurgia orokorreko larrialdien zerbitzuan tratatutako larruazal azpiko eta ehun bigunetako 3.489 abszesu. Sendabidea kasu guztietan drenaje kirurgikoa izan zen, eta abszesuaren tamainaren arabera 48 ordu beranduago kenduko zen drenaje bat utzi edo/ta antibiotikoak zirujanoaren eritziaren arabera. 87 kasutan laginak hartu ziren kultiborako, zornea xiringa batez zurgatuz.

EMAITZAK

Adinaren batezbestekoa 38 urte, eta kokapen bakoitzari zegokion adina bata bestearekin konparatuz, uzki inguruko eta sakro-koxisekoen artean ezberdintasun esanguratsua aurkitu zen ($p<0,05$); sakro-koxisekoetan adinaren batezbestekoa 27 urte, uzki ingurukoetan 43 urte. Maiztasunari dagokionez, maizenak uzki ingurukoak izan ziren (% 23,4), ondoren sakro-koxisekoak (% 19,8), goiko gorputzadarretakoak (% 17,7), enborrekoak (% 12), buru eta lepokoak (% 10,8), gluteokoak (% 6,7), beheko gorputzadarretakoak (% 6,3), eta eskrotokokoak (% 3,6). Sexuari begiratuz: uzki ingurukoetan gizonezkoak % 80 eta emakumezkoak % 20; sakro-koxiseko abszesuetan gizonezkoak (G) % 62 eta emakumezkoak (E) % 38; zangoetan eta izterrondoan G % 17 eta E % 83; besoetan G % 77 eta E % 23. Erabili zen anestesia mota: uzki ingurukoetan tokikoa (T) % 25 kasutan, eta orokorra (0) % 75; sakro-koxisekoetan T % 53 eta 0 % 47;

zangoetan T %84 eta 0 %16; gorputzenborreko abszesuetan tokiko anestesia %87; eta besoetan kasu guztietan tokiko anestesia. Besoetako abszesuetan, bernabarnetik drogak erabiltzearekin erlazio esanguratsua aurkitu zen. Emakumezkoetan izterrondoko abszesuak depilaketarekin erlazionatzen dira. Kultiboei dagokienez %34,4 kasutan ez zen mikroorganismorik hazi. Uzki inguruko eta sakrokoxiseko abszesuetan %76,9 kasutan anaerobioak, bakarrik edo flora mistoan isolatu ziren, eta beste kokapen guztietako abszesuetan anaerobioak soilik %6,4 kasutan isolatu ziren, izanik gram positiboak maizenak (%83). Sakro-koxiseko abszesuetan, faktore eragingarri gisa kasu gehienetan sakro-koxiseko kistea zegoen.

ONDORIOAK

1. Gure inguruan patologia hau arrunta da eta kasu askotan hirugarren mailako ospitalera bideratzen dira. Gure ikerketaren emaitzetan oinarrituta %68,4 kasutan tokiko anestesiaz sendatu daitezke, horregatik uste dugu hirugarren mailakoa baino maila apalagoko osasun-zerbitzuetan tratatu behar litzatekeela. 2. Tokiko anestesiaren erabilpenik zabalena aholkatzen dugu. 3. Uzki ingurukoak eta sakro-koxisekoak dira anestesia orokorra gehien behar dutenak (%50). 4. Antibiotikoak erabiltzen badira, uzki ingurukoetan eta sakro-koxisekoetan anaerobioen aurka gai direnak erabiltzea gomendatzen dugu, eta beste kokapenetan estafilokokoaren aurkakoak. 5. Izterrondoko abszesuak emakumeetan aurkitzen dira gehienetan, eta depilazioarekin erlazionatzen dira. 6. Besoetako abszesuak bide parenteralezko drogazaletagunarekin (PBD) erlazionatzen dira. 7. Sakro-koxiseko abszesuak uzki ingurukoak baino gazteagoetan ematen dira, faktore eragingarria, sakro-koxiseko kistea, gazteagoetan gertatzen delako.

SARRERA

Fournie
infekzioso et
nismoak dira:
teroides fragil
dira. Eraginga
diopatiak, et
kiko faktoree
kitu dira. To

Etiopat
tis hertsatzail
ehunetako o
ten delarik.

Sendabi
bridatuz eta
ostera gaur

Hasiera
izaten da, p
Sukar handi
laguntzaileal
kak, eta exu

MATERIAL

Fourni
bitartekoa i
riko germe

EMAITZAK

Faktor
(1) diabetes

FOURNIER-EN SINDROMEA

LLARENA, R.; ZABALA, J.A.; LOZANO, J.C.;
MARIN, J.C.; BLASCO, M.; PERTUSA, C.; LOIZATE, A.
Gurutzetako Ospitalea. Urologia Zerbitzua.

SARRERA

Fournier-en gangrena, perine eta ernalorgano ingurunean kokatzen den faszitis infekzioso eta nekrosagarria da. Gangrena hauetan maizen aurkitutako mikro- organismoak dira: *Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella, Enterococcus faecalis, Bacteroides fragilis* eta Klostridioak. Sexuari dagokionez, gehienak gizonezkoetan ikusten dira. Eragingarrien artean, alkoholarenganako zaletasuna, diabetea, gibel zirrosia, kardiopatiak, eta sabeleko ta beheko gorputzadarretako neuropatiak aipatzen dira. Tokiko faktoreen artean, uzki-ondeste eta ernalorgano-gernu sistemako patologiak aurkitu dira. Tokiko faktore hauek, traumatikoak nahiz iatrogenoak izan daitezke.

Etiopatogenikoki hauek dira gertakariak: arteria pudendako adarren endoarteritis hertsatzailea gertatzen da eta ondorioz ehunen iskemia, edema eta hantura; horrek ehunetako oxigenazisa gutxitzen du, ondorioz germen anaerobioen hazkundea errazten delarik.

Sendabideak goiztiarra eta agresiboa behar du izan, nekrosatutako ehunak desbridatuz eta ebakiz. Antibiotikoterapia beharrezkoa da. Oxigenoterapia hiperbarikoa ostera gaur egun zalantzan dagoen zera da.

Hasierako sintomak ez dira bereziak izaten. Eboluzioa bi hiruzpa egunetakoa izaten da, perine, ondeste edo eskrotoko ondoez inespezifikoarekin hasten delarik. Sukar handia, takipnea, gorakoak eta ondoez orokorra izaten dira sintoma eta zeinu laguntzaileak. Tokian, edema, eritema, mina, anestesiatutako uneak, fliktena gorriskak, eta exudatu zornetsua eta usain txarrekoa aurkitzen dira.

MATERIAL ETA METODOA

Fournier-en sindromea duten 10 paziente aztertu dira. Adina 40 urtetik 86 urte bitartekoa izan da. Guztiak gizonezkoak. Ikertu dira: faktore eragingarriak, isolaturiko germenak, erabilitako sendabidea eta pazienteen eboluzioa.

EMAITZAK

Faktore eragingarrien artean: Abszesua perineala (2 kasu), maskuriko sondaketa (1) diabetes mellitus (1), orkiepidedimitis akutua (1) eta eskrotoko abszesoa kasu ba-

ten; 4 kasutan ez da aurkitu faktore eragilerik, eta idiopatiko bezala izendatu dira. Maizen isolaturiko germena *Escherichia coli* izan da, kultiboen %50 kasutan agertu da, bakarrik edo kultibo mistoetan. Bigarren germena maiztasunaren arabera, *Bacteroides fragilis* izan da, %30 kasutan agertu delarik. Kultiboetan isolaturiko germenak gehienetan bat baino gehiago izan dira, flora mistoa. Kasu guztiak kirurgikoki operatuak izan dira, anestesia orokorrarekin, ehun nekrosatua modu zabalean ebakiz eta desbridatuz. Terapeutika antibiotikoa, isolatutako mikroorganismoei dagokien legez, anitza izan da, eta hiru antibiotiko ezberdin batera erabili dira: Penizilina, aminoglukosidoa eta anaerobizida (Klindamicina edo metronidazola). Ez da heriotzarik gertatu.

ONDORIOAK

Fournier-en gangrena kasuetan, nahiz hilkortasun handiko gaixotasuna izan, sendabide kirurgiko agresiboa eta goiztiarra erabiltzen bada, eta antibiotikoterapia egokia, hilkortasunaren tasa asko jaitsi daiteke.

GERNUBIDEKO INFEKZIOAK BIZKAR-MUIN SAMINDUENGAN

BERISTAIN, M. T.; QUIROS, M.; ANTOLIN, P.;
JAUREGI, M. L.; GALARZA, L.; PACHECO, M. E.

Bizkar-Muin Samindutakoen Saila.
Gurutzetako Ospitalea.

SARRERA

Praktikan bizkar-muin saminduen artean ehunetik ehunek, zenbait gernubideko infekzio edukitzen dute ospitalean egon diren bitartean. Infekzio hauek bixikaren fisiologia normalarekiko aldaketaren ondorioek dira; hau dela eta, bixikako hustutze desegokia agertuko da, beraz gernubideko sondaren laguntza behar dute.

MATERIALA ETA METODOAK

Atzeranzko ikerketa egin dugu (1985etik-1990era). Gure sailean tratatutako gaixoekin (bizkar-muin samindutakoen saila, Gurutzetako Ospitalea). Ikerketa hau gaixo hauengan sortzen diren gernubideko infekzioetan datza. Horretarako historia klinikoak berrikusi ditugu. Ikertuak izan dira 92 gaixo (40 gizon eta 22 emakume), hauetatik 30 baztertuak izan dira arazo ezberdinengatik. Gure ikerketa puntu hauetan oinarritu da: bizkar-muina samindu ondorengo lehen gernubideko infekzioaren batezbesteko denbora, germen ezagunenak, beraien aldaketak urteetan zehar, antibiotiko egokiena kasu bakoitzean, eta berragertu direnak antibiotikoak hartu ondoren antibiogramaren arabera.

ONDORIOAK

Germen ohizkoenak izan dira, *E. coli* eta *Pseudomonas*. Ikusi dugu gernubideko infekzioen artean *Enterococcus*enak gehitu direla ikerketaren azken urteetan, baita ere ospitalean gaixoak denbora gehiago egotearekin. Ez da ohizkoa infekzio berean era ezberdinetako germenak aurkitzea, *(Pseudomonas* da gehien elkartzen dena). Gure ikerketan ikusi dugu antibiotiko egokiena kasu bakoitzean, izanik azido pipemidikoa egokiena *Proteusa*rentzat. Modu berean azaldu da germenak askotan berragertzen direla "kotrimoxazol" tratamenduarekin.

EZTABAIDA

Azken urteetan gernubideko infekzioen germen eragileen frekuentzi aldaketak ikusi ditugu. Halaber ospitalean denbora gehiago egotearekin germen aldaketak ikusten ditugu. Bizkar-muina samindu ondoren gernubideko lehen infekzioa laster azaltzen dela egiaztatu dugu (batezbesteko denbora 19 egunekoa da). Beste aldetik ere antibiogramaren arabera ipini dugu antibiotikoa, sarritan alferrikakoa gertatu da.

Ebakuntza pabilioia (esterilizazio saila)

Absze
sikoa kirurg
eta, abszesu
koen arabe

Gaur e
Konputatur
aukera ema
abszesu ba
gabe.

Teknil
(%0,5-2) ha
infekzioa e
ren egoera

Lan b

1987-1
nika, emai

ABSZESU ABDOMINALEN HUSTUKETA PERKUTANEOA

ARRIZABALAGA, R.; AZPIAZU, A.;
SEGURA, R.; HURTADO, K.

Txagorritxu Ospitalea. Erradiodiagnostiko Zerbitzua. Gasteiz.

Abszesu abdominala sabeleko kirurgiaren konplikazio larri bat da. Osabide klasikoa kirurgikoa izan da, hau da, ebakuntza berri bat gaixo larri batengan. Hau dela eta, abszesu abdominalek eragindako hilkortasuna handia da, %24 - 60 talde kirurgikoen arabera.

Gaur egun ditugun irudi-sistema erradiologiko berriek, Ekografiak eta batez ere Konputaturiko Tomografiak, abszesuen diagnostiko lasterra eta zehatzagoa egiteko aukera ematen digute. Gainera, irudi-sistema horiez baliatuz kateter bat sar dezakegu abszesu barnean eta zornea atera anestesia orokorra eta kirurgiaren beharrik izan gabe.

Teknika perkutaneo honek asko gutxitu du abszesuek eragindako hilkortasuna (%0,5-2) hala nola konplikazioak. Askotan hustuketa perkutaneoa nahikoa izango da infekzioa erabat sendatzeko. Beste batzuetan soluzio paliatiboa gertatuko da gaixoaren egoera fisiologikoa egokituz tratamendu kirurgikoa garantia handiagoz egiteko.

Lan honetan Txagorritxu Ospitaleko esperientzia erakusten dugu.

1987-1991 bitartean egindako abszesu abdominalen hustuketa perkutaneoen teknika, emaitzak eta konplikazioak adierazten ditugu.

YERSINIOSIA EUSKAL HERRIKO OSPITALE OROKOR BATEAN

DE LA FUENTE, J.; FRANCO, R.; ECHEVARRIA, P.;
MARTINEZ-OLAIZOLA, P.; SOLANO, D.; MARTINEZ-ODRIOZOLA, P.;
MIGUEL, F.; BUSTAMANTE, V.; ROJO, P.; CISTERNA, R.

Medikuntza eta Mikrobiologia Saila.
Bilboko Ospitale Saindu eta Zibila.

SARRERA

Azken urteotan *Yersinia*gatik sorturiko giza infekzioek interes nabarmena hartu dute, Europan bereziki. Izurriaren baziloa, gaixotasun infekziosoetatik dramatikoena izan dena. *Yersinia pseudotuberculosis* subespezie bat izatera eramana izan da; eta medikoki garrantzirik handiena izatera *Yersinia enterocolitica* pasa da.

Oraindik ez da existitzen Espainako Estatuan yersiniosiaren agerpen errealaren ebaluazio bat, eta horregatik bere prebalentzia zehazteko komunitatean ikerketak egitea beharrezkoa litzateke.

GAIXOAK ETA METODOA

1. 1984 eta 1989 artean izandako 51 kasu aztertu dira Bilboko Ospitale Saindu eta Zibilean.

2. Landutako datuak hurrengoak izan ziren: adinarekiko banaketa, batezbesteko adina, sexua, habitat eta jatorrizko komarka, banaketa estazionala, agerpen modu klinikoak, lehendik izandako gaixotasunak eta konplikazioak prozesuan, diagnostikorako metodoak, biotipoa, serotaldea eta antibiotipoa, ospitalean egondako denboraren batezbestekoa eta kostu orokorrak.

3. Ikerketa estatistikorako aplikatua izan zen ji karrateko Yates-en korrekzioarekin. Aldagaiak erabiltzeko Pearson-eko korrelazio koefizientea manejatu zen eta analisis multibalentea aplikatu zen.

ONDORIOAK

Gaixoen % 62 gizonezkoak izan ziren, batezbesteko adina 16 + 6 19,4 izanik, gehiengoak jatorri bezela hiria zuen. % 40 kasu neguan eta % 32 udan agertu ziren. Agerpen modu klinikoak hurrengoak ziren: gastroenteritis akutua (% 66), era seudoapendikularrak (% 10), sepsi (% 4), adenopatiak (% 2) eta beste modukoak (% 18). Haietariko % 40ek oinarrizko gaixotasun garrantzitsu bat zuten eta % 16ek infekzioagatik sorturiko konplikazioak izan zituzten.

EZTABAIDA

Aurkitu ditugun emaitzek egituratzen duten patroia gure Komunitate Autonomoan lehendik egindakoen berdina da, hala nola Estatu Espainolekoa. *Y. enterocolitica* 4. biotipoa 0:3 serotaldea gastroenteritis akutua sortzen naharmena da, batez ere adin pediatrikoan. 0:3 serotaldea giza gaixotasunarekin gehien erlazionatzen dena da, eta Europa, Kanada eta Japonia, Hegoafrika eta Ertamerikan gehien agertzen dena da.

Egin diren beste lanetatik aldenduz guk gizonetan gehiago agertzen dela aurkitu dugu argi eta garbi. Gaixoen jatorria hiria dela kontutan hartzekoa da, horrek kolokan jartzen duelako hasieran proposaturiko transmisio mekanismoa: zoonosia. Prozesua bapatekoa ala epidemikoa zen baieztatzea ezinezkoa izan zaigu, ikerketa epidemiologiko zehatz bat egin ez delako. Europan egin diren serie gehienetan hilabete hotzetan gaixotasunaren garapen bat ikusi da. Gurean ez da aurkitu kontutan hartzeko ezbereditasunik negu eta uda artean, udazkena izanik kasu gutxien agerturiko denboraldia.

Nahiz eta agerturiko era kliniko gehiengoa gastroenteritis akutua izan (% 66), geratzen den kopuruak, nahiko handia, klinikoei diagnostiko diferentziala egiteko arazo handiak ekarri zien era polisintomatikoa hartu zuen, batez ere koadroa desitxuratzen zuen oinarrizko gaixotasun bat agertzerakoan.

Q SUKARRA: GURUTZETAKO OSPITALEAN AZKEN 10 URTEOTAN DIAGNOSTIKATUTAKO KASUEN ZENBAIT EZAUGARRI

URBERUAGA, M.; CORRAL, J.; MARTINEZ, P.;
PEREZ-IREZABAL, J.; CEBRIAN, G.; GONZALEZ, C.
Gurutzetako Mikrobiologia Zerbitzua. Serologia.

1981. urtean, Murgian, Q. sukarraren lehen brotea azaldu zenetik urte honetara arte, Q sukarraren eragina Euskal Herrian haundia izan da, baina zorionez ez dirudi alterazio kronikoak gaixotasun honen eredu direnik. Euskal Herrian diagnostikatutako kasuen kopurua garrantzizkoa izanik mundu guztiko argitalpenetan eta kasu hauen diagnostikoan gure ospitaleak parte hartze bizia izan duela jakinda, hauen zenbait ezaugarri aditzera ematea beharrezkotzat jo dugu.

Guztira diagnostikatutako 734 kasuetan adina, sexua, jatorria, analitikako eskaera egitean aurkezten zuten klinika, prozesuaren data, diagnostikorako jarraitutako erizpideza, etab., jaso ditugun datuak izan dira.

Emaitza hauek ateraz:

— Patologia: Q sukar akutuko kasuak izan ziren guztiak, endokarditis kroniko itxuraz agertzen zen kasu bakarra izan ezik.

— Adina: % 56 14 eta 35 urte bitartean, % 24 35 eta 65 artean eta % 19 ezezaguna.

— Sexua: % 81 gizonezkoak eta % 19 emakumezkoak.

— Ospitalizazioa: kasuen % 55ak ospitalizazioa behar izanik, %13ak kontsultara joz eta % 27aren jarraipena anbulategietatik eginez.

— Diagnostikorako erizpidea: % 62 OF (FC) serobihurketaz jo zen, % 21 OF (FC) titulu handiaz, % 12 M antigorputz titulu handiaz eta % 5 antigorputz serobihurketaz.

— Klinika: % 50ak espezifikatu gabeko pneumonia aurkezten zuen, % 25ak pneumonia atipikoa, % 17ak sukarra, % 4ak datu eza, % 1ak bi aldeetako pneumonia eta % 3ak beste sintoma batzuk.

— Diagnostikoaren hilabetea: kasu gehienak, urtez urte, martxoan, apirilean, maiatzean eta ekainean biltzen ziren; lauhilabete honetan diagnostikatutako kasuen % 73,4 pilatuz.

KONKLUSIOAK

Gure ospitalean Q sukarra duen paziente baten profila gizonezko heldu, gazte, gehienetan martxotik ekainera aurkeztutako pneumonia akutuarekin ospitalizatutako kasuekin bat etor zitekeen.

NERBIO SISTEMAKO GAIXOTASUN INFEKZIOSOAK TXAGORRITXU OSPITALEAN (1987-1991)

GALDOS, L.; SARRIEGI, M. I.; AYENSA, C.
Txagorritxu Ospitalea.

Txagorritxu Ospitalean, 1987az geroztik egindako atzeranzko ikerketa epidemiologiko baten bidez, ingresatu diren Nerbio Sistemako gaixotasun infekzioso guztiak batu ditugu, HIESagatikoak barne, bi talde osatuz hain zuzen ere. Datu aipagarrienetakoak dira, HIESak nerbio sisteman eragindako infekzio kopuruen igoera progresiboa eta beste taldeen jaitsierako eboluzioa, parekatzeko joera azalduz bien artean. Hala ere, geroari begira, baldin eta HIESaren progresioak bertan jarraitzen badu gaixotasun honek nerbio sistemako infekzioen kopuru guztien nagusitasuna erakutsiko luke.

Talde bakoitzeko gaixotasunak banatzerakoan, ohizko infekzioen sailkapena halaxe geldituko litzateke gehienetik gutxienera jarrita: Meningitis meningokozikoa, meningoentzefalitis birala, entzefalitis nekrosantea, meningitis tuberkulosoa, meningitis iatrogeno estreptokozikoa, meningitis listeriagatikoa; HIESagatikoen sailkapena berriz: Toxoplasmosia, leukoentzefalitisa, kriptokokosia, meningitis bruzelarra, meningitis meningokozikoa.

Azpimarratzekoa da baita ere, meningitis meningokozikoak erakusten duen gutxitzeko joera, nahiz eta nagusitasuna mantendu.

Beste hainbat datu epidemiologiko, alegia, adina, sexua, mortalitatea, aztertzen dira, literaturan agertzen diren datuekin konparatuz.

ARTRITIS INFEKZIOSOAREN DIAGNOSTIKO ETA OSABIDEAREN PROTOKOLOA

ARANBURU, J.M.; GORORDO, J.M.; UCAR, E.;
GARCIA, M.L.; GALIDEZ, E.; GONZALEZ-YGUAL, J.J.

Basurtuko Ospitaleko Erreumatologia Saila (Bilbo-Bizkaia).

SARRERA

Honako ezaugarrietariko bat (eboluzio laburra, kokatze monoartikularra, ondoez orokorra, sukarra, aurretik gertatutako arrisku faktoreak, infekzioak edo aldez aurreko kirurgia edo/eta aurretiko patologia artikularra) daukan artritis baten aurrean aurkitzen garenean, artritis infekzioso bat dagoela pentsatu behar dugu.

Diagnostikorako metodoa, anamnesi egoki batean, artikulazioetako zeinu inflamatorioak batez ere kontutan hartzen dituen azterketa kliniko batean, artrozentesian eta zelulen zenbaketa eta Gram tintziorako, laborategira, likido sinobialaren berehalako bidalpenean, oinarritzen da. Ikerketa, ukitutako artikulazioaren erradiografiak egitearekin (aldebikoak) eta laborategian likidoaren kultiboarekin osatzen da.

Kultibo positibo baten aurrean, aurkitutako mikrobio eta antibiogramaren arabera egokituko dugu tratamendua. Ezin izan badugu likido sinobialik lortu, ez bada Gram tintzioa egin edo baziloskopia negatiboa izan bada, edo kultiboak ez badira positiboak osabidea edo tratamendua arrisku faktoreen arabera ezarriko dugu.

ONDORIOAK

Artritis infekziosoaren diagnostiko eta osabiderako Unitatean erabiltzen diren eskemak, panel erara aurkeztuko ditugu.

Eskema hauek duten asmo bakarra, artritis infekzioso baten aurrean ospitalean ematen diren pausoak erraztuko dituen gida praktiko bat izatea da.

HIES-AREN DETEKZIO AZTERKETA. 1986tik 1991rarteko DATUEN EBALUAKETA

ELORZA, M.I.; TRUCHUELO, A.M.
Epidemiologi Zerbitzua. Gipuzkoako Osasun Zuzendaritza

Komunikazio-poster honen bidez Gipuzkoako Osasun Zuzendaritzako Epidemiologi Zerbitzuan egiten diren HIES-aren azterketaren emaitzak eskaintzen dira.

1986an hasi zen Donostian Osasun Zuzendaritza HIES-aren detekziorako frogak egiten. Lehen urtean, 113 froga egin ziren. 1987an gehitze nabaria egon zen, 566 froga eginez. Ordutik iazko urterarte, kopuru hau zerbait handitu bada ere, gutxi gorabehera mantentzen joan da eta iaz 773 froga egin ziren. Bestalde GIB (giza inmunoeskasiaren birusa) positiboaren portzentaiak gutxitzen joan dira urtez urte, hasierako %34,51tik %6,5era pasatuz. Datu hauek zehaztuta emango dira koadro baten bidez. 1991. urtean zehar hilero batezbeste 59 froga egin ziren, baina abenduan kopuru hau bikoiztu egin zen. Datu hauek erlazio zuzena izan zuten Magic Jhonson-ek GIB positiboa zeukala kaleratzearekin. Grafika baten bidez presentatuko dira hilabetez hilabete egon diren diferentziak, batez ere aipaturiko Jhonsonen kasuak izan duen eragina adierazteko. Grafika honetan eskainiko da, gainera, positiboen kopurua eta bertan adierazgarriena zera izan daiteke, urteetan zehar mantentzen den erregulartasuna.

Hirugarren grafikoan arrisku taldeen eta adinen artean dagoen erlazioa azaltzen da. Froga gehien egin duen taldea 21-30 urte dituena da eta gainera diferentzia nabaria agertzen da, kopuru aldetik, hurrengo taldearekin (31-40 urtekoa). Lehenbizi aipatutako taldean 448 pertsonek eskatu zuten GIB froga. 31-40 urteko pertsonen artean 197 froga egin ziren eta gainontzekoetan 128.

Bukatzeko eta laburpen bezala, 1991.urtean gizonezkoei 360 froga egin zitzaizkien eta 413 emakumezkoei. Datu hauek ere erakutsiko dira zehaztasun gehiagorekin koadro baten bidez.

TUBERKULOSIAREN KONTROLERAKO PROGRAMA BIZKAIKO BARNE-ESKUALDEAN

ORIBE, M.; SALINAS, S.C.; ESPAÑA, P.P.;
AGUIRREGOMOSCORTA, J.I.; CAPELASTEGUI, A.S.
Galdakaoko Ospitalea. Pneumologia.

HELBURUA

Ebaluazio klinikoa, epidemiologia eta eskualdeko plangintza operatiboa tuberkulosiaren kontrolerako.

METODOLOGIA

280.000 biztanle duen eskualde batean egina, eta osasun publikoaren estrukturaren barnean garatua. 90.eko Apiriletik 91.ko Martxorarte aztertzen du. 3 datu –iturri ditu: 1. programa beraren erregistroa eta ospitaleko altak; 2. Bizkaiko epidemiologi unitatea; 3. Mikrobiologia Zerbitzua.

Kasu bakoitzeko agiri-orri bat zabaltzen da, informazio eta emaitzen analisirako. Kontaktuen azterketa sistematikoa egiten da kasu berriak eta infektatuak aurkitzeko.

EMAITZAK

Tuberkulosiaren kasuak: - orokorrean: 93 (intzidentzi tasa: 36/10 biztanle); - biriketako tuberkulosia: 73 (intzidentzi tasa 29/19 biztanle): Sexuaren arabera 2/1 gizon eta emakumeen artean, eta adinari buruz bi gailurrekin 15-44 urteen, artean eta 75etik aurrera. Era kliniko nagusiena: biriketakoa (%89).

Baieztapen bakteriologikoa: %85. Arrisku-faktore nagusiena: HIES.

Notifikazioak Galdakaoko Ospitaletik %43, Pneumologiako kontsultetatik %27, Sta. Marina ospitaletik %9, Ledoko Dispentsariotik %3, oinarrizko Gorospidetzatik %3. Tratamendu-eredua gehienetan (%84) 6 hilabetekoa izan zen; ondo betea gehienetan (%98). Aztertutako kontaktuen kopurua 283 izan zen, horietatik gaixorik %2,8 eta Infektaturik %33,8 aurkitu ziren.

ONDORIOAK

1) tuberkulosiaren intzidentzia handia, batez ere gazteen artean. 2) HIESaren eragin garrantzitsua tuberkulosiarengan. 3) Kontaktuen artean kasu berri asko.

LYME-REN GAIXOTASUNA

MARTINEZ DE LA FUENTE, P.; URBERUAGA, M.;
PEREZ-IREZABAL, J.; CORRAL, J.; BELDARRAIN, M.G.*
Gurutzetako Mikrobiologia Zerbitzua eta Neurologia*.

*Borrelia burgdorferi*aren bektore den kaparra (*Ixodes ricinus*) Iberiar Penintsulako lurralde gehienetan aurkitu da. Lyme-ren gaixotasunaren datu mikrobiologikookin dokumentatutako lehen bi kasuak Kantauri mendikatean (Asturias eta Bizkaia) eman izan dira.

Gaixotasuna epealdi edo garai desberdinetan garatzen da. Hasierakoa, normalean ez da batere adierazkorra izaten (gripe koadroaren antzera), hau dela eta, oharkabean igarotzen da. Hilabete edo urte batzuren ostean, artikulazio edo/eta nerbioetan zailtasunak agertzen dira, hauek kontsulta medikoa bultzatu dutenez, hoberen ikertu izan direnak izanik.

Lyme-ren gaixotasuna duen 31 urteko gizonezko baten kasu akutua aurkezten dugu.

Bere adierazkortasun kliniko goiztiarrarekin (larritasun orokor oso nabaria, muskuluetako mina, toraxeko gorriunea, aurpegiko bi aldeetako paralisiarekin batera) eta aurreko datu epidemiologiko hurbilarekin (bere familiako zenbait partaide desparasitatu zituen eskuekin, toki lehor eta behiz inguraturik zegoen batean) balizko Lyme-ren gaixotasuneko diagnostiko klinikoa burutu ahal izan zen.

Hau baieztatzen da *Borrelia burgdorferi*aren aurkako antigorputz espezifikoen igoera sortzean (serobihurketa). Baita ere pazientearen odol eta likido zefalorrakideoan ohizko probetan M-antigorputzaren agerpena ematean.

NEUROSIFILI SINTOMATIKOA GAUR EGUN

BASTERRETXEA, J.M.; MEDIAVILLA, J.
Gadakaoko Ospitalea. Neurologia.

Beranduko neurosifili sintomatikoaren 4 kasu: 3 POP, 1 atrofia optikoa.

AITZINDARIAK

2 kasu, gaixotasun benereo bat 3. hamarkadan pasatutakoak; beste 2 aitzindari ezagunik gabe.

H. KLINIKOA

1 Filmina.

3 POP: Dementzia (3), portaeraren aldaketa izugarriak (2) pupila-erreakzio ez normalak (2); disartria + ezpainetako dardara + atake sasiapopletikoak (1).

1 Atrofia optikoa: Ikusmen-galera (±2 itsutasuna) + atrofia optikoa + Argyll-Robertsonen pupilak. Ez tabesik.

SEROLOGIA

1. Filmina

Anbulategian egindako ohizko analisietan VDRL + odolean (gero odolean konfirmatuta VDRL+), eta FTA-ABS+, TPHA+.

Likido zefalorrakideoan:

Erreakzio linfozitarioa	5	6	11	184 zel.
Proteinak	92	72	47	<45 mg/d.
Gamma-globulina	?	?	%40	%35
RPR	+1/1	1/8	1/4	1/16
FTA	+	+	+	+
TPHA	1/1280	1/1280	1/5120	1/8

OTA

Atrofia.

EBOLUZIOA

PN-G Na 24 milioi eguneko x 15-21 egun. Hobekuntzarik gabe.

ONDORIOAK

Neurosifilia aurkitu ahal dugula: VDRL biltartez aztertu, eta garaiz tratatu.

HIES ETA CRIPTOCOCCUS-AK ERAGINDAKO MENINGITISA

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

HIES eta *Criptococcus*-ak Eragindako Meningitisa (CEM) duten 10 gaixo ikusten dira, 9 drogazaleak ziren eta 4 jadanik HIESak jota. Jarraitutako denboran, HIES zuten 158 gaixoetatik %6,3k CEM jasan zuten. Gehien eman ziren sintomak hauek izan ziren: gaizki izate orokorra (%100), burukomina (%80), sukarra (%60), zeinu meningeoak (%50) eta gaixo bik sistema nerbiosoko sintomak agertu zituzten.

%90 kasutan likido zefalorrakideoaren kultiboa eta hasiera baten *Criptococcus* Ag. sueroan positiboak izan ziren, Tinta Txina %70ean eta hemokultiboak %30ean.

3 gaixoen MNR-ak, bi aldetan agertu ziren puntu itxurako zauri sakonak, erakutsi zituen; eta CEM-ren ondorioz itsutu zen gaixo baten trakto optikoko zauriak kokatzeko balio izan zuen.

%80ean erantzuna ona izan zen; gaixo guztiak B ANFOTERIZINA-rekin tratatuak izan ziren eta horietariko 6ri FLUOZITOSINA gehitu zitzaien. Lehenengo 2 asteetan bi gaixo soilik hil ziren.

FLUKONAZOL-ekin egin zen tratamentu iraunkorra, egokia eta eramangarria izan zen eta 3 gaixo hil ziren CEM-etik kanpo beste gaitz batzuk zirela medio.

Gaixoen %33an, 12 hilabetetik gorako biziraupena eman zen.

HITZ KLABEAK

HIES ETA *CRIPTOCOCCUS*-AK ERAGINDAKO MENINGITISA.

MICROSPORUM CANIS - AGATIKO *TINEA CAPITIS* KASU BAT, KETOKONAZOLAZ ETA GRISEOFULBINAZ SENDAGAITZA ZENA

SANCHEZ, J.; CALVO, F.; ARANA, A.; CISTERNA, R.
Mikrobiologia Saila.
Basurtuko Ospitalea.

Tinea capitis mikrosporikoa gure lurraldeetan *Microsporum canis* dermatofito zoofilikoak ekoiztutako lesio dermatofilikoa dugu. Batez ere sexu bateko zein besteko haurrak infektatzen ditu, adoleszentziatik aurrerantzean intzidentzia eskasa izanik. Aski arrunta da lesioek berez onera jotzea eta sendatzea. Edozein kasutan, lesioak griseofulbinaz edo ketokonazolaz tratatuz gero, sendatu egiten dira ia beti.

Ketokonazolaz eta griseofulbinaz tratatuta ere, erantzun kliniko eskasa izandako *tinea capitis* mikrosporiko kasu bat aurkezten dugu hemen. Gaixoa sei urteko haurra zen eta bi urte zeuzkanetik *tinea capitis* mikrosporikoa nozitzen zuen. Gaixoari, hasiera batean, ketokonazol topikoa eman zitzaion. Onura klinokorik ikusten ez zenez eta ostera ere *Microsporum canis* isolatu zenez, ketokonazolarekiko eta griseofulbinarekiko *in vitro* sentsibilitateak frogatu ziren. Tamalez, dermatofito honek tratamendua egin aurretik izan zitzakeen sentsibilitateei buruzko daturik ez izateak, tratamenduak berak erresistentziarik sortu zuen ala ez jakiteko aukera estali zigun. Halere, zenbait autorek oraintsu argitaratutako lanen arabera posibilitate hori urria da. Bestalde, in vitro egindako sentsibilitate frogek ez dute balio zehatz-mehatz aurrezteko antifungiko konkretu batez egindako tratamenduaren eraginkortasuna, zeren gaixoari dagozkion faktoreak ere tartean baitaude, eta, horrez gain, testak egiteko momentuan, zenbait faktoreak alda erazi bait ditzake *in vitro* lortutako sentsibilitate emaitzak, batez ere farmako imidazolikoei buruzko frogak egiterakoan.

Gerotxoago, ahotik emandako griseofulbinaz tratatua izan eta gaixoa hobetu egin zen klinikoki, baina tratamendua bete eta handik hilabetera arazoa berragertu egin zitzaion eta kultiboan ostera ere *M. canis* isolatu zen.

Gaixoaren bizi-inguru hurbilean ez zegoela iturria izan zitekeen animalia kutsakorrik aztertu genuen. Hala eta guztiz, anaia gazteago batek ere jaio zenetik urtebete kunplitu arte bi aldiz izan zuen ezkabia, behin *tinea capitis*-a eta bestean *tinea corporis*-a.

Nola eta autore gehitsuenek uste duten antifungikoen kasuan bai berezko erresistentziak zein indukzioz edo eraginez lortutako erresistente mutakorrak fenomeno aski arraroak diren, gure ustez, familia inguruko iturri ez-animal eta ezezagun batek sorturiko berrinfekzio kasuak izan daiteke hemen aurkeztu dugun lana.

SCHISTOSOMIASIA

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

Barne-Medikuntza.
Arantzazuko Amaren Ospitalea.

Hamabost *Schistosoma* espezie ezagutzen dira, hauetatik 5ek bakarrik kutsatzen dute gizakia.

DISTRIBUZIO GEOGRAFIKOA:

A) Garrantzi epidemiologiko handienetakoak:

– *S. haematobium:* Afrika edo Erdi Ekialdean (Maskuriko afektazioa).

– *S. mansoni:* Afrika, Erdi Ekialde eta Hego Amerika (Hesteko gaixotasuna).

– *S. japonicum:* Japonia, Asiako hego-ekialdea. Heste-schistosomiasiaren bariante bat; gibela eta barearen afektazio goiztiar eta gogorragoa.

B) Prebalentzi gutxienekoak:

– *S. mekongi:* Asiako hego-ekialdean.

– *S. intercalatum:* Afrika. Heste, gibel eta bareko gaixotasuna eragiten dute biak.

BIZI ZIKLOA:

Schistosoma larba duten ur gezatan sartzerakoan larruazaletik barneratzen da, 4-5 egunetan biriketako hodietara iristen da, gero gibelera, heldutasuna sistema portalean lortuaz; pareatu ondoren arrautzak jarriz:

– *S. hematobium*ak: maskuri eta pelbiseko beste organoetan.

– *S. mansoni*ak: ondeste aldean.

– *S. japonicum*ak: heste meharrean eta goranzko kolonean.

PATOGENIA:

A) INBASIO ALDIA: Larruazaleko zerkariaren sarrerak, ordu gutxitara, exantema papuladun eta hazkuradun bat eragiten du. Hau igerilarien hazkura bezala ezagutzen da eta bi egun irauten ditu. Geratzen diren zerkarien biriketako odol-hodietaranzko migrazioak sukarra eta eztula sor ditzake.

B) HELDUTASUN ALDIA: Gaixotasunaren fase akutua da. 2-4 aste irauten ditu. Klinika: hotzikarak, sukarra, mialgiak, buruko minak, eztula eta beherakoak dira

sintomak. Japonian KATAYAMAko sukarra da: Eosinofilia eta hepatoesplenomegalia gehitzen zaie. Fase honetako dianostikoarentzat susmo klinikoa garrantzi handikoa da, gorozkietan arrautzak bila ditzagun.

EGOERA ALDIA: KONPLIKAZIOAK:

Schistosomiasi urogenitala: Maskurian arrautzak depositatzeak, granuloma, ultzerak eta polipoak eragiten ditu; hauek hematuria eta konplikazio goiztiarren arduradunak dira: min abdominala, sindrome mikzionala, maskuriko kapazitatearen gutxiagotzea, gaixotasun kutsakorrak, ureter distalaren afektazioa eta ureteronefrosiarekin erlazionatzen dira. Konplikazio berantiarrak asko dira: litiasia, *salmonell*agatiko gernu-kutsadura, fistula, maskuriko minbizia, giltzurrun gutxiegitasuna, butxaketak eragindako giltzurrun gutxiegitasuna, birika-hipertentsioa eta mielitis transbertsoa *(S. haematobium).*

Heste-schistosomiasia: Ondesteko odoljarioa, ondesteko sindromea manifestazio usuenak dira fase kronikoan, arrautzak eragindako kongestioa, ultzera eta polipoengatik *(S. mansoni).* Larritasun handienekoak gibeleko manifestazioak dira: Arrautzek endoflebitisa, butxaketa baskularra, fibrosia, hipertentsio portal presinusoidala eta liseri aparatuko odolgaltzea eragiten ditu nahiz eta gibeleko funtzioak normal jarraitu. Hepatoesplenopatiak HBS Ag eramailetan maizago agertzen dira, hauek gibeleko gutxiegitasuna sufrituz. Birika-hipertentsioa eta inmunokonplexuek eragindako nefropatia ere deskribaturik daude.

S. japonicum: Larritasun handiagoa dauka. Heriotzera lehenago eramaten du ikteroaszitiko deskonpentsazioagatik edo hestegorriko barizeak hausteagatik.

*S. intercalatum*en manifestazioak apalagoak eta berantiarragoak dira.

DIAGNOSTIKOA:

Schistosoma-arrautzen topaketan oinarritzen da, bai gorozkietan edo/eta biopsiatan. *S. hematobium*a gernu-sedimentuan ondo identifikatzen da; batzuetan gorozkietako parasitoen azterketan topa daiteke. Rx soilak maskuri eta ureterraren heren distaleko kaltzifikazioa erakusten du, hau dela eta oso gutxitan da beharrezkoa endoskopia hematuria baten diagnostikoa egiterakoan. Fase berantiarretan urografia, ekografia eta zitologia beharrezkoak dira konplikazioak ikertzeko.

TRATAMENDUA	BOTIKA	DOSIA	EFIKAZIA
S. haematobium:			
– Aukerakoa	Praziquantel	40 mg/kg dosi bakarrean	% 80-95
– Ordezkoa	Metritonato	10 mg/kg 3 dosi 2 astetan	
S. mansoni:			
– Aukerakoa	Praziquantel	40 mg/kg dosi bakarrean	% 60-90
– Ordezkoa	Praziquantel	45 mg/kg dosi bakarrean	
S. japonicum	Praziquantel	20 mg/kg 3 dosi egunean	% 60-80
S. intercalatum	Praziquantel	40 mg/kg dosi bakarrean	% 60
S. mekongi	Praziquantel	40 mg/kg 3 dosi egunean	

BIDAIEN AURREAN, PROFILAXI NEURRIAK BEHARREZKOAK?

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

Barne-Medikuntza.
Arantzazuko Amaren Ospitalea.

Bidaia bat prestatzen ari garenean, zer esanik ez hau herrialde tropikal batera baldin bada, berehala datorkigu burura profilaxi-neurriren bat hartzea beharrezkoa izan daitekeela. Dudarik gabe arriskua egon badago, eta zenbait baldintzek hau areagotu dezakete; hala nola zein den bisitatzen dugun herria edo zein baldintzatan eta zer ingurunetan egiten dugun gure egonaldia. Hoteletan edo antzeko ingurunetan mugitzeak dudarik gabe trekking moduko bidaiek baina arrisku gutxiago daukate.

Dena den arrisku-bidaia baten aurrean, zenbait neurri orokor komenigarriak dira:

a) Urarekin kontu handia eduki behar da. Hartu aurretik hamar minutuz irakiten jartzea beharrezkoa izanik. Enbasatutako urak ere ez dira erabat fidagarriak.

b) Jakiekin ere arreta eduki behar da, batez ere bi jaki motekin: Barazkiak eta Mariskoak, sekula ez dira gordinik jan behar.

c) Ibai eta enbaltsetan bainatzea ez da inolaz ere komenigarria.

d) Neurri fisiko zenbait ere hartu behar dira, hala nola sare moskiteroak eta ultrasoinuak moskitoen ziztadei ekiditeko.

e) Ohean sartzerakoan koltxoia eta maindireak ondo astindu behar dira.

f) Azkenik, sukar horia edo paludismoan endemikoak diren zonaldeetara joaten bagara, hauen profilaxia egin behar da. Sukar horia batez ere Hegoameriketan eta Saharapeko Afrikan azaltzen da eta txertoa badago. Paludismoaren profilaxia beste komunikazio batean aztertzen da.

BILBAOKO OSPITAL ZIBIL SANTUA

Jostun-gela (zati baten ikusmira)

ANTI B HEPATITISAREN TXERTAPEN ARAUAREN FLEXIBILITATEA

APELLANIZ, A.; SOLOETA, J.; ARRUZA, J.
G.V.-U.T.A.P.-Zerbitzu Medikoa.

SARRERA

Anti B hepatitis txertapena muskulu barruan jartzen diren 3 dosien bidez egiten da, deltoide muskuluan zehatzago esanda. Arau honen betekizunean gertatzen diren atzeraurrean, txertapenaren eraginkortasunari buruz, araua jarraitzeari buruz eta txertapena berriz hasteari buruz zalantzak sortzen dira.

GAIA ETA METODOA

601 pertsonez osatutako talde (batezbeste 29 urtekoa eta % 9 emakumezkoak) baten txertapen araua eta txertapen ondorengo Anti HBs titulazioa ikertzen da.

EMAITZAK

Txertapenaren emaitzak arauaren betekizunarekin konparatuz, hauxe ikusten dugu: araua ezin hobeki betetzen duten pertsonen titulazioa eta behar bezala betetzen ez dutenen artean ezberdintasuna ez da estatistikoko adierazgarria. Ezta ere araua 2 hilabeteko mugarekin betetzen duten pertsonen eta besteen artean.

ONDORIOAK

Proposatzen den txertapen araua 0, 1 eta 6 hilebetekoa da, baina bigarren eta hirugarren dosiak atzerapenekin ipini arren, babes egokia lortzen da.

Datu honek zera adierazten du: txertapenaren hiru dosiak betetzeak garrantzi haundiagoa daukala arau irregular batean betetzeak baino.

KOLEKTIBO BEREZI BATETAN ANTI B HEPATITIS TXERTAPENAREN ESTALDURA

APELLANIZ, A.; ARRUZA, J., SOLOETA, J.
G.V.-U.T.A.P.-Zerbitzu Medikoa.

SARRERA

Gaur egun B Hepatitisen aurka borrokatzeko, Anti B hepatitis txertapena da neurririk garrantzitsuena.

Anti B hepatitis txertoa, injinieria genetikoz lortuta, prebenitzeko bide ziur, eraginkor eta merkea da, eta gaurkoan txertapen masiboak proposatzea eztabaidatzen ari da, biztanleria orokorra babesteko asmoz.

GAIA ETA METODOA

Anti B hepatitis txertapenaren gainean egin da kanpaina, hiru kanpaina partzial ezberdinetan bilakatu da, eta hiru hauek aurretik argibidezko programaz aritu dira. Esan dugunez, erabilitako txertoa injinieria genetikakoa da, 20 mkgtako dosi batean, deltoide muskuluan egindako injekzio baten bidez, eta 0, 1 eta 6 hilabeteko egutegi batekin kontrolatu da. Aurretik, markadore hepatikoak aztertu dira eta hirugarren dosiaren 2 eta 4 hilabete pasa eta gero, Anti HBsren kopuruak aztertu dira.

EMAITZAK

Aurreko markadoreak egiteko, 2.343 ertzain aurkeztu dira, txertapena eskatzaileen % 84,5 ertzain horien, AntiHBs baiezkoa %7,04 eta HBsAg baiezkoa % 0,3 eman du. Lehen dosia 2.018 ertzainek jaso dute, bigarrena 1.954ek eta hirugarrena 1.630ek, beraz txertapena hasi zirenetariko % 80,7ak.

Jarritako dosien totala 5.602 izan zen, beraz, modu apropos baten 1.867 ertzaina txertatu behar ziren eta horregatik estaldura èrlatiboa, gastu osoari dagokionez % 87 izan dela pentsa dezakegu.

Txertapen ondoren kontrola egin zutenen artean % 96,9 AntiHBs kopuruak 10 mu/ml baino gehiago eta % 68,2 100 mu/ml edo gehiago aurkeztu zuten. Hirugarren dosia eta gero AntiHBsren 10 mu/ml baino gutxiago aurkeztu zutenei, 29 ertzain, laugarren dosi bat jarri zaie, eta hauetariko % 45 10 mu/mltara heldu zen, % 40 20 mu/mltara heldu zen eta % 25 100 mu/mltara heldu zen.

ONDORIOAK

Anti B hepatitis txertoa injinieria genetikoaz lortutakoa, hiru dositan aplikaturik, kasu guztien % 96,9 estaldura inmunogenetikoa lortzen da. Bigarren eta hirugarren dosiak ez jartzeagatik galtzen diren txertoak kontuan izanik, ikerketak dosi bakar bateko txertapen bat lortzera bideratu behar dira.

C Hep
Odolaren e
arriskua zut
teengan.

Anti C
dez burutu

Ikertu
artean, ben
prebalentzi
lisi program
eta jakin g

Aldi b
ondorengo
ti(HBC+)-a
tan, % 24,1
zienteengan
tik patolog

KONKLUS

a) C

b) Gu
drogak har

c) Gi
kin zeriku

d) Zu
bait da, ez

C HEPATITISAREN PREBALENTZIA GURE INGURUAN

URBERUAGA, M.; CORRAL, J.; MARTINEZ, P.;
GONZALEZ, C.; CEBRIAN, G.

Gurutzetako Mikrobiologi Zerbitzua. Serologia.

C Hepatitisaren prebalentzia ikertu da Euskal Herriko paziente batzuengan. Odolaren eta bere eratorrien bidez transmititutako birus infekzioak harrapatzeko arriskua zuten paziente batzuengan eta luzaroan gibeleko gaixotasuna zeukaten besteengan.

Anti CHB antigorputz serikoa detektatzen duen Elisa berkonbinante baten bidez burutu da ikerketa ospitalizatuta eta anbulategietan dauden pazienteen artean.

Ikertutako 2.792 pertsonen artean, odol bidez transmititzeko arriskua dutenen artean, benetatik droga ziztatzeko zaletasuna dutenak nabarmentzen dira (% 74eko prebalentziaz; hemofilikoak, % 69; transfusioak jasan dituzten pazienteak, % 37; dialisi programa jarraitzen duten gaixoak, % 22; galtzurrun txertaketa izandakoak, % 21 eta jakin gabeko datuarekin, % 11,3.

Aldi berean, euren patologia aztertzeko heldu ziren 2.778 pazienteak ikertuz, ondorengo prebalentzi tasa hauek aurkitu ditugu: % 60,8 hepatitis kronikoan anti(HBC+)-arekin, % 52,5 hepatitis kriptogenetiko kronikoetan, % 37,8 zirrosi kasuetan, % 24,1 gibeleko gaixoaz eta transaminasen igoera kronikoa aurkezten zuten pazienteengan, % 21,9 ezA ezB diren hepatitis akutuetan eta % 29,3 eskaera datu ezagatik patologia ezezaguneko pazienteengan.

KONKLUSIOAK

a) C Hepatitisaren birusa, batez ere benabidez transmititzen da.

b) Gure inguruan, CHBaren infekzioaren prebalentzia oso altua da benabidez drogak hartzen dituztenen artean.

c) Gibeleko patologia kronikoen kopuru handi batek, C birusaren infekzioarekin zerikusia du.

d) Zuzenak ez diren % 36,6 eskaera daude C hepatitisaren ikerketan. Hauetan ez bait da, ez arrisku taldearen ez jasandako datu klinikoen berri ematen.

TRICOSPORUM ETA ASPERGILLUS-EK NAHASITAKO KUTSADURA

GARCIA, A.; OYARBIDE, I.; HOCAJADA, J.P.; HERNANDEZ, J.; BARANDIARAN, F.; GARCES, J.L.; COLOMA, J.; MENTXAKA, B.

Barne medikuntza. Arantzazuko Amaren Ospitalea.

Mieloma multiple aurreratua zuen 47 urteko emakume baten kasua aurkezten dugu. Melfalanekin tratamendu kimioterapikoa ezarri zitzaion (geroago autrotrasplantea egiteko asmoarekin), hezurmuineko aplasai gogorra eta luzea (lau aste) sufrituz.

Aplasiaren hasieran (KTP-ondoko 10garren egunean) alborengo bat azaldu zen. Klinikoki motela zen eta erradiologikoki (scanner bidez) hiru gingiletan kokatzen zen (eskumako birikaren golkoan eta erdikoan eta ezkerreko birikaren behekoan). Eskuma aldean mizetoma-antzeko irudia ematen zuen, *Aspergillus*etaz pentsaeraziz.

Bakterio eta onddoen aurkako tratamenduak (B Anfotorezina eta itrakonazol barne direlarik) ez zituen hobetu kurtso klinikoa ez erradiologikoa. Odol, karkaisa, eta bronkioskopiaren kultiboak hasiera baten negatiboak izan genituen. Bularreko zeharkako ziztada egin zen, eta mikroskopioan *Aspergillus* ziruditen hifak ikusi ziren, nahiz eta kultiboan ezer ez hazi.

Azkenean, KTP-ondoko 77garren egunean, bronkioskopiaren onddokultibo batean, *Tricosporum capitatum* hazi zen. 84garren egunean gaixoa hil egin zen.

Tricosporum onddoak (*Belgelli-capitatum*) larruazalean saprofito modura bizi izaten dira, baina mikosi sistemiko agresiboa sorterazi desakete gaixo inmunogutxituengan (onkohematologikoengan batez ere). Eskasa da, baina, gertatu ezkero, hilgarri izan ohi da. Sepsia edo organo desberdinetako gaitza gerta daiteke: birikak, gibela, giltzurdinak, endokardioa, nerbio sistema eta abar. Erradiologikoki (beste onddoek bezala) husgune-nekrosiaren irudia eman dezakete. Onddoen aurkako antibiotikoekiko erresistentzia garrantzitsua aurkezten dute. Kasu batzuetan *Aspergillus*ekin batera kutsatzen omen dute. Gure kasu honetan, ikerketa mikrobiologikoak medio, onddo biek nahasitako kutsadura gertatu zelakoan gaude. Nekropsia ezin izan zen egin.

ZAINTZE EPIDEMIOLOGIKOAREN EZINBESTEKO ALDAKETA OTE DATOR ZENBAIT ERITASUNI BEGIRA BEHINTZAT? ADIBIDE GISA GRIPEAREN KASUA

DORRONSORO, M.; CALABUIG, G.; GOIRI, M.
Gipuzkoako Osasun Zuzendaritza.

SARRERA

Duela urte batzuk hasia da Europa guztian eta herrialde garatu gehienetan zaintze epidemiologikoaren barruan zenbait aldaketen beharra somatzen eta gauzatzen.

Bi arrazoi nagusitan oinarritu izan da eboluzio hau. Alde batetik duela 50 urte baino gehiago indarrean zirauten informazio sisteman eta hauek eusten zituzten arauan eta balioaren nolabaiteko krisia eta beste aldetik garapen ekonomiko sozialak definitutako harreman eta jokabide sozialen aldakuntzak bultzatutako zenbait eritasunen jokabide epidemiologikoaren aldaketa edo eboluzioa bestetik.

Gaur egun inork ez du zalantzan jartzen herrialde baten gertatutakoak eragin handia izan dezakeela ondokoetan. Adibide gisa, Europan zehar eta EUROSENTINEL deituriko zaintze epidemiologikoko sarearen barruan, 1991. urtean Gripearekin gertatutakoa aurkezten da.

LANERAKO METODOA

Aspalditxo hasia de EAEn Mediku Jagoleak deituriko medikuek osaturiko eritasunen aitorpenerako sare berezi bat.

Mediku jagoleen sareak Europa guztian hedaturik daude dagoeneko eta guztietan bada zeinu berezi bat aitorpenaren balioa eta kalitatea guztiz estimagarria egiten duena, medikuak borondatez egiten dutela aitorpen hau eta epe baterako hartzen dutela konpromisua. Ondorioz, jasotako informazioa oso estimagarria izateaz gain, herrialdetan konparazioak egiteko aukera ematen du.

EAEn 90 medikuk osatutako Mediku Jagole sarea dago indarrean 1990.eko azaroan hasita eta asteroko aitorpena eskatzen zaia, elgorria, gripea, pneumonia eta A hepatitis kasu berriak ikusten dituztenean aitortuz.

Gripearen kasuan, Europa guztian jagole sareak dituzten herri guztien artean hartutako proiektu zabal bat egituratu zen 1990. urtean, Eurosentinel izenekoa eta guztion artean lehen aldiz zaintza Epidemiologiko zabal baten lehen pausoak eman dira. Sare bakoitzean gertatutakoa, astez aste ematen da jakitera. Bruselasen egiten da informazioaren bilketa eta zabalketa.

EMAITZAK ETA KOMENTARIOA

Ikusi ahal izan denez, Europako herrialde guztietan gripearen urteroko igoera, urtaro eta are gehiago, garai berdinean eman izan da. Ikusi ondoren logikoa badirudi ere, gutxienez atentzioa deitzeko modukoa gertatzen da, nola hamabost eguneko epean zabaltzen den alde batetik bestera eta zeresanik ez ameierari buruz.

EAEko sarea nahiz eta oso txikia izan, bestalde balio osokoa dela dudarik ez, zaila izango bait litzake gure artean gertatutakoa beste lekutakoa bezalakoa dela ikusirik, gurearen kalitatea zalantzan jartzea.