

PUBLICACIONES RECIENTES

Gripe: vacunas en pediatría

Es época de gripe y para prevenirla o al menos prevenir sus posibles complicaciones, muchos de nosotros nos hemos vacunado. El debate surgido, en la pasada temporada, respecto al desprestigio de la vacuna de la gripe y las pautas de vacunación, lejos de decaer, se mantiene. La aplicación de esta vacuna en pacientes pediátricos es uno de los aspectos que suscita mayor interés, habida cuenta de la elevada prevalencia de esta infección en las edades iniciales de la vida. En nuestro medio, el Comité de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacunación contra la gripe de los niños mayores de seis meses de edad que forman parte de los denominados grupos de riesgo; sin embargo, otros países recomiendan la vacunación universal. Como es bien conocido, conceptualmente existen dos grandes modalidades de vacunas; las compuestas por virus atenuados y de aplicación nasal, y las que contienen virus inactivados, de administración parenteral. Sobre las primeras existen menos datos contrastados y cualquier aportación basada en pruebas es siempre bienvenida. En este sentido, hace pocos meses se publicó un original en el que se efectuaba una valoración de tres sólidos estudios realizados en población pediátrica y que comparan la eficacia relativa de las vacunas de virus atenuados frente a las inactivadas, a la vez que pretende documentar su eficacia a lo largo del tiempo (0-4 meses y más de 4-8 meses), una vez realizada la vacunación. Para ello los autores (Ambrose et al) revisan tres ensayos clínicos, multicéntricos y aleatorizados, realizados en el hemisferio norte durante las temporadas gripales de 2002-2003 y 2004-2005. Se incluyeron en el estudio 12768 niños con edades comprendidas entre los 6 meses y los 17 años. El modelo de aleatorización conjunto fue 1:1 para ambos tipos de vacunas, ambas compuestas por las cepas de virus correspondientes a cada estación objeto de estudio. El diseño fue "doble ciego" en un caso y los otros dos fueron abiertos. Se calculó la incidencia de gripe en los diferentes grupos vacunales y para cada

intervalo de tiempo, confirmándose la infección mediante cultivo y posterior subtipado de los virus. En el capítulo de resultados, cabe destacar que la mayor parte de los cultivos positivos para los virus de la gripe se obtuvieron entre los dos y siete meses postvacunación, ocurriendo la mitad de los casos (51%) en los cuatro meses posteriores a la misma. Se detectaron menos casos de gripe en los niños vacunados con virus atenuados que en los vacunados con virus inactivados. La evaluación conjunta de los tres estudios analizados reveló una reducción relativa a favor de la vacuna con virus vivos atenuados del 34% (IC 95%: 3, 55) en el primer cuatrimestre y del 62% (IC 95%: 42,76) en el segundo. Para los virus con características antigénicas iguales a los componentes de la vacuna, los resultados fueron similares en los tres estudios. Dado que ninguno de estos estudios incluyó un grupo placebo, no es posible estimar la eficacia real de las vacunas estudiadas. No obstante, el análisis realizado sugiere que las vacunas gripales de virus atenuados ofrecen mayor protección que las de virus inactivados, especialmente entre los cuatro y los ocho meses posteriores a la vacunación. No obstante, a la hora de seleccionar el tipo de vacuna más apropiada para administrar en la infancia, convendría considerar no sólo su eficacia, sino su perfil de seguridad, así como su coste-efectividad. Para ello, será oportuno valorar la eficacia frente a un placebo, lo que proporcionará información sobre su utilidad tanto en grupos de riesgo, como en la población infantil general. Sin duda, contribuciones como la presente esclarecen el camino a seguir al tiempo que urgen a dar respuestas claras, máxime en un país como el nuestro cuya capacidad de producción de vacunas es un reto todavía no conseguido. Y para terminar, y por si es de vuestro interés, en el apartado de bibliografía recomendada, os facilitamos el documento recientemente publicado por los CDC respecto al tratamiento de la gripe y su profilaxis.

Bibliografía recomendada:

-Ambrose CS, Wu X, Belshe RB. The efficacy of live attenuated and inactivated influenza vaccines in children as a function of time



postvaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2010;29:806-811.

-MMWR January 21, 2011 / Vol. 60 / No. RR-1. [Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza --- Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#)

Comentado por: Dr. JM^a Eiros Bouza. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

XVI CONGRESO SEIMC 2012

El XVI congreso de nuestra Sociedad a celebrar en 2012 ya tiene fecha. Se celebrará en la ciudad de Bilbao del 9 al 11 de mayo. Desde estas páginas enviamos a su Presidente, el Dr. José Luís Montejo Baranda, Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Cruces, todo nuestro ánimo y colaboración.

LAS ASOCIACIONES DE LOS PACIENTES APOYAN A SEIMC

El reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas es una reivindicación histórica en nuestra Sociedad, aunque el Ministerio de Sanidad aún no se ha pronunciado claramente al respecto. El pasado día 27 de enero tuvo lugar un acto de apoyo a esta solicitud, y a los diferentes manifiestos que en este sentido ha realizado la SEIMC. La carta de adhesión ha sido firmada por 13 asociaciones que representan a los pacientes con algún tipo de patología infecciosa o que están en riesgo de padecerla debido al proceso de base que presentan. Las asociaciones que han avalado la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas son las siguientes: Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA), Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C (Aso EEHC), Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades renales (ALCER), Sociedad Española del Trasplante (SET), Sociedad Española de Trasplante de Órganos y Tejidos (SATOT), Asociación Andaluza de Trasplantados Hepáticos (AATH), Asociación Andaluza de Hemofilia (Ansaemo CAN-COCEMFE), Asociación Catalana de Enfermos de Riñón (ADER), Asociación catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT), Organización Catalana

de Trasplantes (OCATT), Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales, Asociación Valenciana de Hemofilia (ASHECOVA), Asociación de Trasplantados de corazón de Andalucía "Ciudad de Hispalis".

A todos ellas agradecemos el interés mostrado por nuestra petición, que pretende conseguir el marco legal que regule la formación de los especialistas en Enfermedades Infecciosas, con el objetivo principal de garantizar a nuestros pacientes la atención especializada en el futuro.

PROYECTO GUÍA SALUD

El Sr. D. José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad ha remitido a la SEIMC, para que ésta proceda a su difusión y promoción entre los socios, la información sobre el proyecto *GuíaSalud*. Este proyecto es una iniciativa del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y promueve una gama de recursos, servicios y productos de Medicina Basada en la Evidencia. *GuíaSalud* es una iniciativa transversal adoptada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con participación de todas las Comunidades Autónomas, y pretende ser un instrumento para mejorar la calidad en el Sistema Nacional de Salud. Es un entorno tecnológico de referencia para profesionales, pacientes y entidades interesadas en la práctica basada en la evidencia. Ofrece una fuente de información y consulta para facilitar la práctica diaria de los profesionales y posibilita el trabajo colaborativo y la gestión del conocimiento en el campo de la atención sanitaria. La consulta de la información ofrecida es libre y gratuita. Sin embargo, para acceder a determinados servicios y productos es necesario que los usuarios se registren y den de alta. Se puede acceder a este nuevo recurso desde la página *web* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (www.msps.es), o directamente desde la página de *GuíaSalud* (www.guiasalud.es).



FORMACIÓN CONTINUADA

•PATROCINIOS SEIMC

-Curso: "Programa de formación en infección nosocomial". Dirigido por el Dr. José Barberán (Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid). El curso dará comienzo el 1 de febrero y finalizará el 31 de diciembre de 2011.

-El Curso de actualización en antimicrobianos y enfermedades infecciosas. Dirigido por el Dr. Carlos Barros (Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Móstoles. Madrid). Se celebrará desde el 3 de febrero al 24 de marzo de 2011. Duración, 40 horas lectivas. La matrícula es gratuita.

-Reunión científica: "Patología infecciosa asociada al uso de monoclonales y otras terapias emergentes". Dirigido por el Dr. José María Aguado (Unidad de Infecciosas, Hospital 12 de Octubre. Madrid) y la Dra Lourdes Vázquez (Servicio de Hematología. Hospital Clínico de Salamanca). Tendrá lugar en Salamanca el 18 de febrero del 2011. Más información en la siguiente dirección: <http://www.aymon.es/piamonte2011/>

-Reunión científica: "POSYTIF 4. Actualización en Infección Fúngica". Se realizará el próximo día 4 de Marzo de 2011 en La Granja, Segovia. Dirigida por los Dres: José María Aguado (Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital 12 de Octubre. Madrid) y Rafael de la Cámara (Servicio de Hematología del Hospital de la Zarzuela. Madrid).

-Reunión: "Prevención de la infección neonatal por *Streptococo* del grupo B". Dirigido por el Dr. Manuel de la Rosa Fraile (Hospital Virgen de las Nieves. Granada) y la Dra. María José Sánchez Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública). Se celebrará el 31 de marzo en Granada.

-Curso: "Curso intensivo de introducción a la medicina tropical para DUE". Dirigido por el Dr. Miguel Górgolas Hernández-Mora (Enfermedades Infecciosas, Fundación Jiménez Díaz. Madrid). Se celebrará en Madrid del 3 al 10 de junio de 2011. Más información sobre matrícula y contenidos del curso, consultando la página web: http://www.vacunasyviajes.es/vacunasyviajes/Curso_DUE.html

INFECCIONES EN 35 M/M

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

No hay muchas películas en las que el tétanos juegue un papel importante en la trama. Una de ellas, en la que la enfermedad es determinante, es *Los niños de Huang Shi* / *The Children of Huang Shi* (2008) de Roger Spottiswoode. La película se basa en la vida de George Hogg. La acción transcurre en territorio chino, durante la Segunda Guerra chino-japonesa (1937-1945). En diciembre de 1937, tras presenciar y fotografiar una masacre perpetrada por los japoneses sobre la población civil, George Hogg (Jonathan Rhys Meyers), un reportero británico, salva su vida milagrosamente gracias a la intervención de Jack Chen (Chow Yun Fat), un jefe militar activista de la resistencia. Con su ayuda, llega al orfanato de Huang Shi donde se oculta. Aquí conoce a Lee Pearson (Radha Mitchell), una australiana, que ejerce funciones de enfermera entre los maltratados chinos, y de la que acaba enamorándose. Tras conocerse en el orfanato, en una comida, Lee intenta convencer a George que se ocupe de su dirección y éste, tras negarse, le pregunta: "¿Por qué te tienen [los chicos] tanto respeto?", a lo que la chica le responde: "Aquí la gente muere constantemente. Tifus, cólera, tétanos. A quien me da problemas le digo simplemente: algún día te arañaras creerás que no es nada, al día siguiente te despertarás con fiebre creerás que es un resfriado nada más. Al cabo de nada te dolerán los huesos, se te trabara la mandíbula apretaras los dientes Y lentamente, muy, muy lentamente morirás de tétanos. En mi macuto llevo vacunas cuando puedo conseguirlas. Si me voy desaparece el macuto, así que... ¿Quién va a meterse conmigo?" Esta descripción es premonitoria pues George morirá de tétanos al final de la película. Nuestro protagonista, se implica tanto en el cuidado de los niños, que para salvarlos hace una larga marcha hasta Liu Pan Shan, al norte del país en las proximidades de Mongolia. Durante el viaje, ya cerca de su destino, consiguen unos camiones para realizar el último tramo del recorrido, pero la caravana sufre los efectos de un tornado, en el momento en que



George está cambiando una rueda. Una vez que el fuerte viento pasa, Hoog observa que se ha herido ligeramente en la palma de la mano derecha. Tiempo después, alcanzado ya el destino, cuando las cosas empiezan a marchar, George no se encuentra bien, piensa que es la gripe, a pesar de que su mano se encuentra vendada. Más tarde sufre un desvanecimiento. Lee envía a buscar suero antitetánico que se le ha acabado. En la espera, aparece rigidez de nuca, opistótonos, risa sardónica, trismus, convulsiones y muerte pues el suero llega tarde. La descripción del tétanos realizada por Lee, en su primera parte, deja mucho que desear. Muchos de los que trabajan en el ámbito de la infección no han visto un tétanos, pero todos tienen conciencia que la primera manifestación de la enfermedad no es una pérdida de conocimiento, sino un aumento del tono de los músculos, masetero y risorio, de la cara. El periodo de incubación, en este caso, es cortísimo, hay fiebre, que puede existir, y asunción de que puede ser un resfriado por parte de quien lo padece. Por lo demás, la infección del protagonista no está mal representada en el sentido de que presenta un cuadro de hipertonia mortal que requiere para su tratamiento la rápida administración de suero antitetánico. El tétanos sigue siendo un problema en los países en vías de desarrollo y este hecho ha sido recogido en un filme cuya acción transcurre en África. Esta es la pregunta de cultura cinematográfica que os planteamos este mes. Ahora, la resolución al interrogante del mes pasado. Seguro que a los amantes del cine bélico nada más acabar la lectura de esta columna le vino a la mente *Los cañones de Navarone/ The Guns of Navarone* (1961) de J. Lee Thompson, pues sí..., esa era la respuesta.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso poeta escribió?:

*Economistas, químicos,
sociólogos...*

*y toda esa quincalla de los medios
de comunicación...*

*son los sumos sacerdotes: nos dan
la prensa como hostia, el sufragio
universal (y las vacunas) como
circuncisión....*

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.huqf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso microbiólogo escribió?:

“En contraste con el calor y la humanidad de muchos de los personajes de El Quijote, con los que el lector llega a tener un alto nivel de intimidad, los del Persiles resultan glaciales, distantes, extraños, casi metafísicos”.

Dijo el filósofo ginebrino Henri-Frederic Amiel: “*Antes de emplear una palabra bella hazle sitio*”. Difícil tarea para el que escribe encontrar el tono adecuado y la palabra para hablar del autor de la pregunta de este mes, ya que se trata del Dr. Fernando Baquero Mochales, hijo de Don Gregorio Baquero Gil, otro hombre ilustre, magistral docente, eminente microbiólogo y apasionado por la filosofía, que sin duda influyó en el carácter y en la formación de sus hijos: nuestro autor y su hermana Margarita, también reconocida microbióloga. Fernando Baquero no necesita ser presentado en esta sección, ya que su trabajo es conocido y reconocido, tanto a nivel nacional como internacional, por ello no esperéis una glosa al uso de toda su carrera, ya que es suficientemente conocida. Por otro lado creo que no soy la persona más adecuada, me temo, aunque mi timidez pretende ser contrarrestada por el ánimo y el apoyo, que al respecto me transmite la coordinadora de este Boletín. Si digo que la época de oro de la microbiología está asociada a las figuras de Koch y Pasteur, ¿cómo debo referirme a la vivida por el Dr. Baquero? ¿La época del diamante? Debido a que, hasta el momento, es nuestro microbiólogo más universal. Como el diamante, la personalidad de Fernando Baquero está llena de múltiples facetas perfectamente talladas, que lo convierten en un hombre del Renacimiento, tanto por el interés que demuestra en el ámbito científico como en el humanístico, interés que también ha transmitido a sus hijos. Dice Wislawa Szymborska en uno de sus preciosos poemas “*Las tres palabras más extrañas*”:



“Cuando pronuncio la palabra Futuro, / la primera sílaba pertenece ya al pasado...”. El Pasado del Dr. Baquero proviene de una familia caracterizada por su faceta humanística y científica, pero él es Presente para muchos de los microbiólogos actuales y será Futuro para las generaciones venideras que reconocerán en él a un maestro con mayúsculas (en el sentido perdido que tiene esta palabra) y a un mentor.

Su faceta de ensayista es quizás menos conocida, así como su conocimiento de la obra de Cervantes, y la interpretación que hizo de su obra póstuma: *Los trabajos de Persiles y Segismunda*, dedicada al Conde de Lemos y escrita el 19 de abril de 1616, cuatro días antes de su muerte, y en donde se encuentran las famosas coplas:

“Puesto ya el pie en el estribo,
Con las ansias de la muerte,
Gran señor, ésta te escribo”.

La obra del Dr. Baquero que da respuesta a la pregunta del mes pasado es *El Retablo de Persiles y Auristela o Rectificación del Persiles y Segismunda para Guía y Recordatorio para Nuevos, Viejos o Descarriados Lectores (Biblioteca Baab, 2003*. En ella, nos presenta la obra cervantina como “su obra maestra... y podría ser considerada como su testamento espiritual” que tiene por modelo la novela griega o bizantina, y que está escrita en forma de retablo: “como un retablo, los cuadros que lo componen tienen frecuentemente un componente exótico y tremendista, porque de lo que se trata es de atraer la atención de los feriantes o lectores”. Un retablo que recoge las escenas principales de la vida para apoyar el mensaje moral que pretenden transmitir. Como en Shakespeare hay un juego de personajes travestidos que representan el cuerpo y el alma. A diferencia de Cervantes, en las obras de Shakespeare este juego es realizado por actores masculinos, la mujer estaba prohibida en el teatro isabelino, lo que le da un juego todavía más extraño al ser hombres que hacen de mujeres y que se disfrazan de hombres. Otros paralelismos de la obra de Cervantes y Shakespeare son la existencia de las brujas, recuérdese *Macbeth* o el carácter mágico de *La Tempestad*, obra

póstuma del autor inglés. En el Persiles de Cervantes se habla de licantropía (*manía lupina* o *insana lupina*) como enfermedad mental y tanto en “*El licenciado Vidriera*”, “*La española inglesa*” como en “*Los trabajos de Persiles y Segismunda*” se recurre a la hechicería y/o al envenenamiento con finalidad erótica, realizada por mujeres que no son de religión católica.

Los comentarios del Dr. Baquero son jugosos y divertidos a la vez que demuestra, como no podía ser de otra forma, un gran conocimiento de esta obra cervantina.

Después de todos mis temores para escribir esta columna, pienso que quizás lo adecuado sea referirme al Dr. Baquero con un silencio. Wislawa Szymborska en el mismo poema dice “*Cuando pronuncio la palabra Silencio, / lo destruyo...*” y el poeta Luis Rosales titula uno de sus poemas: “*Oigo el silencio universal del miedo*”. Miedo del tono de esta glosa y la necesidad de silencios más que palabras, aunque en una sección literaria como esta, el homenaje debe venir, presiento, a través de las mismas. Podría preguntarme que me une al Dr. Baquero; quizás ese magisterio en la distancia, el amor a la literatura de los clásicos y lo más importante ¡que somos tocayos, claro! Por todo ello, puesto que ya está todo dicho del personaje y poco más podemos añadir que resulte original, querría acabar este pequeño homenaje a su persona con las últimas palabras pronunciadas por Hamlet antes de morir: “*The rest is silence*”. No obstante, esta glosa no puede acabar sin hacer sitio a una palabra bella, y esa palabra es Rosario, nada más y nada menos, que su mujer.

And the winners are...

Antonio Pareja-Bezares (Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca). Inmaculada López Hernández (Hospital Cruz Roja "Victoria Eugenia". Sevilla), Nerea Porres Osante, (Universidad de la Rioja), José Luís Pérez (Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca). Elena Jordana Lluch (Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol" Badalona), Francesc Marco (Hospital Clínic), María Rosario Vicente (Complejo Hospitalario de Albacete). Jacinto Sánchez Navarro (Complejo Asistencial de Palencia).



PUBLICACIONES RECIENTES

Guía práctica del tratamiento de la cistitis aguda no complicada y la pielonefritis en mujeres: Actualización 2010.

La cistitis aguda no complicada en la mujer es una de las infecciones que con más frecuencia requiere la administración de antibióticos. *Escherichia coli* continua siendo el uropatógeno más aislado, y su patrón de sensibilidad es clave a la hora de seleccionar un tratamiento empírico en este tipo de infecciones. Aunque se han publicado múltiples recomendaciones para el tratamiento de esta entidad clínica, todavía existe gran variabilidad en los antibióticos que se prescriben y en la duración del tratamiento. Por este motivo, se ha publicado, recientemente, la actualización de la última Guía de Práctica Clínica que la IDSA editó en el año 1999, y que en esta ocasión ha realizado en colaboración con la ESCMID. En este documento se revisa el tratamiento de la cistitis aguda no complicada y de la pielonefritis en mujeres premenopáusicas, no embarazadas, y sin anomalías urológicas ni comorbilidades. En el trabajo se hace hincapié en las consecuencias que el tratamiento antibiótico inadecuado puede tener sobre la flora fecal normal, respecto a la selección y posterior colonización o infección con microorganismos multirresistentes. Para el tratamiento de la cistitis aguda no complicada, la Guía recomienda la administración, por vía oral, de nitrofurantoína monohidrato (100 mg cada 12 horas, 5 días) o fosfomicina trometamol (dosis única de 3 g), debido al bajo porcentaje de resistencia a estos fármacos de los microorganismos implicados en la infección, y a la escasa alteración que producen en el nicho ecológico humano (A-I). Otras alternativas de tratamiento las constituyen: Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800 mg cada 12 horas, 3 días), si la resistencia local de los uropatógenos al cotrimoxazol es inferior al 20% (A-I), y los antibióticos betalactámicos (amoxicilina-ácido clavulánico, cefaclor, cefpodoxima-proxetilo, y otras cefalosporinas orales) administrados durante 3-7 días. Pivmecillinam (400 mg/12 h, 3-7 días), sólo disponible en algunos países europeos, puede ser otra elección adecuada

(A-I). Las fluoroquinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino) son muy eficaces administradas en regímenes de 3 días en aquellas zonas geográficas con un porcentaje de resistencias inferior al 10%. No obstante, dada su capacidad de alterar la flora fecal normal y de favorecer la aparición de cepas multirresistentes, debería considerarse un tratamiento antimicrobiano alternativo. Amoxicilina o ampicilina no se usarán en el tratamiento empírico de esta entidad clínica dada su escasa eficacia y la elevada prevalencia de resistencia de los microorganismos que la producen (A-III).

En cuanto a las mujeres con pielonefritis aguda, se insiste en que antes de comenzar el tratamiento empírico, se debe recoger sistemáticamente una muestra de orina para su cultivo, y realizar el estudio de sensibilidad a los antimicrobianos (A-III). Para el tratamiento de la pielonefritis que requiere hospitalización, y siempre sobre el conocimiento de los patrones de resistencia local, se recomienda tratamiento intravenoso con una fluoroquinolona, un aminoglucósido asociado o no a ampicilina, una cefalosporina o una penicilina de amplio espectro con o sin un aminoglucósido, o un carbapenem (B-III). Si no existen datos de gravedad, y por tanto el tratamiento puede hacerse de forma ambulatoria, se puede comenzar administrando antibióticos de acción prolongada, bien por vía intravenosa o intramuscular, por ejemplo: 1 gramo de ceftriaxona o una dosis única de un aminoglucósido (ejem. gentamicina 5-7 mg/kg) y continuar, preferiblemente, con un betalactámico oral hasta completar 10-14 días. Las fluoroquinolonas por vía oral (ejem. ciprofloxacino 500 mg/12 h, 7 días) constituyen el tratamiento de elección en aquellas zonas donde la prevalencia de uropatógenos comunitarios resistentes a quinolonas sea inferior al 10% (B-II), asimismo se puede utilizar trimetoprim-sulfametoxazol (160/800 mg cada 12 horas, 14 días) como alternativa, si el uropatógeno es sensible (A-I).

Bibliografía recomendada:

- Gupta K, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in



women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011;52(5):e103-e120

Comentado por Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Coslada, Madrid).

TRONCALIDAD-INFECIOSAS

A principios de febrero, el Ministerio de Sanidad ha enviado a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas el último borrador del Real Decreto de la Troncalidad de las Especialidades en Ciencias de la Salud, con el fin de que éstas emitan su opinión y las sugerencias de mejora que crean oportunas, en la idea de que el decreto sea publicado antes del verano. Según el Ministerio, el modelo de formación troncal previsto se implantará en la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada 2012-2013, un año después de las previsiones existentes hasta el momento. Esta última versión, que en la Comunidad de Madrid también se ha remitido a las gerencias de los hospitales con la recomendación de ser valorada por la Junta Técnica Asistencial de cada hospital, solo contempla cuatro especialidades no troncales: Anatomía Patológica, Oftalmología, Pediatría y Psiquiatría. Las especialidades de Ginecología, Otorrinolaringología y Dermatología, que el Consejo Nacional de Especialidades había sugerido que formasen tronco propio, aparecen de nuevo incluidas en su tronco correspondiente, es decir, las dos primeras en el tronco quirúrgico y la última en el médico. Asimismo, en el último borrador se contempla la desaparición de tres especialidades: Hidrología, Deporte y Medicina Legal. Por otra parte, el borrador define el marco de lo que pueden ser las áreas de capacitación y las posibles vías de acceso a las mismas, aunque no especifica ni concreta cuales son las áreas. No se hace mención ni referencia alguna a las enfermedades infecciosas. La SEIMC ha reanudado las conversaciones con el Ministerio de Sanidad, y el pasado día 17 de febrero mantuvo una larga entrevista con el

nuevo Director General de Ordenación Profesional, D. Francisco Valero, al que expusieron nuevamente nuestras consideraciones y peticiones respecto a la salida de la especialidad de Microbiología del tronco de Laboratorio y a la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas, así como la petición de no vincular la creación de esta especialidad al proceso de troncalidad. El Sr. Valero comentó que este último documento no será el definitivo, y admitió la posibilidad de aumentar un año el periodo de formación de los especialistas en Microbiología y Parasitología, si esta especialidad permanece incluida dentro del tronco de Laboratorio. La SEIMC continuará trabajando en estos dos grandes problemas que tenemos planteados, y continuaremos facilitando la información que se vaya produciendo al respecto.

BECAS SEIMC

En la página web de la Sociedad (<http://www.seimc.org/>) están disponibles los requisitos necesarios para solicitar la beca SEIMC Martín Luengo de estancia en el extranjero y la beca-contrato Post-doctoral SEIMC. Los socios que estén interesados pueden encontrar las bases junto con la información, visitando el apartado **BECAS Y AYUDAS**. El plazo para solicitar las becas finaliza el **31 de marzo de 2011**.

FORMACIÓN CONTINUADA

•PATROCINIOS SEIMC

-Curso: "Avances en antibioterapia". Dirigido por la Dra. Gloria Royo (Servicio de Microbiología) y los Dres. Félix Gutiérrez Rodero (Unidad de Enfermedades Infecciosas), Andrés Navarro Ruiz (Servicio de Farmacia Hospitalaria), Alberto Martín Hidalgo (Servicio de Medicina Interna) del Hospital Universitario de Elche. La edición de este año tratará, especialmente, el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y las lecciones aprendidas en la pandemia de gripe A (H1N1) 2009. Se celebrará en Elche durante los días 16 y 17 de marzo. La matrícula es gratuita.

-Curso *on line*: "Aula Interactiva en Infecciosas". Organizado por el GEIPC-SEIMC y dirigido por los doctores Rafaél Zaragoza y Luis Álvarez Rocha. El objetivo



del curso es actualizar la información sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones más frecuentes en el paciente crítico. Se realizará del 5 de abril al 31 de mayo de 2011 y del 28 de octubre al 29 de noviembre. La información relativa al programa e inscripción en la dirección: <http://www.univadis.com>

-Libro: "Actualización en Endocarditis Infecciosa". Coordinado por los Dres: Benito Almirante Gragera (Sección de Enfermedades Infecciosas) y Pilar Tornos Más (Servicio de Cardiología) del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

El género de animación inició su andadura en 1908 con la película de dibujos animados *Fantasmagorie*, dirigida por el francés Émile Cohl.

(<http://www.youtube.com/watch?v=aEAObel8yIE>). Inmediatamente, los realizadores que se interesaron por el nuevo género incluyeron en sus producciones temas microbiológicos. Así, el mismo Cohl, dirigió en 1909 *Les jeux microbes*, seguramente la primera película de animación sobre un microbiólogo clínico y su trabajo. Este corto y otros del mismo autor están disponibles en DVD.

Dos de las enfermedades infecciosas que más preocuparon a los ciudadanos y a los profesionales de la salud a comienzo del siglo XX fueron la tuberculosis y la sífilis. Sobre ellas, se rodaron con fines preventivos, varios films animados. Uno de los directores que participó en su realización fue, el también francés, Marius O'Galop *On doit le dire [Se puede decir]* (1918) que se ocupó de la prevención de la sífilis. Esta película se puede visualizar con traducción al castellano de los intertítulos en http://www.europafilmtreasures.es/fiche_tech_nique.htm?ID=366. Europa Film Treasures es una página imprescindible para los amantes del cine clásico. El presentador, tras tildar de vergonzosas la sífilis y la blenorragia, apostilla que lo verdaderamente vergonzoso es la inmoralidad que causa su contagio. Señala que en las grandes ciudades uno de cada cinco hombres padece una sífilis,

enfermedad que se debe conocer pues es benigna cuando se trata precozmente. Este hecho lo ilustra con una historia en la que contraponen la actitud de dos soldados; Mathieu y Matteo. Mathieu tras conocer en la puerta de un hotel a una bella "señorita" acaba de inmediato en su habitación y rápidamente es sustituido por Matteo. Cuatro semanas más tarde el primero tiene una lesión genital y el segundo otra lesión, pero en la cara. Mathieu ve un anuncio del profesor Charlatanos que dice curar la sífilis sin mercurio ni 606, sino con hierbas. No se fía y va a un médico que le dice, para su espanto, que padece una sífilis, diagnóstico que es confirmado en el laboratorio: el fondo oscuro revela la presencia de numerosas espiroquetas. El doctor le dice que la enfermedad es contagiosa y que si sigue sus consejos en cuatro años podrá casarse, si las pruebas de laboratorio lo permiten. Para animarle a que cumpla el tratamiento, le lleva a un hospital y le muestra las lesiones que produce la sífilis. Por su parte, Matteo no va al médico, no piensa que ese grano que le ha salido en la cara sea la primera manifestación de una sífilis. Luego le aparece el chancro, seis semanas después la roséola y las placas mucosas. Un año más tarde se casa, un verdadero crimen, ya que contagia la enfermedad a su mujer, que padece siete abortos en cinco años. Posteriormente, su esposa da a luz un niño con retraso mental e hidrocefalia. La enfermedad progresa en Matteo, a los diez años presenta nariz en silla de montar y a los veinte se señala que puede padecer *tabes*, parálisis general y demencia e incluso morir a consecuencia de ella. Mientras, Mathieu, curado vive feliz con su esposa e hijos. La cinta pone de manifiesto el carácter social de las ITS y es todo un ejemplo de la utilización del cine con fines didácticos y de prevención, algo que se ha hecho con muchísima frecuencia, tanto con filmes documentales como de ficción.

Ahora, volvamos al mes pasado, entre las escasas películas en las que el tétanos juega un papel de relevancia, se encuentra *Yaaba (Abuela)* (1989) de Idrissa Ouedraogo. La acción transcurre en una aldea africana y está protagonizada por un niño y una niña, esta última tras sufrir un corte en una pelea



desarrolla un tétanos. Esta es la respuesta al interrogante que planteamos.

Para terminar, el personaje de Winston Churchill aparece en estos días en la pantalla gracias a *El discurso del rey* (2010) de Tom Hooper. Seguramente desconocéis que su padre padeció sífilis y que este hecho se refleja en una película. El título del film que conocemos nosotros os lo diremos el mes que viene.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

Tom: "¿Qué pasa?"

El chófer: "¡Pasa que su amiguita la ha hecho buena!"

Tom: "¿Qué ha hecho?"

El chófer: "Que embarcáramos a un tífico, eso es lo que ha hecho".

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.hugf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso poeta escribió?:

*Economistas, químicos,
sociólogos...*

*y toda esa quincalla de los medios
de comunicación...*

*son los sumos sacerdotes: nos dan
la prensa como hostia, el sufragio
universal (y las vacunas) como
circuncisión....*

A veces es incomprendible como determinados autores no alcanzan el reconocimiento que merecen, y Víctor Botas es un ejemplo claro. Su poesía tiene todos los ingredientes para que fuese uno de esos poetas a los que siempre se recurre y se relee continuamente. Víctor Botas González-Longoria (Oviedo 1945-1994), se licenció en derecho por la Universidad de Oviedo (1968), ejerciendo la abogacía hasta 1973. En 1979 publicó su primera obra de poemas: *Las cosas que me acechan*. A partir de entonces se dedicó casi exclusivamente a la literatura con poemarios

como *Homenaje*, *Prosopón*, *Segunda mano*, *Aguas mayores y menores*, o *Historia antigua*. El libro que nos ocupa es la poesía reunida en el volumen *Poesía* (1979-1992) (Libros del Peixe, 1994). Aunque su obra es fundamentalmente poética, también escribió narrativa. Su poesía tiene influencia de Borges y los clásicos grecolatinos y está llena de ironías, esas que se adivinaban detrás de sus gafas en la tienda de su familia en Oviedo y con ciertas manías, como el miedo a ponerse una gammaglobulina antitetánica por el miedo a contagiarse con el VIH, entre otras anécdotas. Su muerte, prematura por un infarto, cortó su producción poética que habla por si sola:

*Tu mirada
me falta:*

*de otro modo
toda literatura sería inútil.
(Las cosas que me acechan)*

*Ni tus ojos ocultos. Ni esa rara
manera de moverte, dibujando
las cosas que me dices. Ni la breve
queja de las ojeras en tu rostro.
Ni aquella noche intacta que, sospecho,
no hemos de compartir. Ni tus palabras.
Otra secreta magia me propone
la íntima aventura de una página
que trata de nombrarte. Si supieras
a qué amargos parajes da tu ausencia...
(Las cosas que me acechan)*

*Con extraña certeza nos movemos
a través de los días y las cosas,
que son lo único cierto que tenemos
y habremos de perder....
(Las cosas que me acechan)*

...

*Quiero
regalarte estas páginas que, acaso,
solamente escribí
para olvidarte.
(Prosopón)*

*Te echo tanto de menos, mi futura
amiga inconcebible. Si me fuera
posible oír tu voz, mirar tus ciegos
ojos, tu sonrisa inefable, esa
secretísima forma con que pasas*



*por lugares anónimos que niegan
toda limitación...*
(Prosopón)

*Debéis guardar silencio: Se ha dormido
tan dulcemente el Tiempo entre mis brazos.*
(Prosopón)

....
*(Algunas veces
ponemos dulces máscaras a aquellos
que están en nuestras vidas
para seguir queriéndolos)*
(Prosopón)

*Tu no sabes que llevas en las manos
las riendas de mi alma. De otro modo
nunca más volverías a mirarme
con esos ojos llenos de inocencia.*
(Anacreonte)

*Mientras que tú contemplas así el cielo
qué no daría yo
por ser la negra noche de mil ojos
para poder mirarte con más calma.*
(Platón)

Y para finalizar, uno de los poemas de amor
más bellos que se han escrito.

*No me preguntes cómo pasa el tiempo.
El caso es que ya estoy un poco sordo
y el pelo me blanquea. Sin embargo,
aún siento un no sé qué, algo muy tenue
(como un temblor de luna en un estanque),
aquí, justo en la boca del estómago,
cada vez que te miro...*
(Las rosas de Babilonia)

And the winner is...

Este mes no ha habido ningún acertante



PUBLICATIONES RECIENTES

CROI 2011

Entre los días 28 de febrero y 3 de marzo se ha celebrado en la ciudad norteamericana de Boston, la 18th *Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections* (CROI). Este año, tal y como ya va siendo habitual en las últimas ediciones, las comunicaciones con impacto clínico han seguido perdiendo peso a favor de la ciencia básica. Por ejemplo, no se ha presentado ningún ensayo en fase III con nuevos retrovirales, ni el apartado dedicado a las enfermedades oportunistas ha presentado novedades que hagan cambiar las guías de actuación. Quizás las comunicaciones más destacables se han producido en el terreno de la coinfección con los virus de la hepatitis, la llamada profilaxis preexposición y las alteraciones neurocognitivas. En el campo de la coinfección, esta Conferencia se ha caracterizado por la presentación en sociedad del primer estudio de un inhibidor de la proteasa de la hepatitis C en pacientes coinfectados por VIH y VHC. Se trataba de un ensayo clínico en fase IIa con telaprevir. Los resultados iniciales son muy optimistas y superan, con creces, la eficacia obtenida solo con la asociación interferon y ribavirina. Previamente, y en la sesión, se habían analizado los datos de varios estudios realizados con telaprevir y boceprevir en mono infectados; así como, las interacciones entre estos nuevos fármacos y los actuales retrovirales. De los datos presentados se puede concluir que ambos fármacos van a jugar un papel fundamental en el futuro del tratamiento de la hepatitis C, aunque en pacientes coinfectados las interacciones medicamentosas van a condicionar, en gran medida, dichos tratamientos. Otros estudios a comentar son los relacionados con la prevención de la infección por el VIH. Durante el año 2010 se han publicado dos trabajos que demuestran que la aplicación de una crema vaginal al 1% de tenofovir o la administración diaria de un comprimido de tenofovir/emtricitabina, se asocian con una disminución de la transmisión del VIH en personas no infectadas por dicho virus y que realizan prácticas sexuales de alto riesgo. En este sentido, durante la Conferencia varios trabajos valoraron, desde un punto de vista teórico, la relación coste/beneficio de estas

estrategias, siendo favorables a su aplicación siempre y cuando el tipo de exposición fuera realmente de alto riesgo. Complementando lo anterior se comunicaron trabajos que valoraban los efectos adversos que estas estrategias, especialmente la toma diaria de tenofovir/emtricitabina, podrían tener para la persona que realiza dicha profilaxis preexposición y el riesgo de desarrollar mutaciones de resistencia. El siguiente aspecto a comentar es el aumento, en los últimos tres años, de las comunicaciones sobre alteraciones neurocognitivas en pacientes infectados por el VIH y con buen control inmunoviroológico tras el tratamiento retroviral. En este CROI han sido multitud los trabajos que han intentado analizar este hecho desde diferentes perspectivas: etiología, factores predictores, criterios diagnósticos, diagnóstico por imagen, tratamiento,... Muy probablemente, este terreno sea uno de los de mayor crecimiento en los próximos años en el campo de la infección por el VIH. Finalmente, merece la pena resaltar un trabajo de investigación básica que, a juicio de este comentarista, puede ser de gran trascendencia futura. Investigadores de la Universidad de California, en unión con una empresa de biotecnología, lograron modificar el correceptor del linfocito CD4+ para hacerlo "inmune" a la infección por el VIH. El trabajo está basado en un paciente alemán diagnosticado de linfoma, que tras recibir un trasplante de médula ósea procedente de una persona con delección de 32 pares de bases en el gen del correceptor CCR5 del linfocito CD4, y a pesar de no recibir tratamiento retroviral, el paciente ha logrado controlar la replicación vírica y mantiene carga viral indetectable. Con este planteamiento en mente, los investigadores extraen linfocitos CD4 de una persona infectada, posteriormente a través de una endonucleasa mediada por zinc logran producir un gen alterado del correceptor CCR5 que es inmune a la infección por el VIH. Estas células son expandidas *in vitro* e infundidas de nuevo al paciente. Los datos preliminares presentados indican que tras la infusión se produce una expansión en el número total de linfocitos CD4, de los que aproximadamente un 25% tienen el



correceptor alterado. Habrá que estar atentos en el futuro al desarrollo de esta estrategia terapéutica y su aplicabilidad en la práctica diaria.

Comentario por: Dr. Juan Carlos López Bernaldo de Quirós (Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid)

NOTICIAS TUBERCULOSIS

El día 24 de marzo se ha celebrado el Día Mundial de la Tuberculosis. Como en años anteriores, la SEIMC con la especial colaboración del Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) ha manifestado su apoyo a esta iniciativa, y ha participado activamente en la difusión de la importancia de la prevención, la detección y el tratamiento precoz de esta enfermedad, que en España tiene una incidencia estimada de 17 casos por 100.000 habitantes y año, y es considerada una de las mayores de los países de la Europa occidental. Por este motivo, se han laborado notas de prensa dirigidas a los medios generales y especializados y algunos de nuestros socios han participado en entrevistas realizadas en radio y televisión. Cabe destacar la publicación, en este mes de marzo, de una monografía especializada en la revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (EIMC)*, que aborda los avances producidos en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, el problema de las resistencias a los fármacos utilizados y el desarrollo de las nuevas vacunas contra esta enfermedad. La publicación tiene un enfoque multidisciplinar y ha sido realizada por prestigiosos especialistas del ámbito nacional e internacional.

APOYO A LA CREACIÓN DE ESPECIALIDAD INFECCIOSAS

Como ya se ha comentado en estas páginas (Vol. 10 nº1 2011), trece asociaciones de pacientes que se encuentran directamente relacionados con problemas de índole infecciosa, apoyaron el manifiesto elaborado por la SEIMC en el que se solicitaba la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas. En el mismo sentido, se han pronunciado destacados políticos pertenecientes a diferentes partidos, entre

los que se encuentran el partido del gobierno y la oposición. En declaraciones efectuadas y recogidas en la prensa especializada (*Diario Médico* 4 de marzo de 2011) se expresa la necesidad de crear esta especialidad en un momento en que el Ministerio de Sanidad está realizando la reforma del posgrado.

AYUDAS SEIMC

Se recuerda a los socios que el programa de Ayudas SEIMC convocatoria 2011 se encuentra abierto todo el año. Su resolución es trimestral, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre. La normativa de cada ayuda y el formulario de solicitud correspondiente se encuentra disponible en nuestra página web:

<http://www.seimc.org/becas/index.asp>

FORMACIÓN CONTINUADA

-PATROCINIOS SEIMC

-Master: "Master en Gestión de los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Relacionadas con el Sistema Sanitario". Dirigido por la Dra. Carmen López Matheu (profesora titular de la Escuela de Enfermería) y el Dr. Enrique Limón Cáceres [Coordinador del programa de vigilancia y control de la infección de los hospitales de Cataluña (VINcat)]. Acreditado con 60 créditos. Más información, en el correo electrónico: ysanchez@ub.edu.

-Curso: "Infecció 2011 (VI Edición)". Dirigido por el Dr. Albert Pahissa Berga (Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari Vall d'Hebron). Se celebrará en Barcelona el 5 de mayo de 2011. Como en ediciones anteriores, el objetivo del curso es realizar una actualización de los avances producidos en el campo de las enfermedades infecciosas y la microbiología clínica.

-Curso: "Curso sobre enfermedades tropicales, parasitología clínica y salud internacional. VIII Edición". Dirigido por el Dr. Diego Torrús Tendero. (Servicio de Medicina Interna. Responsable de la Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante y Profesor Asociado de Medicina Tropical y Parasitología Clínica de la Universidad de Alicante). Se celebrará en Alicante, desde el 16 de mayo al 10 de junio de 2011 en horario de 16:30 a 21:00 horas,



excepto la jornada del 10 de junio que será de 9 a 21 horas. Para información e inscripciones, los interesados pueden consultar las siguientes páginas web:

<http://www.coma.es/>

<http://www.medicusmundi.es/alicante>

-FORMACIÓN CONTINUADA SEIMC

El 1 de marzo se ha abierto el curso de formación continuada *on line* "Infección por el VIH en el adulto", acreditado con 5,3 créditos equivalentes a 25 horas lectivas, se compone de 10 artículos de entrega mensual publicados en los números regulares de la revista "Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica".

Más información en la página de ELSEVIER, necesario identificarse en su web con las claves (usuario y contraseña) que cada socio dispone o puede obtener como suscriptor de la revista:

<http://www.elsevierfmc.com/eimc2011/>

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

La literatura, en sus diferentes géneros, ha sido utilizada en el cine de forma habitual como fuente argumental. Las enfermedades presentes en las tramas literarias, se han trasladado, con frecuencia, a sus adaptaciones fílmicas. Entre ellas, como no podía ser menos, las infecciosas. Los ejemplos son numerosísimos, uno de ellos es *Los Buddenbrooks* de Thomas Mann. Esta novela ha sido adaptada para la gran pantalla en varias ocasiones, la primera en 1923 por Gerhard Lamprecht y la última, hasta el momento, por Heinrich Breloer en 2008 y es a la que nos referimos en este comentario. Aunque existen importantes aspectos argumentales discordantes entre la novela y el film, en ambos casos, una infección es la que pone fin a la trama. Dejaremos el análisis de las diferencias en manos de los críticos cinematográficos, pero merece la pena señalar que en la novela se narra la vida de cuatro generaciones, mientras que en la película, la narración se reduce a tres, lo mismo ocurre con el número de hijos de Johann Buddenbrooks. La acción se inicia en la ciudad alemana de Lübeck, en el segundo cuarto del siglo XIX. La narración

muestra el transcurrir de una de las familias más importantes de esa ciudad báltica: los Buddenbrooks. Comerciantes y políticos, la buena estrella del padre –Johann (Armin Mueller-Stahl)– perdió brillo en sus hijos, dos varones, Thomas (Mark Waschke) y Christian (August Diehl) y una mujer, Antonie (Jessica Schwarz) debido a sus desventuras amorosas y los traspiés económicos, para finalmente, extinguirse por la muerte en el nieto Hanno (Raban Bieling). Las infecciones marcan el devenir de la familia. Cuando Antonie accede a la historia de su familia para comprobar que todos sus antepasados habían sacrificado sus deseos por el bien de la institución, lee que uno de sus antecesores padeció viruela ("*En 1810, nuestro hijo contrajo la viruela*"). Thomas, el primogénito, muere a consecuencia de una infección dental tras la extracción de varias piezas. Hanno, el adolescente hijo de Thomas, melómano y virtuoso del piano, muere de fiebre tifoidea. Como ha ocurrido en otras cintas, el vocablo original es traducido erróneamente por tifus. Se contagia cuando desde la barca, se cae en el río contaminado. La infección está reflejada por un cuadro muy febril, las imágenes traducen sensación de gravedad, el joven está cansado y cuando habla con un amigo muestra cierta obnubilación (la descripción se puede leer en la novela de Mann). El médico dice que hará todo lo posible, pero deja bien claro que la enfermedad no tenía cura, habría que esperar hasta 1947, fecha en que se notificó el descubrimiento del cloranfenicol. Mientras, le prescribe quinina y antipiréticos y espera una evolución positiva, que no ocurre.

Volvamos al mes pasado, el padre de Winston Churchill, Lord Randolph Churchill, padeció una sífilis y así lo pone de manifiesto *El joven Winston/ Young Winston* (1972) de Richard Attenborough. Cuestión resuelta. Los microbios no reconocen clases sociales [*55 días en Pekín/ 55 Days at Peking* (1963) de Nicholas Ray].

Ahora vamos a repasar interacciones medicamentosas a propósito de una discusión matrimonial: - Él: "*Tomas la píldora cada día*". - Ella: "*Tuve estreptococos el mes pasado ¿Recuerdas? Me tome una caja de antibióticos que anulan la píldora, por eso te*



dije que tuvieras cuidado” ¿Recordáis la película a la que se refiere el dialogo? Una pista, transcurre en un supermercado en el que buscan un “buen” test de embarazo.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

Todos... Todos estos números fácilmente... Por qué/ Pies sucios y luego... fiebre tifoidea.../ Los drenajes principales se multiplicaron, luego sobre la cabeza/ océano....

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.hugf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso poeta escribió?:

Tom: “¿Qué pasa?”

El chófer: “¡Pasa que su amiguita la ha hecho buena!”

Tom: “¿Qué ha hecho?”

El chófer: “Que embarcáramos a un tífico, eso es lo que ha hecho”.

Jean-Paul Charles Aymard Sartre (París 1905 – París 1980), filósofo existencialista y marxista, escritor y dramaturgo francés. Rechazó el Premio Nobel de Literatura que le fue concedido en 1964, y junto con su pareja, la también filósofa Simone de Beauvoir, escriben una biografía compleja, tanto en su relación personal como en la historia de la literatura y la filosofía. Escribió novelas emblemáticas; como *La náusea* (1938) o *El muro* (1939), obras teatrales innumerablemente representadas; *Las moscas* (1943) o *A puerta cerrada* (1944), ensayos, obras filosóficas entre las que destaca *El ser y la nada* (1944) obra existencialista por excelencia e influyente en el pensamiento occidental, también fue crítico literario. Menos conocida es esta obra de 1943 titulada *Tifus* (Editorial Edhasa, traducción Horacio Pons). Se trata de un encargo de la casa Pathé, el manuscrito de 60 páginas, contó con el asesoramiento del

guionista Nino Frank, ya que se pretendía que la obra fuese el guión de una película, película que nunca llegó a filmarse. Sartre creía en las posibilidades del cine mudo como espectáculo y además como elemento de adoctrinamiento de las masas, teniendo como ejemplo películas tales como *Intolerancia* de Griffith o *Metrópolis* de Fritz Lang. La obra está ambientada en una colonia malaya, bajo protectorado británico, en donde se desata una terrible epidemia de tifus. En su contenido puede apreciarse un trasfondo anticolonial cercano a la *Peste* de Camus y una clara finalidad moral. El mensaje social y de fábula que contiene el guión es evidente, y en él la vacunación frente al tifus se convierte en moneda de cambio entre los arribistas y los pobres malayos. El libro escrito a dos columnas presenta las escenas o imágenes en la columna izquierda y en la derecha la acción de la misma, sonidos y palabras, y no deja de ser una curiosidad en la obra del filósofo.

El anciano: “El tifus se propaga a través de los piojos, señorita; y sin duda este indígena está lleno de piojos”.

La mujer: “¡Sí, y nuestras maletas también están en el techo, y mi bicicleta, y un cochecito de niño, los piojos van a meterse en todos lados, en nuestros vestidos, en nuestra ropa blanca, en todos lados, en todos lados!”.

El chófer: “¡Y bien, ahora sí que estamos buenos! ¡El hermano, ahí arriba, acaba de vomitar sangre sobre el parabrisas!”.

And the winner is...

Llega la primavera y no trae ningún acertante



PUBLICACIONES RECIENTES

Estrategias para disminuir la duración del tratamiento antibiótico en pacientes hospitalizados

El uso racional de antibióticos, tiene entre sus efectos beneficiosos, reducir la presión selectiva ejercida sobre la flora bacteriana y prevenir, de manera notable, la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos. Las estrategias son múltiples: restricción, rotación, combinación, etc., pero probablemente, una de las medidas más eficaces para conseguir disminuir las resistencias a los antibióticos, es acortar el tiempo de administración del fármaco, una vez que se ha estabilizado el proceso clínico, no se encuentre ningún microorganismo capaz de producir infección y no se detecte ningún signo ni síntoma de infección activa. Recientemente, Hayashi y Paterson han revisado dos estrategias diferentes dirigidas a conocer cómo se puede disminuir con seguridad el tiempo de administración de los antibióticos, incluso en los pacientes críticos. Una de ellas se basa en la revisión de los resultados obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados y controlados que comparan la eficacia de diferentes pautas de tratamiento antibiótico sin pérdida de la eficacia ni modificación de la mortalidad. Estos estudios no son numerosos, los autores han encontrado 11, pero sus resultados sirven para corroborar las recomendaciones de la mayoría de las Guías clínicas emitidas por las sociedades científicas. Ahora bien, desde el punto de vista clínico, las indicaciones en cuanto a la duración del tratamiento de la terapia antimicrobiana, se basan, fundamentalmente, en opiniones de expertos. Un ejemplo de la aplicación práctica de los resultados encontrados en esta revisión es que existe evidencia científica respecto a la duración del tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, y que pueden ser suficientes 5 días de antibiótico e incluso 3 (si se utiliza azitromicina), siempre y cuando el agente etiológico no sea *Staphylococcus aureus* o *Legionella sp*, no exista empiema ni absceso pulmonar o una neumonía necrotizante. Algo similar puede decirse de la neumonía asociada a ventilación mecánica, en cuanto a que las recomendaciones generales preconizan 7 días de tratamiento cuando no

participan bacilos gramnegativos no fermentadores, tales como *Pseudomonas aeruginosa* o *Acinetobacter spp*. La segunda estrategia, y probablemente la que más deba tenerse en cuenta actualmente, es la utilización de pruebas analíticas sencillas y rápidas, como la proteína C-reactiva y, sobre todo, la procalcitonina (PCT), que pueden ser útiles y ayudar a tomar la decisión respecto a cuándo se debe iniciar o suspender un tratamiento antibiótico. La PCT sérica, con una vida media de 22-26 horas, muestra niveles elevados en las infecciones bacterianas moderadas-graves, mientras que sus valores son bajos en las infecciones víricas y en las enfermedades inflamatorias inespecíficas. Cuando se produce la recuperación del proceso, los valores de PCT recuperan las cifras basales. Este marcador biológico ha demostrado su validez, fundamentalmente, a la hora de decidir la supresión del tratamiento antibiótico. Por ejemplo, en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica, la decisión de retirar el antibiótico basándose en los niveles de PCT puede conseguir reducir la duración global del tratamiento hasta un 27%, sin que este hecho repercuta negativamente en las cifras de estancia media hospitalaria y en la mortalidad, mejorando, sin embargo, el gasto sanitario. La estrategia de suprimir la administración de antibióticos, una vez que se ha estabilizado el proceso clínico, basada en los niveles de biomarcadores como la PCT, es prometedora y una realidad cada vez más frecuente en la práctica médica habitual.

Bibliografía recomendada:

- Hayashi Y, Paterson DL. Strategies for reduction in duration of antibiotic use in hospitalized patients. *Clin Infect Dis* 2011;52:1232-240

Comentado por Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Coslada, Madrid).

RENOVACIÓN DE LA JUNTA

DIRECTIVA SEIMC

En la convocatoria 2011 deberán renovarse dos miembros de la Sección de Microbiología Clínica y cuatro de la Sección de Enfermedades Infecciosas. A las 16.00 horas



del 29 de abril quedó cerrado el plazo de admisión de las candidaturas. Los socios que se han presentado en la Sección de Microbiología Clínica son los Dres Jesús Oteo Iglesias y José M^a Marimón Ortiz de Zárate. En la Sección de Enfermedades Infecciosas los candidatos son los Dres: Carmen Fariñas Álvarez, Félix Gutierrez Rodero, José Antonio Iribarren Loyarte, Pedro Llinares Mondejar, José María Miró Meda y José Antonio Pérez Molina. La fecha límite para ejercer el derecho del voto es el 3 de junio a las 14.00 horas. Animamos a todos los socios a participar en la elección de sus representantes.

ESPECIALIDAD INFECCIOSAS

El pasado 13 de abril la Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad anunció en el Congreso de los Diputados que se va a iniciar la tramitación del correspondiente Real Decreto para que antes de que finalice el año 2011 se reconozcan cuatro especialidades médicas. Estas nuevas especialidades son: Enfermedades Infecciosas, Genética, Psiquiatría infanto-juvenil y Urgencias y Emergencias. Este anuncio es el fruto del trabajo y esfuerzo de muchas personas y durante mucho tiempo. Esperamos que este hecho pueda garantizar, en el futuro, el recambio generacional de los actuales profesionales que trabajan en el campo de las Enfermedades Infecciosas. Asimismo, situará nuestro país a la altura de la mayoría de los países europeos, haciendo desaparecer las diferencias que existían al respecto. Desde estas páginas, queremos agradecer el apoyo recibido por parte de muchos de nuestros socios, de las sociedades autonómicas y las asociaciones de pacientes, que siempre han estado a nuestro lado. Esta buena noticia nos anima a seguir explicando y defendiendo nuestra postura ante el borrador del proyecto de troncalidad y a continuar trabajando para que en la reforma de posgrado, la especialidad de Microbiología y Parasitología se sitúe en una posición que nos permita continuar ejerciendo y desarrollando las funciones que venimos desempeñando, para las que estamos preparados y que hasta el momento actual han conseguido que la microbiología de nuestro país se encuentre entre las más destacadas de Europa.

XV CONGRESO SEIMC

Del 1 al 4 de junio tendrá lugar, en el Palacio de Congresos de la ciudad de Málaga, el congreso anual de nuestra Sociedad. Se han aceptado 734 trabajos para ser presentados en forma de póster. Como novedad de la presente edición, la presentación de estos trabajos en las sesiones de la mañana, dará comienzo a las 8,30 horas. La recogida de la documentación podrá efectuarse desde las 12.00 horas del día 1. En la tarde de ese día se celebrarán las reuniones ordinarias y extraordinarias de los Grupos de Estudio SEIMC, así como la conferencia inaugural del congreso, que este año corre a cargo del Profesor Amalio Telenti (Institute of Microbiology. Université de Lausanne). Durante los tres días restantes se desarrollarán las sesiones científicas que abarcarán gran parte de los temas de interés general. El contenido del programa científico se puede consultar visitando el apartado <http://www.seimc2011.org/index.php/programa-cientifico/programa>.

FORMACIÓN CONTINUADA

-PATROCINIOS SEIMC

-Curso: "Curso de formación *on line* sobre Antibioterapia". Dirigido por el Dr. Jesús Rodríguez Baño. Facultativo Especialista de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Secretario de la Comisión de Infecciones. (Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla). El curso comenzará el 1 de junio de 2011, y finalizará el 31 de diciembre de este mismo año. Más información en la página web: <http://www.aulascience.es>

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

Alberto Granado Romero murió en La Habana, el 5 de marzo de 2011, a los 88 años. En 1952, este argentino, bioquímico y escritor realizó un viaje desde Buenos Aires a Caracas en compañía de su amigo Ernesto Guevara de la Serna, más conocido por el "Che". Años más tarde fundó la Escuela de Medicina de Santiago en Cuba. Este periplo es recogido en la película *Diarios de motocicleta* (2004) de Walter Salles. El título de la cinta se debe a la motocicleta Norton



500 cc del año 1939, llamada por Alberto “La Poderosa”, con la que iniciaron su recorrido. El protagonista del film es Ernesto, “Fuser” (Gael García Bernal) que es presentado como estudiante de medicina y especialista en lepra. Alberto (Rodrigo De la Serna) es el coprotagonista. Este *biopic* que conjuga drama y aventura tiene un hondo sentido social, y en la vida real marcó, sin duda, la ulterior deriva ideológica de ambos jóvenes. Es una buena película y recibió numerosos galardones. Para los que de una forma u otra se dedican a la infección encontrarán en ella un importante segmento narrativo. Me refiero a unos 28 minutos de los 112 que dura la cinta, y en donde la lepra es la protagonista. Al fin y al cabo en el plan de viaje estaba incluido pasar por el Leprosario de San Pablo en la amazonía peruana. El 12 de mayo los dos jóvenes llegan a Lima donde visitan al Dr. Hugo Pesce (Gustavo Bueno), el jefe del programa para el tratamiento de la lepra en Perú y que los alojó en el hospital. En este centro se atendían a los pacientes que estaban en la primera fase de la enfermedad, mientras que a los más graves los enviaban a la mencionada leprosería. El 25 de mayo abandonan, en barco, la capital peruana rumbo al lazareto al que llegarán el 8 de junio. Durante el trayecto, Ernesto sufre una crisis asmática grave, de la que se recupera gracias a la adrenalina que le inyecta Alberto. La colonia está dividida en dos, la parte sur donde se encuentran los enfermos, unos seiscientos en su mayoría peruanos, y la zona norte que sirve de morada para médicos, enfermeras, funcionarios y monjas. A Alberto, como tiene experiencia en las baciloscopias, se le encarga que ayude en el laboratorio, mientras que Ernesto colabora en el hospital donde ingresan los más graves. Luego..., luego lepra, mucha lepra lepromatosa. Implicación de la piel, lepromas, facies leonina, afectación de diversos nervios y su consecuencia, deformidades, amputaciones, úlceras..., en una ingente multitud de enfermos. Dos detalles entre muchos; se señala que la lepra lepromatosa en tratamiento no es contagiosa, y la operación de una paciente que presenta una afectación del cubital en riesgo de que se le paralice la mano y en donde la enfermedad es una causa importante. Tres semanas más tarde abandonan la institución y poco después los

amigos se separan en Caracas. El resto es otra historia. El guión se basó en los libros *Notas de viajes* de Guevara y *Con el Che por Latinoamérica* de Granado que aparece brevemente al final de la película.

En cuanto al mes pasado, los anticonceptivos hormonales a veces fallan cuando su consumo coincide con una penicilina, como puede ocurrir en el transcurso de una faringitis estreptocócica y es lo que refleja *Killers* (2010) de Robert Luketic.

Después de satisfacer una posible curiosidad es hora de propiciar otra. En la oscarizada *El discurso del rey* (2010) de Tom Hooper hay, al menos, dos alusiones a sendas enfermedades infecciosas. ¿Cuáles son? Feliz regreso de vacaciones de Pascua.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué escritor escribió?:

¡Y ni una vez, ni en la consulta del médico, ni en las duchas, ni en las ciudades termales en donde se trata esta enfermedad, se dice su nombre, su verdadero nombre, “enfermedad de la médula”! ¡Incluso los libros científicos la llaman “sistema nervioso”!

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.huqf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso escritor escribió?:

Todos... Todos estos números fácilmente... Por qué/ Pies sucios y luego... fiebre tifoidea.../ Los drenajes principales se multiplicaron, luego sobre la cabeza/ océano...

La pregunta que hay que hacerse es si una obra de arte, en este caso un poemario, debe explicarse por sí misma o por el contrario, como ocurre con la pintura abstracta, requiere una interpretación adicional para entender el contenido y el valor estético de la misma. Y algo de esto ocurre en *El juramento de la pista de*



frontón (Ed. Calambur, traducción de Julio Mas Alcaraz) de John Ashbery, ya conocido en esta sección, y que como siempre decimos es uno de los principales poetas del siglo XX y también de éste. Podemos estar seguros que este libro, escrito ¡nada menos! que en 1962 es el libro más vanguardista y arriesgado del autor. El título del libro procede en parte de un cuadro inacabado del pintor francés Jacques-Louis David. Esto nos pone sobre la pista de lo que es este libro: un *collage* de frases que recogen sensaciones e ideas inacabadas que requieren una interpretación por parte del traductor en la parte final del libro. Es en este punto donde es pertinente la pregunta del principio y el interrogante de si la obra de arte "poema" no debe explicarse por sí mismo. El que se adentre en este libro tendrá un cierto sentido de exasperación y de acabar exhausto y con una sensación de perplejidad e incompreensión. Es el libro más controvertido del autor, que en esta obra inaugura un nuevo lenguaje, anticipándose varios años a las teorías de Derrida y su deconstrucción del lenguaje, y que Ashbery irá perfilando en libros posteriores, para mi gusto más redondos, como *Tres poemas* o *Autorretrato en espejo convexo*. Dice el propio autor: "Por un lado soy un poeta importante, leído por escritores jóvenes, y por otro lado nadie me entiende. Con frecuencia me preguntan que explique esta paradoja pero no puedo".

¿Sobre qué habías estado pensando/ el rostro ensangrentado cuidadosamente/ el cielo región borrada/ Sigo amándote como el agua pero/ hay un aliento terrible en la forma...

(El juramento de la pista de frontón)

Es un día tan hermoso que tenía que escribirte una carta/ desde la torre y mostrar que no estoy loca:/ sólo resbalé sobre la pastilla de jabón del aire/ y me ahogué en la bañera del mundo....

(Pensamiento de una joven)

El bote de yodo estaba en el vestíbulo/ y fuera en el parque donde, como coches de carreras que se/ arrastran...

(Dos sonetos)

...Mi única cosa nueva:/ el castigo de la luz eterna/ sobre las cabezas de los que estaban allí/ y de nuevo en la noche, la tos del pétalo moribundo...

(Para Redouté)

Al anochecer te ofrezco la fácil aspirina de la muerte/ Botas en la edad dorada del pasaje...

(Noche)

*¿Cuánto tiempo más podré habitar el sepulcro divino/ de la vida, mi gran amor?
¿Acaso los delfines se zambullen hacia/ el fondo/ en busca de la luz? ¿O es roca/ ¿O es roca/ lo que se busca?...*

(¿Cuánto tiempo más podré habitar el sepulcro divino)

...Ahuecado bajo la superficie plomiza de esa nube ves/ que vas a morir/ calcinado por la polvareda de esa vista/ El día de la semana no/ te salvará...

(Lluvia)

...Saliendo de la estación de Atocha acero/ golpes infectados los tornillos/ pozos por todos los sitios...

(Saliendo de la estación de Atocha)

...Sólo unos pocos casos de peste/ se han anunciado en Oporto, las escuelas/ vuelven a abrir bajo la brisa fresca de septiembre...

(La vida suspendida)

Ya no había ninguna necesidad de que el mundo se dividiera/ en conejito, cuando él había perseguido a la liebre...

(Sarampión)



*Todos...Todos estos números
fácilmente...Por qué/ Pies sucios y luego...
fiebre tifoidea.../ Los drenajes principales se
multiplicaron, luego sobre la cabeza/
océano....*

(Los sensualistas ascetas)

En los últimos años estamos asistiendo a la traducción de todos los libros de Ashbery, para deleite de sus seguidores.

And the winner is...

Ánimo, porque este mes tampoco hay acertante.



PUBLICACIONES RECIENTES

Factores predictores de mortalidad en la infección neumocócica invasiva.

En la actualidad, la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) continua presentando una morbimortalidad importante. En adultos está documentado que la existencia de determinadas enfermedades concomitantes, como la diabetes, EPOC o la enfermedad cardíaca crónica, incrementan hasta 6 veces, el riesgo de desarrollar esta enfermedad respecto a la población general que no padece estas comorbilidades, riesgo que puede ascender considerablemente, hasta 23-24 veces, en los pacientes con neoplasias. Por otra parte, la ENI ensombrece el pronóstico de los pacientes que presentan ciertos procesos, como son la insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasias no hematológicas o una insuficiencia renal crónica con necesidad de hemodiálisis (mortalidad 20-27%). Con objeto de conocer mejor los factores relacionados con la mortalidad, a los 5 y 30 días, de los pacientes adultos con ENI, se ha realizado un estudio retrospectivo en Alberta (Canadá). El trabajo analiza a 1.154 pacientes mayores de 18 años durante el período comprendido entre 2000-2004. Las variables estudiadas, fueron: edad, sexo, fuente de la infección y existencia de comorbilidades (enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes mellitus, cirrosis hepática, cáncer, insuficiencia renal crónica, infección por el VIH, artritis reumatoide, lupus y alcoholismo). Asimismo, se analizaron las complicaciones asociadas a la infección, los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) implicados, el tratamiento antibiótico elegido y la evolución de la infección. En relación al tratamiento, compararon la monoterapia con un betalactámico, macrólido o quinolona, respecto a la terapia combinada utilizando un betalactámico y un macrólido o un betalactámico más vancomicina. En el apartado de resultados, destacan que los serotipos de *S. pneumoniae* que se relacionaron con una mortalidad mayor o igual al 20% fueron: 10A, 11A, 13, 15B, 17F, 22F, 3, 31, 35F, y que los asociados a una mortalidad intermedia ($\geq 6\%$ - $\leq 19\%$) se encontraban entre los serotipos siguientes: 11B, 12F, 14, 15A, 18C, 19F, 22A, 23B, 33F, 34, 35B, 38, 4, 6A, 6B, 7F, 8, 9L, 9N, 9V.

Más de la mitad de los pacientes (62,6%), fallecieron en los primeros 5 días y el 37,4% restante entre los días 6-30 posteriores. Según la edad y el tratamiento antibiótico recibido, observaron que los menores de 40 años, o el tratamiento con dos antibióticos, generalmente betalactámico más macrólido, se asociaba con una mortalidad menor, tanto a los 5 como a los 30 días. Igualmente, se encontró que a los 5 días, la mortalidad era menor si el serotipo de *S. pneumoniae* infectante se encontraba incluido en la composición de la vacuna de 23 polisacáridos, hecho que puede inducir a pensar que la inmunización previa con este tipo de vacuna pueda producir una ENI menos grave. Según el análisis de la multivariante, los factores relacionados con la mortalidad fueron diferentes en ambos períodos de tiempo. Así, haber padecido cáncer en los 5 años previos al diagnóstico de ENI, tener diabetes mellitus o cirrosis hepática, así como necesitar suplementos de oxígeno o ventilación mecánica invasiva u otras circunstancias, tales como tener alterado el nivel de conciencia, presentar una parada cardíaca, padecer infección neumocócica por uno de los serotipos relacionados con mayor riesgo de muerte, o la administración de antibióticos en monoterapia, se consideraron factores de riesgo independiente de muerte a los 30 días. En la mortalidad a los 5 días, la comorbilidad (cáncer, diabetes, cirrosis) no pareció jugar un papel predisponente, aunque sí el resto de variables analizadas.

Como conclusión, los autores señalan que la mortalidad de la ENI es multifactorial y que los factores relacionados (edad y complicaciones, serotipo de *S. pneumoniae* y tratamiento) influyen según el periodo de tiempo elegido (5 ó 30 días) para realizar el análisis. La vacunación sistemática de la población susceptible frente al neumococo es una medida, no solo preventiva, sino que contribuye a atenuar la gravedad de la ENI, caso de producirse ésta. Finalmente, el tratamiento con dos o más antibióticos eficaces frente a *S. pneumoniae* es considerado de elección para tratar esta enfermedad.



Bibliografía recomendada:

- Marrie TJ, Tyrrell GJ, Garg S, Vanderkooi OG. Factors predicting mortality in invasive pneumococcal disease in adults in Alberta. *Medicine (Baltimore)* 2011;90:171-9.

Comentado por Dr. Regino Serrano Heranz.
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Coslada, Madrid).

BECAS SEIMC**- BECA AGUSTÍ PUMAROLA**

Se encuentran disponibles, a través de la página web de la Sociedad, las bases y formulario para solicitar la beca "Agustí Pumarola" SEIMC-SCMIMC correspondiente al presente año y dotada con 18.000 euros. Esta beca se constituye como una ayuda a los profesionales que trabajan en el campo de la Microbiología Clínica o las Enfermedades Infecciosas, y quieran realizar un proyecto de investigación pre-doctoral en un centro español. Para efectuar la solicitud es condición imprescindible ser socio de alguna de las dos Sociedades que la convocan con una antigüedad mínima de 1 año. Para obtener más información los interesados pueden remitirse al apartado **BECAS Y AYUDAS** de la página web de la SEIMC (<http://www.seimc.org>). El plazo de presentación de solicitudes finaliza el día 9 de septiembre de 2011.

- BECA MARTÍN LUENGO

Se ha concedido la beca SEIMC "Martín Luengo", destinada al desarrollo de proyectos de investigación en el extranjero a la Dra. Alicia Galar Recalde, del Servicio de Microbiología Clínica de la Clínica Universidad de Navarra. El proyecto se titula "Surveillance of Antimicrobial Resistance" y se realizará en el WHO Collaborating Centre for Surveillance of Antimicrobial Resistance Brigham and Women's Hospital, Microbiology Laboratory (Harvard Medical School) Boston, Massachusetts.

- BECA POST-DOCTORAL

La presente edición se ha concedido a la Dra. María Mercedes Nogueras Mas del Servicio de Enfermedades Infecciosas de la Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell. El proyecto premiado se titula "Optimización de técnicas moleculares para mejorar el diagnóstico de microorganismos de crecimiento difícil".

GRUPOS DE ESTUDIO

El pasado 5 de abril tuvo lugar, en la sede de la SEIMC, una reunión entre los Presidentes de todos los Grupos de Estudio y la Junta Directiva. Como en años anteriores, este encuentro ha sido bien acogido por parte de los Grupos de Estudio, ya que tiene por objeto conocer sus inquietudes, problemas e iniciativas, así como acercar la Sociedad a todos ellos, transmitiéndoles las novedades y cambios que se han producido en la SEIMC durante el último año e informar de las posibilidades que tiene la Sociedad para ayudar a mantener o mejorar las actividades de cada Grupo. La Dra. Asunción Moreno, vocal de la Junta Directiva y responsable de la coordinación con los Grupos de Estudio leyó el informe correspondiente a la memoria anual elaborada por cada uno, y posteriormente se procedió al informe individual de cada Presidente, en el cual expusieron la situación actual en la que se encuentra cada Grupo y las posibilidades de mejora existentes. De la memoria de actividades de los diferentes Grupos de Estudio, se desprende que todos tienen un buen funcionamiento, aunque hay algunos de ellos que poseen dificultad para autofinanciarse. En este sentido, la Junta Directiva reconoce que la existencia de algunos de estos Grupos poseen carácter estratégico y que en el ánimo de la Sociedad está proporcionarles el apoyo que precisen. La Junta Directiva, desde estas páginas, quiere manifestar su satisfacción por el esfuerzo y el trabajo desarrollado por los Grupos de Estudio, agradece a la Dra. Moreno la coordinación que mantiene con ellos y anima a todos a continuar con el trabajo que desarrollan y que confiere a nuestra Sociedad el rigor científico y la independencia que la caracteriza.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

La peste es una realidad mórbida que en su día fue atribuida a diversas circunstancias, algunas de origen sobrenatural o mítico. La infección ha sido utilizada como alegoría de actitudes perniciosas cuyos efectos sobre la humanidad asemejan a los que produce la enfermedad, llámense dictadura, intolerancia,



explotación, racismo... La ficción cinematográfica se ha ocupado de mostrar al espectador muchas “pestes”, tanto del pasado como coetáneas. El núcleo argumental de *En tiempo de brujas/ Season of the Witch* (2011) de Dominic Sena es la peste del medievo en las vertientes de enfermedad, mito y alegoría. Tras la Batalla de Esmirna (1344), dos cruzados desertan por la brutalidad de la contienda que no respeta ni a las mujeres. En su huida llegan a la costa de Estiria (¿adriática?), momento en que marchan tierra adentro. En su caminar, encuentran una casa solitaria en la mitad del campo y en su interior descubren a una pareja muerta a consecuencia de una enfermedad cuyas manifestaciones impresionan. Poco después, en una ciudad próxima azotada por la peste, son identificados como desertores y por ello detenidos. La única posibilidad de recuperar la libertad, y evitar el castigo, es llevar a la bruja, a la que se imputa la epidemia (“*Es una maldición del infierno provocada por la bruja negra*”), a un monasterio. Allí se la someterá a un exorcismo, según consta en un libro antiguo y se pondrá fin a la situación. Aceptan y se ponen en camino... y la historia termina con un final muy de *comic book*, de fantasía heroica. La alegoría -la intolerancia y brutalidad de la inquisición-, el mito -el origen sobrenatural, diabólico de la plaga- y la enfermedad son las “pestes” que muestra la cinta. La acción transcurre un poco antes de la segunda pandemia, la de la peste negra, que comenzó en 1347. El film muestra a unos pestosos repulsivos, con una superficie corporal oscura, con zonas de cianosis y llena de lesiones granulomatosas más propias de la lepra. Probablemente, los granulomas cutáneos quieren representar bubones pero los de la película no se circunscriben a las zonas donde hay ganglios linfáticos, como debería ser. En algún caso se ven muertos con las extremidades de los dedos negras. En la peste negra hay gangrena de las partes distales como son los dedos y la nariz, que toman ese color a causa de la coagulación intravascular diseminada. La película deja meridianamente claro que la enfermedad no tenía cura y que solo se podía confiar en la ayuda divina, así aparecen una serie de sujetos que flagelándose piden ayuda a Dios. Nada podían hacer los médicos, embudidos en sus

túnicas blancas con guantes y máscaras de aspecto de cabeza de pájaro. Solo el fuego era purificador. Otro detalle relacionado con la gravedad del cuadro es la cifra de fallecidos, nada menos que las tres cuartas partes de la población, así que no es raro que se muestren escenas en donde aparecen carros en los que se apilan los cadáveres o unas desagradables fosas comunes.

Respecto al mes pasado, en la muy “oscarizada” película *El discurso del Rey* hay, al menos, dos referencias a sendas enfermedades infecciosas. Se señala que la hija mayor del rey George VI, la actual Isabel II, padeció una neumonía. Hay en la pared de un edificio un gran cartel que señala “*Bovril nourishes you to resist ‘flu’*”. ¿Os habías fijado? Ahora la cuestión: La investigación microbiológica impactó en los realizadores del cine clásico y así en una famosa película se dice: “*¿Ha oído hablar de Louis Pasteur? ¿Le llamaría charlatán? ¿Le llamaría quizás la figura más importante de la ciencia médica? ¡Pues no era médico!...*” Satisfaremos la curiosidad dentro de un mes.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

-Ponle un poco de unguento- dijo Flannery-, y ojalá se salve. Ya sabes que lo único que tenemos es un poco de sulfatizol, a menos que hoy nos traiga la penicilina agregó, poniéndose repentinamente tenso.

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.hugf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué escritor escribió?:

¡Y ni una vez, ni en la consulta del médico, ni en las duchas, ni en las ciudades termales en donde se trata esta enfermedad, se dice su nombre, su verdadero nombre, “enfermedad de la médula”! ¡Incluso los libros científicos la llaman “sistema nervioso”!



Poco después de llegar a París, en 1858, y con 17 años, Alphonse Daudet (Nimes 1840-París 1897) autor ya glosado en esta sección, contrajo la sífilis. Parece ser que fue contagiado por una mujer que trabajaba leyendo en voz alta para la corte imperial. Sus síntomas se manifestaron en 1861 y a partir de 1884 se agravaron considerablemente con una tabes dorsal. Es en 1884 cuando empieza a anotar sus sufrimientos y sus formas de tratar esta complicación de su enfermedad, que afectaba al 5-7% de los que padecían la sífilis y que se manifestaba mucho tiempo, después de contraerla. Las notas que el escritor tomó constituyen su obra *“En la tierra del dolor” (La doulou)* (Alba Edit. traducida por María Tera Gallego Urrutia y Jesús Zulaika Goikoetxea, y con una introducción y notas del escritor británico Julian Barnes, nacido en Leicester).

El libro no deja de ser un manual que describe los síntomas de la enfermedad, entre ellos los falsos síntomas urinarios típicos de la tabes dorsal, hiperestesias y remisiones a veces prolongadas, síntomas oculares como moscas volantes, doble visión o el sentimiento de suicidio por los dolores insoportables de la enfermedad:

*“¿Qué está usted haciendo ahora mismo?
- Sufriendo”*

“¡Y ni una vez ...se dice su nombre, su verdadero nombre, enfermedad de la médula...!”

“estar pendiente de caminar en línea recta, temer que me dé uno de esos ataques lancinantes...”

“Recuerdo de una primera visita al doctor Guyon... Me sonda; vejiga contraída; próstata un poco irritable, nada del otro mundo...Y ese nada era todo, que estaba empezando la Invasión”

“Todas las noches, atroz contractura de las costillas...Hace meses que me tiene atrapado esta coraza, que no he podido desabrocharme para respirar”

“En los tobillos, el tormento de la bota. Dientes de rata agudísimos que roen los dedos del pie”.

Recorre a la morfina, al bromuro o al cloral:
“La acción del bromuro se atenúa en lo referente a depresión y pérdida de memoria...”

“Los anocheceres de morfina, el efecto del cloral...”

Le trata Charcot que era famoso por su sinceridad y le comunica que es incurable. Entre otros tratamientos le sometió a la suspensión de Seyre, técnica traída de Rusia, utilizada para tratar la ataxia, y que consistía en colgar al paciente con el fin de estirar la columna vertebral y distender las articulaciones, pero que desde el punto de vista terapéutico no servía para nada.

La muerte de Daudet se produjo comiendo con su familia, primero emitió una crepitación con la garganta y finalmente se recostó en la silla muriendo a continuación. Le hicieron la respiración artificial por el pintoresco método de traccionar rítmicamente la lengua varias veces y después de la *“aplicación de corrientes farádicas en el diafragma”*.

And the winner is...

No os desanimeis, este mes no hay acertante.



XV CONGRESO SEIMC

Del 1 al 4 de junio se ha celebrado en el Palacio de Congresos de Málaga, el congreso anual de nuestra Sociedad. Esta luminosa ciudad acogió durante esos días a un elevado número de asistentes, que según los datos de la organización ascendió a 1229 y como en años anteriores contó con la presencia de congresistas de otras nacionalidades. Se han celebrado 9 Mesas redondas, 6 Simposios, 4 Talleres, 2 Reuniones con el Experto, 2 Sesiones interactivas y un resumen de los mejores artículos publicados en el año 2010 sobre el diagnóstico microbiológico y la patología infecciosa. Asimismo, se han presentado y discutido 734 trabajos realizados por los participantes a este congreso siendo esta una de las actividades en donde más se produce la participación activa de los congresistas. Durante el congreso, los 10 grupos de Estudio de la SEIMC han celebrado sus correspondientes reuniones científicas y administrativas. Uno de los temas relevantes tratados en esta edición, ha sido el uso racional de los antibióticos y la seguridad del paciente. Otros temas debatidos han sido la situación actual de las resistencias de los microorganismos a los antibióticos y los problemas relacionados con la infección hospitalaria y su control. Respecto al diagnóstico microbiológico se han expuesto los avances técnicos y los nuevos métodos moleculares, así como los relacionados con la automatización y su aplicación en el diagnóstico etiológico de las infecciones. Otros temas de gran relevancia han sido: la tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente, algunos aspectos novedosos relacionados con la infección por el VIH y los problemas derivados del diagnóstico tardío de la infección, y lo que hemos seguido aprendiendo sobre la gripe pandémica del 2009. La infección en los pacientes trasplantados e inmunodeprimidos también ha sido motivo de estudio, y se han abordado las posibilidades de prevención. Es de destacar que hubo un simposio dedicado a debatir el presente y el futuro de las especialidades de Enfermedades Infecciosas y de Microbiología y Parasitología, en el cual intervinieron profesionales de ambas especialidades, los cuales expusieron la

evolución y el desarrollo de las mismas así como los retos y debilidades que presentan en el momento actual. En el simposio se contó con la participación de la administración sanitaria que aportó su perspectiva y propuestas. Por último, uno de los temas más comentados, que no había sido programado, pero que estuvo presente a diario, ha sido el brote de la toxiinfección alimentaria ocurrido en Alemania y producido por el *Escherichia coli* enterohemorrágico O104:H4, el cual atrajo a gran parte de los medios de comunicación a nuestro congreso y ha puesto de manifiesto, una vez más, la importancia y la necesidad de nuestras especialidades para el diagnóstico y control de la infección y las alertas sanitarias. Finalizado el congreso, ya es posible acceder, por un periodo de 6 meses, a las presentaciones realizadas en formato Power Point realizadas para la discusión oral de las comunicaciones aceptadas. La consulta puede efectuarse visitando el apartado COMUNICACIONES-Publicaciones Online de la [web del XV Congreso](#) o directamente pulsando [AQUÍ](#). Desde estas páginas deseamos felicitar al Dr. Juan de Dios Colmenero Castillo, Presidente del Comité Organizador y al Dr. José María Navarro Marí, Presidente del Comité Científico, así como al resto de los miembros de ambos comités y a todas las personas que con su esfuerzo e ilusión han contribuido al éxito de este congreso. A partir de este momento, ya se ha comenzado a trabajar en el del XVI Congreso SEIMC, por lo que transmitimos nuestro apoyo y ánimo al Dr. Miguel Montejo Baranda, Presidente del Comité Organizador que ha tomado el relevo en la organización del próximo congreso de nuestra Sociedad, que se celebrará del 9 al 11 de mayo de 2012 en la ciudad de Bilbao.

COMUNICACIONES PREMIADAS

Nº 028. Diseño y optimización de un sistema rápido por multiplex-PCR e hibridación en *microarray* para la detección e identificación de patógenos bacterianos en pacientes con diarrea.

N. Manjón Vega, J. Moscoso del Prado, Y. Margolles Azpiazu, M. García-Castillo, M.I. Morosini Reilly, O. Salazar Torres, R. Cospedal García, R. Cantón Moreno y M.L.



Villahermosa Jaén.

Genómica S.A.U. Coslada, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Nº 033. Descripción de ribotipos y perfil toxigenico de una colección de cepas de *Clostridium difficile* aisladas de 118 hospitales españoles.

M. Marín Arriaza, A. Martín López, L. Alcalá Hernández, C. Iglesias Arribas, T. Peláez García, M. Sánchez Somolinos, E. Cercenado Mansilla y E. Bouza Santiago.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Nº 695. Implicación de la proteína RecA en la reparación del DNA, la resistencia a antimicrobianos, la respuesta general a estrés y la virulencia en *Acinetobacter baumannii*.

J. Aranda, C. Bardina, A. Beceiro, S. Rumbo, M.P. Cabral, M. Llagostera, J. Barbe y G. Bou.

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

NOTICIAS JUNTA DIRECTIVA

ELECCIONES A LA JUNTA DIRECTIVA

Las candidaturas presentadas para cubrir los puestos a renovar en la Junta Directiva correspondientes a la sección de Microbiología fueron las mismas que el número de puestos vacantes por lo que los nuevos miembros de esta sección son los Dres: Jesús Oteo Iglesias y José M^a Marimón Ortiz de Zárate. Respecto a la sección de Enfermedades Infecciosas, el número de miembros salientes era inferior al número de solicitudes presentadas, por lo que se procedió al proceso de votación específico y a someter la consulta electoral a la Asamblea Extraordinaria, celebrada en Málaga, el día 3 de junio, coincidiendo con la celebración del XV Congreso SEIMC. Los miembros más votados y por consiguiente elegidos para ocupar las vacantes de esta sección han sido los Dres: José María Miró Meda, José Antonio Iribarren Loyarte, José Antonio Pérez Molina y Carmen Fariñas Álvarez. Su nombramiento fue aprobado y ratificado por la Asamblea Extraordinaria. Los socios que cesan de la Junta Directiva son los siguientes:

a) Sección de Microbiología: D. Fernando Alcaide Fernández de Vega y Dña. Isabel García Bermejo.

b) Sección de Enfermedades Infecciosas: D. Juan Carlos López Bernaldo de Quirós, Dña Asunción Moreno Camacho, D. Joaquín Portilla Sogorb y D. Ferran Segura Porta.

VACANTES EN EL ECDC

El European Centre for Disease Prevention and Control ha convocado dos plazas para ocupar los siguientes puestos: "Senior Expert" para el programa de tuberculosis (Head of the Tuberculosis Programme in the Office of the Chief Scientist) y un especialista para la vigilancia y consumo de antibióticos (Expert in Surveillance of Antimicrobial Resistance / Antimicrobial Consumption). La información relativa a estas convocatorias puede encontrarse en su página web: <http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/jobs/Pages/JobOpportunities.aspx>

FACTOR DE IMPACTO EIMC

Recientemente se ha hecho público el factor de impacto de las publicaciones científicas incluidas en la base de datos del Institute for Scientific Information (ISI) correspondiente al año 2010. Según el Journal Citation Report, la revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (EIMC)* ha alcanzado un factor de impacto de 1,656 mejorando el alcanzado en el año 2009 (1,393). La Junta Directiva de la SEIMC felicita a todo el equipo editorial, a los autores y al personal de Elsevier-Doyma por los esfuerzos encaminados a mejorar la calidad científica de *EIMC*, que han conseguido situarla entre las publicaciones de mayor prestigio dentro de nuestras áreas de conocimiento.

FORMACIÓN CONTINUADA

•PATROCINIOS SEIMC

- Jornada: "I Jornada multidisciplinar sobre sepsis: Clinisepsis 2011". Dirigido por los Dres: Miguel Sánchez García, Fernando Martínez Sagasti, Juan Carlos Martín Benítez, Antonio Blesa Malpica (Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico de San Carlos. Madrid) y José Ángel Lorente (Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Getafe). Se celebrará en Madrid durante los días 10 y 11 de noviembre. Las personas interesadas pueden ampliar la información e inscribirse



en la siguiente página web:
<http://www.aymon.es/clinisepsis2011/>

-Curso: "Experto en Medicina Tropical". Dirigido por el Dr. Miguel de Górgolas Hernández-Mora (Servicio de Medicina Interna de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid). El curso se iniciará en octubre de 2011 y finalizará en junio de 2012, consta de 500 horas lectivas y se realizará entre Madrid y Etiopía. Los interesados pueden obtener más información (programa, inscripción, etc) en la página web:

<http://www.vacunasyviajes.es>

HISTORIA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Ha llegado a nuestras manos el libro de José Antonio Maradona Hidalgo "Historia de las enfermedades infecciosas" (Universidad de Oviedo, 2010). El Dr. Maradona ha sido Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Central de Asturias y profesor titular vinculado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo. Académico numerario de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias, su actividad profesional ha estado dedicada a las enfermedades infecciosas, tanto en su faceta asistencial como docente y en los últimos años, su afición a las humanidades le ha llevado a trabajar en la historia de la medicina, centrándose en los temas que fueron la materia de su quehacer profesional. Conocedor del mundo de las enfermedades infecciosas, este no es su primer libro, ya que otra de sus obras, la titulada "Tuberculosis. Historia de su conocimiento" ha recibido, en 2010, el premio a la mejor monografía en las áreas de Ciencias de la Salud en los Premios Nacionales de Edición Universitaria. Su nueva obra y motivo de este comentario, contempla el reto que las enfermedades infecciosas han supuesto y suponen para la humanidad. Desde la antigüedad, cuando el hombre más indefenso e ignorante que en la actualidad se enfrentaba a lo que los griegos llamaban plagas. Médicos como Hipócrates o Galeno, sin conocer aún el concepto de infección tal y como ahora lo entendemos, ya vislumbraron la idea de las enfermedades epidémicas, denominadas por ellos "fiebre pestilencial" y describieron una serie de rasgos clínicos que agrupados y clasificados les permitían emitir

un pronóstico, así constataron que la aparición de heces negras era un mal signo. Estos estudios descriptivos, la ayuda de crónicas realizadas por autores como Tucídides o Areteo de Capadocia, junto con el conocimiento científico alcanzado hasta nuestros días y la colaboración de disciplinas tales como la paleomicrobiología, han permitido conocer o en algunos casos postular con alto grado de acierto, los microorganismos responsables de los devastadores episodios descritos en la historia: la peste negra, la viruela, la lepra, el tifus exantemático, la difteria, la tuberculosis, la sífilis, el sarampión, etc. La lectura de su libro pone de manifiesto que los movimientos migratorios, las guerras, las rutas comerciales, y ¡cómo no! el hambre, han contribuido a transmitir y extender las enfermedades infecciosas, y revela que las sociedades de cada época debían enfrentarse a nuevos retos dirigidos a combatir a "los enemigos invisibles" que minaban la salud de sus ciudadanos, aunque en la mayor parte de los casos, los médicos solo podían emitir un pronóstico. La medicina de los clásicos dejó paso a la medicina medieval y ésta a la del renacimiento. Posteriormente, se produjeron cambios en la sociedad y en la ciencia médica, la química experimentó grandes progresos, y todo ello contribuyó al inicio de la medicina moderna. Surgió el microscopio, y con él los primeros cazadores de aquellos seres minúsculos que recibirían el nombre de microbios. Había nacido la bacteriología, y en su desarrollo posterior, la microbiología, compañera inseparable de las enfermedades infecciosas, que ha contribuido al conocimiento y ha puesto nombre a los denominados enemigos invisibles que mataban al hombre o quebraban su salud. Científicos como Pasteur, Ehrlich, Koch, Roux, y tantos otros, que incluso perdieron la vida buscando las respuestas a sus múltiples preguntas. Así, poco a poco, de la fiebre, principal fuente de conocimiento en los primeros siglos, fueron surgiendo entidades clínicas diferenciadas, que siglos más tarde han dado lugar al gran grupo nosológico que forman las enfermedades infecciosas. La obra también contempla la medicina contemporánea, el desarrollo científico y las

infecciones descubiertas hasta los últimos años del siglo XX, como son el VIH y las producidas por los virus de las hepatitis, entre otras.

En definitiva, las enfermedades infecciosas están ligadas a la historia de la humanidad y el autor nos proporciona un viaje a través del tiempo y del conocimiento de las infecciones. Todo ello con rigor y minuciosidad y avalado por la correspondiente bibliografía. Libro digno de ser leído, ameno y didáctico, que nos ayuda a comprender mejor de donde venimos y a ser conscientes que el desafío persiste, ya que los microbios saben adaptarse al medio y también producir mecanismos para resistir a la terapéutica antimicrobiana, por lo que la historia continua.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

En 2011 ha habido varias alarmas sanitarias en Europa. Una de ellas a propósito del brote de sarampión que ha afectado a diversas zonas de España y otra, la referente al *Escherichia coli* O104:H4 enterohemorrágico acaecido en Alemania y que tantos dolores de cabeza ha dado a la agricultura española. “La vida se abre camino” comentaba el profesor Ian Malcolm en Parque Jurásico (1993) de Steven Spielberg, refiriéndose a los dinosaurios, mucho más si aplicamos sus palabras a las bacterias y los virus que sobrevivieron a su extinción. En cuanto tienen oportunidad, ahí tenemos alguno provocando un susto o un desastre. Es relativamente sencillo encontrar algún ejemplo cinematográfico referido al sarampión pero no ocurre lo mismo con la infección por *Escherichia coli* O104:H4, ni siquiera en los episodios televisivos del *Dr. House*, que sepamos. *La ciudadela/ The Citadel* (1938) de King Vidor es un film magnífico, un clásico del cine médico y una obra imprescindible para microbiólogos, infectólogos y médicos en general. El tema que trata es la esencia del hombre y su lugar en la sociedad. El protagonista principal es Andrew Manson (Robert Donat), médico recién licenciado, que accede con ilusión a su primer empleo en la zona minera de Gales. El film puede dividirse en dos partes,

la primera en donde el protagonista lucha con esfuerzo e ilusión por todos sus pacientes, y la segunda en la que desencantado por las mismas personas a las que él se dedica a cuidar en cuerpo y alma, decide renunciar a su puesto de médico de una compañía minera y se marcha a Londres. En esa ciudad cambia sus ideales por un ejercicio profesional muy lucrativo y puede decirse que inmoral, aunque al final recupera su dignidad y nos da una lección de vida. Entre la multitud de temas que muestra la cinta, hay tres relacionados con las enfermedades infecciosas que dan lugar a sendas subtramas en la primera parte de la película. En la primera de ellas, el agente infeccioso no es un *Escherichia coli* O104:H4, sino una bacteria prima hermana de aquel, una *Salmonella typhi*. Aparece un brote de fiebre tifoidea debido a una contaminación fecal del agua de bebida a consecuencia del mal estado de los desagües. Robert lucha contra la epidemia recomendando que se hierva el agua de bebida y volando con nitroglicerina los viejos desagües para que fueran sustituidos por unos nuevos y seguros “Hay por lo tanto que descubrir la fuente de infección y luchar contra el mecanismo de transmisión”. La segunda subtrama se centra en el caso de un niño con sarampión. El médico recomienda el aislamiento en su domicilio, pero la maestra, que se convertirá en la esposa del médico, permite al chico que vaya a la escuela pues en caso contrario perdería su ración de leche. Sitúa al niño en un extremo del aula, separado de los compañeros, pero la vía aérea transmite el virus y aparece un brote. En esas fechas aun no se había desarrollado la vacuna. La tercera y última enfermedad infecciosa que muestra la primera parte de la cinta es la tuberculosis. La presentan numerosos mineros y su endemividad estaba íntimamente relacionada con la silicosis y, por supuesto, con el hacinamiento de la mina. Robert investiga esta relación –es muy interesante el trabajo de investigación microbiológica que lleva a cabo con la ayuda de su esposa, y en donde la microscopia es esencial– e intenta demostrar que es una enfermedad profesional. Los mineros y la empresa se oponen, ya que, los primeros



consideraban la tos como algo común, y los segundos niegan la evidencia porque le supondría importantes pérdidas. Al final de la película la tisis y su tratamiento volverán a jugar un papel importante.

Ahora, si recordamos la frase de la semana anterior: “¿Ha oído hablar de Louis Pasteur? ¿Le llamaría charlatán?...” La pronuncia ardorosamente Robert Donat, ¡Qué!... ¿Qué quien era este señor? El protagonista de *La ciudadela*.

Los sanitarios no nos libramos del ataque de los microorganismos y hay muchos ejemplos históricos que lo demuestran. Hablando de tuberculosis os planteamos una doble pregunta: nombre del médico estadounidense que fue pionero en la cirugía cardiaca y que padeció una tisis y también, ¿qué película recoge sus aportaciones? Hasta el mes próximo.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso emperador muerto de peste escribió?:

A los ictéricos les parece amarga la miel; los que han sido mordidos por un perro rabioso son hidrófobos, y a los pequeños les gusta la pelota. ¿A qué, pues, enojarse? ¿Te parece menos poderoso el error que la bilis en el ictérico y el veneno en el hombre mordido por un animal rabioso?

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.hugf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso escritor escribió?:

-Ponle un poco de unguento- dijo Flannery-, y ojalá se salve. Ya sabes que lo único que tenemos es un poco de sulfatizol, a menos que hoy nos traiga la penicilina agregó, poniéndose repentinamente tenso.

Philip Kindred Dick (Chicago 1928 - Santa Ana, California, Estados Unidos 1982), más conocido como Philip K. Dick, es uno de los

mejores escritores de ciencia- ficción. Tanto él como su hermana melliza, Jane Charlotte Dick, nacieron prematuramente seis semanas antes de lo normal y Jane murió trágicamente pocas semanas después. La muerte de su hermana lo afectó profundamente e influyó a lo largo de su vida, tanto en su obra como en sus relaciones sociales. En sus primeras novelas trató temas tan distintos como la sociología, la política o la metafísica. En ellas aparecían monopolios, gobiernos autoritarios y estados alterados de conciencia. En sus obras posteriores, puede encontrarse un predominio de la metafísica y la teología y a menudo se basó en su propia experiencia vital, así mismo no mantuvo en secreto que muchas de sus ideas y trabajos estuvieron fuertemente influidos por los escritos de Carl Gustav Jung. Se le considera autor de treinta y seis novelas y escribió 121 relatos cortos. Gran parte de sus historias cortas y obras menores fueron publicadas en las revistas *pulp* de la época. En las novelas *A Scanner Darkly* y *SIVAINVI* reflejó su obsesión por las drogas, la paranoia y la esquizofrenia. El propio Dick especulaba con la posibilidad de sufrir esquizofrenia. La enfermedad mental fue uno de sus intereses constantes e impregnaba su obra. El personaje Jack Bohlen de su novela *Tiempo de Marte* (1964) es un "ex-esquizofrénico". A medida que pasaba el tiempo, se volvió crecientemente paranoico, imaginando que la KGB o el FBI urdían conspiraciones contra él y le tendían trampas de continuo. En algún momento pensó que habían irrumpido en su casa y hurtado diversos documentos, aunque más tarde concluyó que probablemente fue él mismo quien cometió el robo y luego olvidó que lo había hecho. Nuestro escritor experimentó con drogas psicoactivas, aunque siempre negó que hubieran influido en su obra. No obstante, el consumo de drogas fue un tema importante en muchos de sus trabajos, como *Una mirada a la oscuridad* y *Los tres estigmas de Palmer Eldritch*. Fue consumidor habitual de anfetaminas y también experimentó brevemente con sustancias psicodélicas, pero cuando escribió *Los tres estigmas de Palmer Eldritch*, obra proclamada por la revista *Rolling Stone* "la novela LSD por



excelencia de todos los tiempos", no había probado esa droga. Comenzó a ser conocido por la novela *El hombre en el castillo*, premio Hugo 1963 a la mejor novela, y considerada hoy día como una obra maestra del subgénero de la ciencia ficción denominado "ucronía". *Fluyan mis lágrimas, dijo el policía*, una novela sobre una estrella televisiva ganó también el Premio John W. Campbell Memorial a la mejor novela en 1975. No obstante, la mayor parte de su carrera como escritor estuvo marcada por la pobreza y tuvo poco reconocimiento antes de su muerte. Tras ésta, sin embargo, la adaptación al cine de varias de sus novelas le dio a conocer al gran público, especialmente por la película *Blade Runner* basada en su obra *¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?* Su obra es hoy una de las más populares de la ciencia ficción.

Las obras de Philip K. Dick se caracterizan por una sensación de constante erosión de la realidad, explorando su naturaleza enigmática de forma sistemática y creando ambientes postmodernos y decadentes, adelantándose al subgénero *cyberpunk*. A menudo, los protagonistas de sus obras descubren que sus seres queridos, o incluso ellos mismos, son robots, alienígenas, seres sobrenaturales, espías sometidos a lavados de cerebro, o cualquier combinación de todos ellos. Este rasgo de la obra *dickiana* refleja la obsesión del autor por la frágil naturaleza que él consideraba caracteriza la realidad perceptible. Sus historias, frecuentemente, se convierten en fantasías surrealistas a medida que los personajes van descubriendo que su vida diaria es realmente una ilusión construida por poderosas entidades externas (como por ejemplo en *Ubik*), por grandes conspiraciones políticas, o simplemente por las peripecias de un narrador no creíble. En su obra está suprimida la cualidad de amar. Los cinco tomos que constituyen los "Cuentos completos" de P.K. Dick fueron publicados por primera vez en Estados Unidos en el año 1987, cinco años después de la muerte del autor. En España se editaron los tres primeros volúmenes (*Aquí yace wub*, *La segunda variedad*, y *El padre-cosa*) por la Editorial Martínez Roca que desapareció dejándonos huérfanos a los amantes del mundo de P.K. Dick. A partir de una iniciativa por Internet, sus fans

empezaron a traducir toda su obra que no estaba en español y este hecho supuso la posibilidad de poder disfrutar de uno de los más grandes autores de ciencia ficción.

El libro de este mes es el volumen 4 de los cuentos completos (*Los días de Perky Pat*) y su cuento "Servicio de reparaciones", volumen que se puede encontrar en internet, como la casi totalidad de su obra.

And the winners are...

José Ignacio García Cía (Clínica Anderson Internacional, España), Pablo Ucio Mingo (Hospital Clínico Universitario de Valladolid), Inmaculada López Hernández (Hospital Cruz Roja "Victoria Eugenia", Sevilla).



PUBLICACIONES RECIENTES

***Escherichia coli* O104:H4 o el protagonismo de una bacteria**

Las toxiinfecciones alimentarias causadas por cepas de *Escherichia coli* enterohemorrágico (ECEH) están bien documentadas. Entre los ECEH, el serotipo que con más frecuencia produce infección en el hombre es el O157, descrito por primera vez en 1983 por Riley et al. Estos autores publicaron un brote de colitis hemorrágica producido por este serotipo en 1982. Diez años más tarde, otro brote originado por el consumo de hamburguesas poco cocinadas afectó a varios estados del oeste de Estados Unidos. Con posterioridad, se han documentado otros brotes importantes, de características similares y en localizaciones geográficas diversas, tales como Escocia, Canadá o Japón, este último ocurrido en 1996 y en el que se contabilizaron más de 8.000 afectados. En la actualidad, todos los años se registran en el mundo casos de diarrea asociada a cepas de ECEH, algunas de ellas acompañadas de un síndrome hemolítico urémico (SHU) que ocasionalmente puede ser mortal. En España, la incidencia de esta toxiinfección es muy inferior a la existente en otros países, y se han descrito muy pocos brotes. El pasado 22 de mayo, Alemania notificó, a través del Sistema de comunicación de alertas sanitarias de la Unión Europea (UE), que desde el día 1 de ese mes había un incremento significativo de pacientes con SHU y diarrea sanguinolenta debido a una cepa de *Escherichia coli* enterohemorrágico productor de toxina de Shiga (ECTS). Sucesivamente se fueron registrando casos de las mismas características en Suecia, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Luxemburgo, Austria, Noruega y Dinamarca. En gran parte de ellos existía el antecedente epidemiológico de haber viajado a Alemania. En Hamburgo, uno de los estados federales en donde se registraron más casos, se realizó un estudio en el cual se atribuía a las verduras procedentes de Málaga, Roquetas de Mar (Almería) y Holanda el posible vehículo de la infección. El problema estaba servido. Una vez más, los microbiólogos tuvieron que actuar, ya que según los datos publicados, el microorganismo responsable del brote alemán era un nuevo tipo de patógeno; una cepa de *Escherichia coli*

O104:H4 enteroagregativo (ECEAgg) que ha adquirido el gen stx2 que codifica una verotoxina o toxina de Shiga, por lo que también es enterohemorrágico, además produce una beta-lactamasa de espectro extendido CTX-M-15. Esta cepa, a pesar de carecer de la isla de patogenicidad típica de los ECTS, posee la capacidad de adherencia de los ECEAgg, hecho que permite a la bacteria colonizar la mucosa intestinal de una forma igualmente efectiva. Su adquisición se ha asociado al consumo de brotes de soja u otros brotes. Afortunadamente, el pepino español quedaba exculpado y nuestras verduras pudieron volver al mercado internacional. Este nuevo brote europeo presenta características inusuales como son la elevada proporción de casos con SHU respecto a los casos con diarrea, la afectación mayoritaria de jóvenes y adultos, y el hecho de que dos tercios de los casos son mujeres. Es el segundo brote en importancia, ya que se han registrado cerca de 4.000 casos, aunque no todos están confirmados. La mayor parte se han declarado en Alemania, en donde se han notificado 3.042 casos de ECTS sin SHU (17 fallecidos) y 732 de SHU con 28 muertes, aunque es de destacar que el último caso confirmado fue el 7 de julio y que el último caso probable se reportó el día 17 del mismo mes. En total se han notificado 889 casos de SHU y 3.219 de ECTS sin SHU y un total de 49 muertes. El 22 de junio, Francia notificó 15 casos de diarrea con sangre en el distrito de Burdeos, 8 de los cuales desarrollaron un SHU, no registrándose ninguna muerte. Ocho de estos casos habían participado el 8 de junio, en un evento celebrado en el municipio de Bègles. Se ha confirmado que habían consumido semillas germinadas (alholva, mostaza, rúcula) de producción local y que no fueron importadas de la granja implicada en el brote alemán. No obstante, los resultados de las cepas de *E. coli* O104:H4 aisladas del brote de Burdeos muestran una relación genética con las cepas que causaron el brote de Alemania. Se están analizando las semillas, ya que como en el brote alemán, se consideran la posible fuente de infección. Según los estudios de trazabilidad, se considera que Egipto puede ser el origen, aunque siete países de la UE pueden haber recibido y comercializado, por



distintas vías, semillas procedentes de este país. Todavía no está totalmente esclarecida la asociación, por ello el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y la Agencia de Seguridad Alimentaria de la Unión Europea (EFSA) recomiendan que no se consuman semillas germinadas tanto si son compradas como si proceden de cultivo propio, a menos que se cocinen adecuadamente. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad emitió el 30 de junio un comunicado ratificando esta recomendación. Por el momento, se han notificado casos en 13 países de la UE, la mayoría de ellos con antecedentes de un viaje reciente a Alemania. Fuera de la UE, otros países también han declarado y confirmado casos: Suiza 5 casos de ECTS sin SHU, Estados Unidos 4 casos de SHU, uno de ellos fallecido, y 2 de ECST sin SHU y Canadá un caso de ECTS sin SHU. En España, se ha registrado un caso de ECEH y otro de SHU, no notificándose ninguna muerte. La mayoría de los pacientes se han recuperado sin recibir tratamiento específico y, en general, no se recomienda el uso de antibióticos ni antidiarreicos, siendo suficiente el tratamiento de soporte, aunque en algunos pacientes con SHU grave se precisa transfusión sanguínea o diálisis. La mortalidad asociada al SHU, en este brote, oscila entre el 3-5%. En estos momentos, en que la UE se resiente y el euro se cuestiona, una vez más se pone de manifiesto la necesidad de laboratorios de microbiología bien dotados y con personal cualificado, capaces de hacer frente a todas las alertas microbiológicas que se puedan presentar, que detecten con rapidez los problemas de salud pública de origen infeccioso para adoptar acciones de respuesta temprana y proponer medidas de actuación y control. Es necesario disponer también, de algún centro con la capacidad e infraestructura suficientes para dar cobertura a todo el territorio nacional, que actúe conjuntamente con otros centros internacionales y que haga posible una sanidad pública eficiente y coordinada entre los países. Recientemente tenemos ejemplos de la importancia de estos hechos: carbunco, gripe aviar, gripe pandémica 2009, el brote motivo de esta columna, ¿cuál será el siguiente? Porque no hay duda, los problemas continuarán y aparecerán otros nuevos.

Bibliografía relacionada

- Riley LW, Remis RS et al. Hemorrhagic colitis associated with a rare *Escherichia coli* serotype. N Engl J Med 1983; 308:681-685
- Frank C, Faber M S et al. Large and ongoing outbreak of haemolytic uraemic syndrome, germany. Euro Surveill. 2011;16(21):pii=19878. Disponible online en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19878>
- Frank C, Werber D et al. Epidemic profile of Shiga-toxin-producing *Escherichia coli* O104:H4 outbreak in germany-preliminary report. N Engl J Med 22 junio 2011. Disponible online en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1106483>
- Gault G, Weill F X et al. Outbreak of haemolytic uraemic syndrome and bloody diarrhoea due to *Escherichia coli* O104:H4, south-west France. Euro Surveill. 2011;16(26):pii=19905. Disponible online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19905>
- Struelens M J, Palm D et al. Enterohemorrhagic, shiga toxin-producing *Escherichia coli* O104:H4 outbreak: new microbiological findings boost coordinated investigations by european public health laboratories. Euro Surveill. 2011;16(24):pii=19890. Disponible online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19890>
- Bielaszewska M, Mellmann A et al. Characterisation of the *Escherichia coli* strain associated with an outbreak of haemolytic uraemic syndrome in Germany, 2011: a microbiological study. Lancet Infect Dis. Publicación online 23 junio 2011 DOI:10.1016/51473-3099(11)70165-7
- Scheut F, Møller Nielsen E et al. Characteristics of the enterohemorrhagic Shiga toxin/verotoxin-producing *Escherichia coli* O104:H4 strain causing the outbreak of haemolytic uraemic syndrome in Germany. Euro Surveill. 2011;16(24):pii=19889. Disponible online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19889>

Comentado por: Isabel García Bermejo.
Coordinadora del Boletín de Noticias SEIMC



NOTICIAS JUNTA DIRECTIVA**TOMA DE POSESIÓN DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA**

El día 14 de julio de 2011 se constituyó la nueva Junta Directiva de la SEIMC. En la reunión, presidida por el Dr. Álvaro Pascual Hernández, se procedió a la elección del Vicepresidente, cargo que recayó en el Dr. José María Miró Meda. Los Drs. Luís Martínez Martínez y Juan González García serán el Secretario y el Tesorero, respectivamente.

FORMACIÓN CONTINUADA**•PATROCINIOS SEIMC**

-Curso: "VII Curso de actualización de enfermedades en el adulto". Dirigido por el Dr. Juan Berenguer Berenguer (Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón) y la Dra. Nuria Camino Redondo (Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San José, Madrid). El objetivo de la actividad es revisar y sintetizar la información actual necesaria para realizar el diagnóstico y el tratamiento de los problemas más importantes relacionados con las enfermedades infecciosas y que se presentan en la práctica médica cotidiana, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario. El curso se celebrará en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid desde el 26 de septiembre hasta el 26 de octubre de 2011. El precio de la matrícula es de 150 euros para el personal sanitario en formación y 250 euros para los especialistas. Los interesados pueden obtener más información (programa, matrícula, etc.) en la página web: <http://www.cursoinfecciosas.com>

-Curso: "Actualizaciones en el diagnóstico y la epidemiología de las enfermedades infecciosas". Dirigido por el Dr. Pedro Coll Figa (Servicio de Microbiología. Co-Director Científico y Administrativo del Centre de Recerca en Patología Infecciosa i Microbiologia Clínica (CRPIMC)). El curso está dirigido a médicos, farmacéuticos y biólogos interesados en la patología infecciosa y la microbiología clínica. Se celebrará en Barcelona y dará comienzo el 21 de septiembre de 2011, finalizando el 6 de junio de 2012.

-Jornada: "VII Jornadas de actualización en enfermedades infecciosas". Dirigida por la Dra. Rocío Montejano Sánchez (Residente

de Medicina Interna del Hospital Universitario "La Paz"). Se celebrará en Madrid del 29 al 30 de septiembre de 2011. La inscripción es gratuita. Más información en la página web:

<http://www.fundacion-icomem.org/index.php/cursos-presenciales/formacion-medica-continuada>

XV CONGRESO SEIMC. COMUNICACIONES

Se recuerda a todos los interesados que ya se encuentran disponibles *online* los certificados de las comunicaciones aceptadas y presentadas en el XV Congreso SEIMC. El acceso es directo a través del siguiente enlace:

<http://www.seimc.org/certificados/>

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

Hace ya diez años que el profesor Manuel Gomis Gavilán nos abandonó. La mayor parte de los que os dedicáis a la infección lo conocisteis y es nuestro deseo recordarle y facilitar la aproximación a su persona a los que no tuvisteis esa suerte. De su personalidad queremos destacar: la humanidad, el humor, su capacidad de hacer amigos, sus dotes para la comunicación y particularmente, su amor por la música. Médico y militar su dedicación profesional fue la medicina, pero su pasión, la música clásica. Especialista y entusiasta de las enfermedades infecciosas y llevado de su pasión por la música, esta doble faceta le llevó a publicar libros y artículos que analizaron la relación existente entre ambas disciplinas y a impartir numerosas conferencias sobre el tema. Manolo se interesó, en particular, sobre la infección del pie del diabético, por ello, la columna de este mes quiere ser un recuerdo y un homenaje a su persona, a través de una película en las que este proceso está presente. Entremos en acción: en el Hospital de la Facultad de Medicina de Virginia, un profesor comenta a un grupo de alumnos un caso clínico, refiriéndose a una mujer de mediana edad que está sobre una camilla dispuesta en un pasillo:

- **El profesor:** "Bien. Aquí tenemos un caso



de diabetes (tipo 1) desde la infancia, mala circulación y una neuropatía diabética. Como verán la paciente tiene úlceras repartidas por todo el cuerpo y evidentes síntomas de gangrena. ¿Preguntas?”

-**Un alumno:** “¿También osteomielitis?”

-**El profesor:** “Aparentemente no, aunque no está descartada”

-**Otro alumno:** “¿Tratamiento?”

- **El profesor:** “Estabilizar el nivel de azúcar. Considerar los antibióticos y quizás la amputación”

A la mujer le cambia la cara, se queda helada.

- **Otro alumno:** “¿Cómo se llama? ¡Ah! Sólo quería saber cómo se llama la paciente”.

- **El profesor:** “Margery” (tras mirar la historia clínica pues no tenía ni idea de cuál era su nombre).

- **El alumno:** “Hola Margery”

- **La paciente:** “Hola” (sonriendo agradecida).

Un diálogo que induce a la reflexión. Los médicos deben saber diagnosticar y curar, pero además ser delicados y humanos como lo era Manolo. El diálogo pertenece, como seguramente os habeis dado cuenta, a *Patch Adams* (1998) de Tom Shadyac, un referente en el cine sanitario, y con particular orientación al ejercicio humano de la medicina. El alumno que pregunta no podría ser otro que Patch (Robin Williams). El guión del film adaptó la obra *Gesundheit: Good Health Is a Laughing Matter* de Patch Adams y Maureen Mylander, basada en la vida del primero.

A la doble pregunta del mes pasado le corresponden un par de respuestas en este mes. Alfred Blalock fue un cirujano cardiaco norteamericano que en el Hospital Johns Hopkins realizó, por primera vez, una intervención para controlar los problemas derivados de la tetralogía de Fallot. Blalock padeció tuberculosis. Su vida y la de su ayudante constituyen el hilo argumental de *Something the Lord Made* (2004) de Joseph Sargent, una película realizada para la televisión, que en España se estrenó con el título de *A corazón abierto*.

Ahora, para pensar en las vacaciones. El gran director John Ford tenía una gran consideración por los médicos, para comprobarlo sólo hace falta repasar su filmografía. Pues bien, en cuál de sus

películas un médico y el cólera fueron los protagonistas.

¡Feliz verano! Hasta septiembre.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Que famosa escritora escribió?:

-¡ Es usted listísimo!- dijo la señora Fox-, Asbury, tienes fiebres de Malta. Volverá muchas veces, ¡pero no te matará!

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a igarcia.hugf@salud.madrid.org. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso emperador muerto de peste escribió?:

A los ictéricos les parece amarga la miel; los que han sido mordidos por un perro rabioso son hidrófobos, y a los pequeños les gusta la pelota. ¿A qué, pues, enojarse? ¿Te parece menos poderoso el error que la bilis en el ictérico y el veneno en el hombre mordido por un animal rabioso?

Marco Aurelio Antonino Augusto, apodado "El Sabio" (26 de abril de 121 – 17 de marzo de 180), fue emperador del Imperio romano desde el año 161 hasta su fallecimiento en 180. Fue el último de los llamados Cinco Buenos Emperadores, tercero de los emperadores Hispanos y es considerado como una de las figuras más representativas de la filosofía estoica. Su gobierno estuvo marcado por los conflictos militares en Asia frente a un revitalizado Imperio parto y en Germania Superior frente a las tribus bárbaras asentadas a lo largo del Limes Germanicus, en la Galia y a lo largo del Danubio. Durante el período de su imperio tuvo que hacer frente a una revuelta en las provincias del Este, liderada por Avidio Casio, que fue aplastada por nuestro hombre. La gran obra de Marco Aurelio, *Meditaciones*, escrita en griego helenístico durante las campañas de la década de 170, todavía es considerada como un monumento al gobierno perfecto. Es descrita como "una



obra escrita de manera exquisita y con infinita ternura" (Wikipedia). Marco Aurelio es conocido por ser el emperador y filósofo romano que persiguió a los cristianos y conquistó Germania, así como por ser el padre del monstruoso emperador Cómodo. En la bibliografía de Bill Clinton, se cita que éste leía y releía las Meditaciones... Como siempre, este emperador es más conocido por ser asesinado por un joven Cómodo al comienzo de la película *Gladiator*, aunque la realidad es bien distinta y su muerte se debió a la peste. El conocimiento de la vida de Marco Aurelio ha llegado hasta nosotros por la correspondencia que mantuvo con uno de sus tutores, Marco Cornelio Frontón uno de los oradores más cultos del II siglo después de Cristo. En 1815, el Cardenal Angelo Mai encontró un libro, en la Biblioteca Ambrosiana de Milán, con los registros del primer concilio de la iglesia de Calcedonia en el año 451 AD y que incluía copias de la correspondencia de Marco Cornelio Frontón. Mai era un poco chapucero y trató de arreglar el manuscrito para poder leerlo pero su método empeoró el mismo. En el texto, Fronto o Frontón habla de problemas de salud, se queja de dolor en los pies que le impiden caminar (probablemente gota), y otras veces habla a Marco Aurelio de amor. En este sentido, hay que decir que estas palabras pueden no hacer referencia a un amor físico, aunque no hay duda que contienen una dimensión erótica, pero en aquella época estas expresiones no conllevaban obligatoriamente la existencia de una relación sexual entre ambos hombres. No obstante, en las últimas cartas parece que existe un distanciamiento entre Marco Aurelio y su maestro (Marcus Aurelius: Warrior, Philosopher, Emperor por Frank McLynn, London Review of Books vol. 31 number 14). McLynn habla sobre la peste ocurrida en aquella época y que mató a 18 millones de personas, cifra que parece algo exagerada. Entre las personas fallecidas se encontraría el Emperador mismo. En nuestros días, el libro de las Meditaciones ha lanzado a la fama a Marco Aurelio, y puede decirse que es el padre de las guías de autoayuda y de la psicología popular. La modernidad de este texto, probablemente subyace, en que nos ofrece un dilema entre el hombre y el "dios" a cargo del Imperio Romano. McLynn dice del texto que es un

trabajo literario de primer orden, a caballo entre las *Confesiones* de San Agustín y los *Pensamientos* de Pascal y cuando se lee se observa una modernidad ausente en otras obras tan antiguas. No hay muchos datos sobre la creación de las Meditaciones, pero pudieron ser escritas en la Campaña frente a los Germanos.

Libro I:

1. *De mi abuelo Vero: el buen carácter y la serenidad.*

2. *De la reputación y memoria legadas por mi progenitor: el carácter discreto y viril.*

3. *De mi madre: el respeto a los dioses, la generosidad y la abstención no sólo de obrar mal, sino incluso de incurrir en semejante pensamiento; más todavía, la frugalidad en el régimen de vida y el alejamiento del modo de vivir propio de los ricos...*

11. *De Frontón: el haberme detenido a pensar cómo es la envidia, la astucia y la hipocresía propia del tirano, y que, en general, los que entre nosotros son llamados «eupátridas», son, en cierto modo, incapaces de afecto.*

13. *De Catulo: el no dar poca importancia a la queja de un amigo, aunque casualmente fuera infundada, sino intentar consolidar la relación habitual; el elogio cordial a los maestros, como se recuerda que lo hacían Domicio y Atenódoto; el amor verdadero por los hijos.*

Libro II:

2. *Esto es todo lo que soy: un poco de carne, un breve hálito vital, y el guía interior. ¡Deja los libros! No te dejes distraer más; no te está permitido. Sino que, en la idea de que eres ya un moribundo, desprecia la carne: sangre y polvo, huesecillos, fino tejido de nervios, de diminutas venas y arterias. Mira también en qué consiste el hálito vital: viento, y no siempre el mismo, pues en todo momento se vomita y de nuevo se succiona. En tercer lugar, pues, te queda el guía interior. Reflexiona así: eres viejo; no consientas por más tiempo que éste sea esclavo, ni que siga aún zarandeado como marioneta por instintos egoístas, ni que se enoje todavía con el destino presente o recele del futuro.*

14. *Aunque debieras vivir tres mil años y otras tantas veces diez mil, no obstante recuerda que nadie pierde otra vida que la que vive, ni vive otra que la que pierde. En consecuencia, lo más largo y lo más corto*



confluyen en un mismo punto. El presente, en efecto, es igual para todos, lo que se pierde es también igual, y lo que se separa es, evidentemente, un simple instante. Luego ni el pasado ni el futuro se podría perder, porque lo que no se tiene, ¿cómo nos lo podría arrebatar alguien? Ten siempre presente, por tanto, esas dos cosas: una, que todo, desde siempre, se presenta de forma igual y describe los mismos círculos, y nada importa que se contemple lo mismo durante cien años, doscientos o un tiempo indefinido; la otra, que el que ha vivido más tiempo y el que morirá más prematuramente, sufren idéntica pérdida. Porque sólo se nos puede privar del presente, puesto que éste sólo posees, y lo que uno no posee, no lo puede perder.

Libro VII:

La perfección moral consiste en esto: en pasar cada día como si fuera el último, sin convulsiones, sin entorpecimientos, sin hipocresías.

Como se ve es un libro para leer con placer y releer despacio.

And the winners are...

Francesc Marco (Microbiología Hospital Clínic, Barcelona), Inmaculada López Hernández (Hospital Cruz Roja "Victoria Eugenia", Sevilla). Pedro Antequera Rodríguez (Hospital de San Juan. Alicante).

NOTA DE LA REDACCIÓN

Un año más, el Boletín de Noticias se despide hasta septiembre. Todos los que participamos en su realización os esperamos después de las vacaciones y confiamos en que después de este periodo acudaís a nuestra cita mensual. Hasta entonces, os deseamos un verano agradable, lo más relajado posible, y que la lectura y el cine os acompañen.



PUBLICACIONES RECIENTES

Neumonía por el virus de la gripe pandémica (H1N1) 2009 en población adulta española

La aparición de un nuevo virus de la gripe, hace algo más de dos años, puso en alerta a todos los gobiernos del mundo y a la comunidad científica internacional. Se difundieron noticias preocupantes en las que incluso, se presagiaba un panorama apocalíptico. Finalmente, gracias a la "bondad" del virus, al esfuerzo de las instituciones gubernamentales y de los profesionales sanitarios, y con la colaboración ciudadana; las previsiones no se cumplieron. Durante las diferentes pandemias de gripe, la neumonía siempre ha sido la principal complicación y la responsable del incremento de la morbilidad y mortalidad de la infección. En la pandemia de 2009, la proporción de pacientes con neumonía fue variable, y según los datos publicados osciló entre el 23% y el 66%, siendo destacable el elevado porcentaje de pacientes que requirieron ingreso en la UCI. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de la neumonía producida por este nuevo virus, así como su evolución posterior no está suficientemente documentada. En este sentido, y con objeto de contestar algunas de las preguntas existentes al respecto, acaba de publicarse un estudio prospectivo español, realizado en 13 hospitales, que recoge los datos de una cohorte de 585 pacientes adultos (mediana de edad 40 años) diagnosticados de infección por el nuevo virus de la gripe pandémica (H1N1) 2009 y que fueron hospitalizados entre junio y noviembre del año 2009. En la población objeto de estudio, se realizó una radiografía de tórax a 542 pacientes, constatándose que 234 (43,1%) tenían neumonía. De éstos, 174 (73%) padecían una neumonía viral primaria y 36 (17%) desarrollaron con posterioridad al ingreso, una neumonía bacteriana concomitante o secundaria producida, principalmente por *Streptococcus pneumoniae* (26 de 36 pacientes), microorganismo frente al cual no estaban vacunados. De los 174 pacientes con neumonía viral primaria, solo 22 (14,8%) de los 149 pacientes de los cuales se tenían

datos epidemiológicos, habían recibido la vacuna frente al virus de la gripe estacional. La neumonía incidió principalmente en los adultos jóvenes previamente sanos y sin comorbilidad asociada, aunque en algún caso la historia clínica reflejó tabaquismo o consumo excesivo de alcohol. En el análisis de la multivariante, la ausencia de comorbilidad fue un factor de riesgo independiente (OR 2,07) de la existencia de neumonía. Sin embargo, la duración de los síntomas previos a la hospitalización fue mayor en los enfermos con neumonía. Al ingreso los síntomas más frecuentes fueron: disnea, taquipnea, dolor torácico de características pleuríticas, diarrea, hipotensión arterial y alteración del nivel de conciencia. En cuanto a las pruebas bioquímicas, caben destacar la leucopenia, hiponatremia, elevación de la proteína C reactiva y la alteración de las enzimas hepáticas y la lactato deshidrogenasa (LDH). Respecto a los hallazgos radiológicos, existía afectación pulmonar bilateral en el 48,3% de los casos y derrame pleural en el 9%. En los pacientes con neumonía viral primaria se observaron solo infiltrados intersticiales bilaterales en el 29,2%, mientras que en la neumonía bacteriana secundaria o concomitante la característica destacable fue la afectación alveolar (38,9%). Se hallaron infiltrados alveolares multilobares en el 32,7% de los pacientes con neumonía viral primaria y en el 13% de los que presentaron una coinfección bacteriana. En los pacientes con neumonía, la estancia media hospitalaria fue mayor que la encontrada en los pacientes que no la padecían (7 días frente a 5 respectivamente; $p < 0.001$) y tuvieron mayor riesgo de desarrollar complicaciones, tales como shock, infecciones nosocomiales y complicaciones cardíacas (insuficiencia cardíaca, arritmia, síndrome coronario agudo), así mismo requirieron con más frecuencia ingresar en una UCI y recibir ventilación mecánica. La mortalidad encontrada en esta serie es del 5,2% y solo se ha registrado en los pacientes con neumonía (12/234). El fallecimiento se produjo, aproximadamente, en los 11,5 días posteriores al ingreso. En cuanto a la influencia del tratamiento antivírico, la aparición de neumonía fue mayor cuanto mayor fue el tiempo transcurrido entre el



inicio de los síntomas y la administración de oseltamivir (≤ 2 días 20,4%; 3-5 días 32,7% y ≥ 6 días 60,7%; $p < 0.001$). El análisis de la multivariante confirma que la administración del inhibidor de la neuraminidasa dentro de las primeras 48 horas de aparición de los síntomas tiene un efecto protector frente al desarrollo de neumonía (OR 0,29). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que recibieron corticosteroides.

Como conclusión del trabajo, los autores señalan que la neumonía es una complicación frecuente en los pacientes hospitalizados debido a la infección por el virus de la gripe pandémica (H1N1) 2009 y según sus datos, más del 60% desarrollaron una neumonía viral primaria. La mortalidad de los pacientes ingresados es baja y ocurre fundamentalmente en los pacientes con neumonía. Se estima, que la administración precoz de oseltamivir protege del desarrollo de esta complicación.

Bibliografía relacionada:

-Viasus D, et al. Pneumonia complicating pandemic (H1N1) 2009. Risk factors, clinical features, and outcomes. *Medicine (Baltimore)* 2011; 90:328-36.

Comentado por Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Madrid)

NOTICIAS

• JUNTA DIRECTIVA

-Se aprueba un cambio en la normativa de concesión de ayudas que especifica la obligación de declarar si se dispone de financiación adicional para el mismo fin. Los solicitantes presentarán una declaración jurada en la que especificarán si disponen o no de otras ayudas, públicas o privadas. En aquellos casos en que se tenga constancia de esta ayuda adicional, se hará una evaluación individualizada, siendo responsabilidad final de la decisión en cuanto a la concesión de la ayuda y en cuanto a su cuantía a la JD de SEIMC. Las nuevas bases están disponibles en el apartado [BECAS Y AYUDAS](#) de la página web de la Sociedad.

-Se acepta la propuesta del Dr. Miguel Montejo Baranda de proponer al Dr. Guillermo Quindós Andrés como presidente

del Comité Científico del XVI Congreso de la SEIMC que se celebrará en Bilbao.

-Se concede una ayuda SEIMC solidaria a la Fundación para la Promoción y Desarrollo de Bangassou, para la construcción de una maternidad en Bangondé (Bangassou, República Centroafricana).

FORMACIÓN CONTINUADA

• PATROCINIOS SEIMC

-Curso: "Curso de Enfermedades Importadas: de la medicina del viajero a la patología del inmigrante". Dirigido por el Dr. José Muñoz Gutiérrez (Servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional del Hospital Clinic. Barcelona). La primera edición de este curso pretende abordar las principales entidades clínicas de relevancia en patología infecciosa importada, tanto del viajero como del inmigrante. Se celebrará en Barcelona del 21 al 25 de noviembre en horario de tarde (15-19,30 horas). El importe de la matrícula es de 200 euros. Más información de la actividad en la dirección: <http://www.isglobal.es>

-Curso. "Clinical, Diagnostic and Therapeutic Aspects of Opportunistic Protozoal Infections". Dirigido por la Dra. Miriam Alvarez (Servicio de Microbiología. Hospital Clinic, Barcelona). Se ha celebrado durante los días 6 al 9 de septiembre en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

• IV CURSO GEIH

El Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria (GEIH) organiza del 5 al 8 de octubre, en Barcelona, el "IV Curso sobre infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria". Curso presencial e intensivo dirigido a profesionales sanitarios en formación o en los primeros años de actividad profesional que estén interesados en este tipo de infecciones. Los objetivos de la actividad, acreditada con 2,3 créditos, abarcan aspectos teóricos y prácticos. Por una parte, se pretende ofrecer una formación teórica en temas relacionados con la vigilancia, prevención, control y tratamiento de este tipo de infecciones, y paralelamente se desea que todos los asistentes obtengan los conocimientos prácticos necesarios para poder llevar a cabo las tareas básicas de control de las infecciones relacionadas con la



asistencia sanitaria en los diversos tipos de hospitales en los que puedan ejercer. El número máximo de alumnos es 50 y el importe de la matrícula es 500 euros. Es necesario realizar una preinscripción enviando *Curriculum vitae* a cursosgeih@gmail.com. La fecha límite para realizar este primer registro ha finalizado el 5 de septiembre de 2011. Los interesados pueden obtener toda la información sobre el curso en: <http://www.aymon.es/4cursosgeih/>.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

No cabe duda, desde hace tiempo teníamos ganas de verla y ¡cómo son las cosas! ¡La encontramos este verano en *YouTube* (<http://www.youtube.com/watch?v=nCADljqHJ44>). Estábamos interesados en ella porque pertenece al género médico y al subgénero de las enfermedades infecciosas. Nos estamos refiriendo a la película yugoslava, *Variola Vera* (1982) de Goran Markovic, que recreó el último brote de viruela que azotó al continente europeo en el ya lejano 1972. Todo comienza en un país árabe del Medio Oriente (un cartel en esta lengua ubica la acción). Un hombre, tras el imprescindible regateo, compra una flauta a un sujeto del que, de pasada, se muestra que tiene la cara plagada de lesiones. A continuación, en el control de pasaportes del aeropuerto el espectador se da cuenta, por los comentarios de los policías, que el comprador es un musulmán que regresa de una peregrinación. El siguiente segmento narrativo presenta el hospital de Belgrado, sin grandes pretensiones por cierto e incluso cutre, donde se va a centrar el grueso de la acción. En el conviven los personajes. Un grupo de médicos formado por el director, un compañero de éste, una doctora cardiópata, un médico joven, una recién incorporada sobrina de un político y un conjunto de enfermeras, una de ellas liada con el director y que espera, inútilmente claro, que se divorcie, y otra que contagia una gonorrea a un paciente que iba a ser dado de alta. Entre los enfermos destacan un niño con inmunodeficiencia y un joven enfermo, ambos internados en una sala común. Salpica la acción un señor de mantenimiento,

que se afana en arreglar la calefacción y una telefonista. En este escenario ingresa el peregrino bosnio, con mal estado general, fiebre y pústulas. Nadie sabe lo que tiene hasta que el director del hospital dice que es una reacción alérgica a la penicilina. El paciente sangra, va poniendo perdidas las paredes, suelos y dependencias, y por supuesto a todo aquel que le toca o lo toca. Tanto es así que se piensa que tiene una hemorragia digestiva y se plantean realizar una intervención quirúrgica, cosa que no se hace porque mantiene la tensión arterial. Nadie piensa que pueda tener una enfermedad infecciosa grave y que además requiera aislamiento. Por fin muere y la familia se niega a que se le haga la autopsia. En una reunión para analizar el caso, un antiguo superviviente de la viruela sospecha que la causa del fallecimiento es esta enfermedad y recomienda medidas drásticas. Los políticos le agradecen sus consejos y colaboración pero le comentan que solo es un caso sospechoso. Los peores presagios se confirman y un magistrado se ocupa del control. Establece que hay que encontrar a todos los que tuvieron contacto directo con el fallecido y aislarlos, además evitar que la información y los rumores sobre la posibilidad de una epidemia generen una atmósfera de pánico. El hospital se declara en cuarentena, el ejército lo rodea, se envían vacunas e inmunoglobulinas en número insuficiente, que en parte son sustraídas por el director para su uso particular. Éste, ante la situación, permanece aislado en su despacho de una forma indigna. Hay muertos, entre ellos la amante del director, el niño y el encargado de la calefacción. Los cadáveres se eliminan de forma segura. El político intenta sacar a su sobrina que al final descubre su vocación y se queda. El único contacto con el exterior es un epidemiólogo que embutido en un aterrador traje blanco, de seguridad biológica, atiende a los internados en el hospital. Informa que es una forma grave de viruela, que la mortalidad es del 60% y que afecta, sobre todo, a inmunodeprimidos, no vacunados y ... Y así algunas subtramas más, como la que refleja que la población tiene que ser informada, incluso en un país comunista. Al final el brote es controlado. "*La epidemia cesa*".



Respecto a la pregunta del verano, no hacía falta ni un solo día para contestar que la respuesta era: “7 mujeres”. Realmente fantástica e imprescindible.

“Necesito calor para preparar mis instrumentos”, quirúrgicos, se sobreentiende. ¿A qué película pertenece esta frase?

¡Bienvenidos al mundo postvaccional!

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Que famoso escritor escribió?:

¡Es el cólera morbo, amigo! ¡Es el más formidable desembarco de cólera asiático que se haya visto jamás! Eche otro trago — dijo tendiéndole el frasco—. Créame, soy médico.

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a jose.perezmolina@gmail.com. La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Que famosa escritora escribió?:

-¡ Es usted listísimo!- dijo la señora Fox-, Asbury, tienes fiebres de Malta. Volverá muchas veces, ¡pero no te matará!

Flannery O'Connor (1925–1964) ocupa uno de los lugares destacados de la literatura estadounidense del siglo XX. Autora de dos novelas, 32 relatos y diversos ensayos y reseñas, su obra se estudia en el contexto de la literatura sureña. No obstante, aunque sus personajes y el ambiente que describe son propios del sur, su obra trasciende el ámbito local y crea una ficción de alcance universal. Hija única de una acomodada familia de ascendencia irlandesa afincada en Georgia, siendo aún una niña se trasladó con sus padres a Milledgeville, lugar en donde su madre poseía una granja. En 1946 fue aceptada en el prestigioso máster de creación literaria de la Universidad de Iowa y fue allí donde presentó sus primeros cuentos, escritos y presentados como trabajo final del citado máster. En ese tiempo había empezado a trabajar en *Wise Blood*, su

primera novela, que obtuvo el premio Rinehart. Consiguió entonces una beca para trabajar en la elaboración final de esta novela, y se afincó en la colonia de escritores de Yaddo, donde conoció al poeta Robert Lowell. Más adelante, se trasladó a vivir a Nueva York. En 1951 se le diagnosticó un lupus, enfermedad que también padeció su padre, y a consecuencia de la cual la escritora falleció 14 años más tarde. Por motivos de salud, regresó a Milledgeville, donde vivió hasta su muerte. En el último tramo de su vida se trasladó a la granja “Andalucía” en la cual pudo dedicarse a la escritura mientras era cuidada por su madre, la cual le ocultó su enfermedad por un breve periodo de tiempo.

Entre su obra destacan sus dos novelas: *Sangre sabia* (*Wise Blood*, 1952), con la cual le llegaría el reconocimiento de la crítica y el público y que fue adaptada al cine por John Huston en 1979, y su segundo título *Los violentos lo arrebatan* (*The Violent Bear It Away*, 1960), así como 31 relatos breves, recogidos en dos libros: *Un hombre bueno no es fácil de encontrar* (*A Good Man Is Hard To Find*, 1955) y la obra póstuma *Todo lo que asciende tiene que converger* (*Everything That Rises Must Converge*, 1965).

Incluida en la literatura sureña, dentro del movimiento denominado gótico sureño, junto a William Faulkner, Katherine Anne Porter o Eudora Welty, su obra se distingue por su perspectiva católica, con temática cercana a otros escritores católicos como Evelyn Waugh o Graham Greene. No obstante, O'Connor siempre consideró sus modelos a Edgar Allan Poe, Nathaniel Hawthorne, Henry James y Joseph Conrad. En sus libros, refleja su enfermedad del cuerpo pero también del espíritu y la difícil relación que tenía con su madre. Los personajes de sus obras transitan entre la perversidad y la locura, y todos están marcados por el sufrimiento. (Brad Gooch. *Flannery, A life of Flannery O'Connor*. Little Brown). *The enduring chill* (*El escalofrío interminable*), la pregunta y el cuento de este mes incluido en el libro *Cuentos Completos* (Ed. Lumen, traducción de Marcelo Covián, Celia Filipetto y Vida Ozores, con prólogo de Gustavo Martín Garzo), es el paradigma de la escritura de Flannery. El protagonista, debido a una misteriosa enfermedad de la que cree



va a morir y que después se sabe que es una brucelosis, tiene que viajar desde Manhattan, donde reside, hasta a su casa situada en el Sur:

Dr. Block: "Undulant fever ain't so bad, Azzberry...It's the same as Bang's in a cow". "He must have drunk some unpasteurized milk up there", he hears his mother sigh as they leave the room.

Al final del cuento, el protagonista, esperando morir, se encuentra postrado en la cama mirando al techo de su habitación que simboliza la diana de la divinidad: *"El pájaro fiero que en los años de su niñez y en sus días de enfermedad estaba suspendido sobre su cabeza, esperando misteriosamente, pareció adquirir de golpe movimiento. Asbury palideció y el último velo de ilusión quedó roto por un torbellino que bailoteaba ante sus ojos. Comprendió que durante el resto de sus días, frágiles y atormentados pero interminables, viviría ante un terror purificador. Un grito ahogado, una última e imposible protesta, escapó de sus labios. Pero el Espíritu Santo, blasonado en hielo en lugar de fuego, siguió descendiendo implacable"* (The Times Literary Supplement, 11 november 2009).

Siete años antes de escribir este cuento, cuando tenía 25 años, había retornado a su casa debido a su enfermedad, por lo que el personaje de Asbury está inspirado en su propia vida. El cuento no deja de ser también un detallado repaso a la sintomatología de la brucelosis y su origen, siendo la leche sin pasteurizar el vehículo de transmisión:

"El tren en que venía Asbury paró de tal modo que la puerta del vagón quedó justo donde su madre lo esperaba".

"Debía de hacer mucho frío allá arriba- dijo ella-. ¿Por qué no te quitas el abrigo? Aquí no hace frío".

"Había tenido cierta noche un escalofrío, al que siguió un sudor intensísimo que dejó las sábanas empapadas...y unos dolores de cabeza vagos e interminables."

"Tengo fiebre y escalofríos, y estoy mareado; lo único que quiero es que me dejes en paz".

"Entonces sacó una jeringuilla, empezó a buscar la vena y, tarareando un himno, hundió la aguja. Asbury yacía allí, con la

mirada indignada y rígida, mientras la intimidad de su sangre era invadida por aquel idiota... La sangre no miente- La vertió en un frasco, lo tapó y lo metió en su maletín".

"A la tarde siguiente, cuando él y Randall estaban en el establo llenando las cántaras de leche fresca, había cogido el bote de mermelada vacío con el que bebían los negros y, en un arranque de inspiración, lo había llenado de leche tibia y lo había bebido hasta la última gota".

"Mientras estaba allí sentado, sintió el comienzo de un nuevo escalofrío, como si la muerte ya le agitara juguetona los huesos..."

"Despertó con un escalofrío y descubrió que la cama estaba empapada por un sudor nocturno, y cuando se incorporó, temblando en la oscuridad se dio cuenta de que no faltaban muchos días para el final".

"¡Adivina lo que tienes, cariño- gritó ella, y su voz penetró en Asbury con la fuerza de un disparo. Block ha encontrado ese bichito".

Hasta su muerte, nuestra autora siguió escribiendo sobre profetas, asesinatos en masa, santos salvajes, chicos idiotas, xenófobos o racistas, todos ellos personajes que componen el universo de Flannery O'Connor (London Review of Books 23 July 2009).

And the winners are...

Pablo Ucio Mingo (Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid). Inmaculada López Hernández, Hospital Cruz Roja "Victoria Eugenia". Sevilla. Ricardo Villa-Real (Hospital "San Juan de la Cruz". Úbeda. Jaén). Rosa A Dulanto (Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina), Amaya Biurrun Sarralde (Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo). Francesc Marco (Servicio de Microbiología. Hospital Clínic, Barcelona). M^a Elena Sabanés Maristany.



PUBLICACIONES RECIENTES

Tuberculosis del sistema nervioso central en pacientes inmunodeprimidos: VIH y trasplantados de órganos sólidos

En los últimos años, parece haberse producido, en nuestro entorno, un descenso en el número total de casos de tuberculosis (TB), a expensas fundamentalmente de la disminución de la TB pulmonar; sin embargo esta reducción está siendo más lenta en las formas extra-pulmonares (pleural, linfática, genitourinaria, etc.), y en determinados grupos de población, como son los infectados por el VIH y los pacientes que han recibido un órgano sólido (TOS). Dentro de la TB extra-pulmonar, la presentación más grave es la que afecta al sistema nervioso central (SNC), principalmente en forma de meningitis, tuberculoma o absceso, debido a su elevada mortalidad y a las importantes secuelas neurológicas que conllevan, sobre todo si no se establece un diagnóstico y un tratamiento precoz. Se estima que la afectación del SNC ocurre en el 1% de las personas con TB; así, por ejemplo, en una reciente publicación española sobre TB, las formas extra-pulmonares representaron el 32,6% de todos los casos, y de éstas, la afectación meníngea el 4,1%, lo que representa el 1,34% del total (*García-Rodríguez JF*). Entre los pacientes con TOS, el riesgo de adquirir una TB puede oscilar entre 20-74 veces según las diferentes series, por otra parte, entre los pacientes con infección por el VIH y con TB, el riesgo de desarrollar afectación del SNC se eleva hasta 5 veces. Recientemente se ha publicado una revisión sobre TB del SNC en pacientes inmunodeprimidos (VIH y TOS), en donde se describe fundamentalmente la meningitis, y en menor medida el tuberculoma y el absceso tuberculoso (*Nelson CA y Zunt JR*). En la meningitis tuberculosa es frecuente la existencia de fiebre, vómitos y disminución del nivel de conciencia, e incluso hasta afectación de los pares craneales VI y VII. En la mayoría de las ocasiones, el inicio del cuadro clínico es insidioso y, por tanto, es preciso estar alerta y mantener un elevado índice de sospecha. Por ejemplo, sólo el 15% de los pacientes VIH positivos tienen la triada clásica de fiebre, cefalea y signos meníngeos. Hay que tener en cuenta que

entre los pacientes con infección por el VIH, cuanto mayor es el grado de inmunodepresión mayor es la probabilidad de padecer una TB, y entre los pacientes con TOS, el tratamiento con muronomab-CD3 (OKT3) o anticuerpos anti-células T puede ser determinante, aunque no ocurre lo mismo con el uso de ciclosporina, tacrolimus o azatioprina. En este artículo se comentan las principales formas de presentación de TB del SNC y se revisan las pruebas de diagnóstico, tanto microbiológicas, bioquímicas y hematológicas como de imagen, aportando la sensibilidad y especificidad en cada caso. Es importante señalar, que entre las pruebas diagnósticas a realizar se encuentran: la radiografía de tórax, la prueba tuberculínica y la tinción de ácido alcohol- resistencia y cultivo en el esputo. No obstante, el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) es el método de referencia. La presencia de pleocitosis (a veces ausente en pacientes VIH) con predominio de linfocitos, nivel de proteínas > 40 mg/dl, una relación de glucosa en LCR/suero < 0,6 y una presión de apertura > 20 cm de H₂O son altamente sugestivas de meningitis tuberculosa. El procesamiento de tres muestras de LCR aumenta la sensibilidad de la tinción (visualización de bacilos ácido alcohol resistentes) del 37% al 87%, así como el porcentaje de cultivos positivos, el cual aumenta hasta el 83% frente al 52% en el caso de estudiar solo una muestra. En cuanto a la PCR del LCR, la sensibilidad varía según los criterios diagnósticos y si la administración previa de fármacos antituberculosos. Los niveles de adenosina desaminasa (ADA) > 8 U/L tienen una sensibilidad del 59% y una especificidad del 96%. Para finalizar este apartado, un valor de IFN-gamma en LCR > 6,4 UI/mL tiene una sensibilidad del 70% y una especificidad del 94%, cifras que pueden incrementarse aún más si se asocian con las técnicas de biología molecular. En cuanto al tratamiento, se comentan los fármacos antituberculosos de primera y segunda línea comúnmente recomendados, así como los efectos secundarios (hepatotoxicidad) y las posibles interacciones medicamentosas con otros fármacos que suelen administrarse en el tratamiento de la infección por el VIH (rifamicinas e inhibidores de la proteasa) y en



el TOS (rifampicina y ciclosporina). En otro apartado se muestran los regímenes iniciales (4 fármacos) para el tratamiento de la TB del SNC en pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos y se comentan las consideraciones particulares para el VIH y TOS, así como la terapia inicial en el caso de TB multirresistente, en ambos escenarios. Se acepta el uso de corticoides (dexametasona, prednisolona) para todos los pacientes con tuberculoma, meningitis y radiculomielitis tuberculosa, con el objeto de reducir la mortalidad y las secuelas neurológicas. En los pacientes con infección por el VIH y TB no hay consenso sobre cuándo debe iniciarse el tratamiento antirretroviral. La mayoría de los autores señalan que no debe empezarse antes de las 2-4 semanas, para evitar la aparición de un síndrome de reconstitución inmune (SRI) que puede amenazar la vida del paciente (mayor probabilidad si $CD4 < 50/mm^3$ y caída rápida en la carga viral plasmática del VIH). La intensificación y prolongación del tratamiento con corticoides puede salvar la situación.

Bibliografía relacionada:

- García-Rodríguez JF, *et al.* Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011;29:502-9.
- Nelson CA, Zunt JR. Tuberculosis of the central nervous system in immunocompromised patients: HIV infection and solid organ transplant recipients. *Clin Infect Dis* 2011;53:915-26
- Pérez JL, *et al.* Microbiología del trasplante. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; 29:683-90
- Fortín J, *et al.* Changes in the epidemiology of tuberculosis: the influence of international migration flows. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; 29:654-9.

Comentado por Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Madrid).

Vacuna MVA-B frente al VIH

Desde el principio de la epidemia la búsqueda de una vacuna frente a la infección por el VIH se ha considerado como uno de los principales objetivos de investigación en este terreno. Tras muchos años con intentos muy desalentadores, hace 2 años se comunicaron los primeros datos

esperanzadores en los que una vacuna, que utilizaba como vector un canary-pox virus junto con un boosting de una proteína recombinante, conseguía una protección del 31% entre la población vacunada frente a los que recibieron placebo. Recientemente se han publicado los primeros resultados en Fase I de un candidato a vacuna frente al VIH desarrollado en España.

El vector ha sido desarrollado durante más de 10 años por el Dr. Mariano Esteban en el Centro Nacional de Biotecnología del CSIC. Dicho vector se basa en una modificación del virus de la vacuna Ankara, que se utilizó durante el siglo XX para erradicar la viruela. Este virus ha sido convenientemente manipulado para que exprese proteínas del VIH subtipo B (MVA-B). En concreto, el vector lleva genes de VIH insertados que expresan proteínas de la envuelta (gp120) y una poliproteína Gag-Pol-Nef. En estudios preclínicos, dicho vector indujo una respuesta inmune en ratones que fue considerada como adecuada, tanto en amplitud como en duración. Un vector de características parecidas, pero expresando proteínas de SIV produjo una respuesta similar en macacos. Estos resultados llevaron a probar su seguridad y eficacia en humanos dentro de un ensayo clínico en Fase I y que son los que han sido recientemente publicados.

El ensayo se realizó en los hospitales Gregorio Marañón de Madrid (Dr. Juan Carlos López Bernaldo de Quirós) y Clinic de Barcelona (Dr. Felipe García). En él se incluyeron 30 voluntarios, no infectados por VIH que se aleatorizaron a recibir la vacunación (n=24) o un placebo (n=6), de similares características pero sin el vector, por vía intramuscular en las semanas 0, 4 y 16. Aunque el objetivo primario del estudio era la seguridad; antes, durante y hasta la semana 48 se realizaron extensos estudios inmunológicos para valorar la respuesta inmune frente a la vacuna.

Desde el punto de vista de la seguridad fue frecuente el desarrollo de algún acontecimiento adverso relacionado con la vacunación a lo largo del estudio. Sin embargo, fueron considerados como similares a los de cualquier otro tipo de



vacunación (ligeras molestias locales, febrícula, etc) y no hubo ningún acontecimiento adverso de grado 3 ó 4 relacionado con la vacunación.

Desde el punto de vista inmunológico el 75% de las personas vacunadas presentaron algún tipo de respuesta celular medida por ELISPOT frente a alguna de las proteínas de la vacuna. Esta respuesta se incremento tras cada inmunización, especialmente después de la 3ª dosis, y en el 48% persistía incluso en la semana 48. La respuesta frente a proteínas de la envuelta fue mayor que frente a las restantes y el 46% presentaron respuesta frente al menos dos de las proteínas de la vacuna. Por el contrario, no hubo respuestas significativas en el grupo control. La mediana de SPF (spot forming cells)/106 PBMC varió entre 139 en la semana 8 y 288 en la semana 18. Una vez mas la mayor magnitud fue contra la envuelta (474 SFC/106PBMC). Las respuestas CD4+ frente a los antígenos utilizados fueron principalmente dirigidas a la proteína de la envuelta; mientras que las respuestas CD8+ estaban uniformemente distribuidas entre los diferentes antígenos utilizados. Dos semanas después de la última vacunación, el 95% de los vacunados presentaban anticuerpos frente a la gp160 y el 33% produjeron anticuerpos neutralizantes con un título > 1/90.

En conclusión, la vacuna MVA-B puede considerarse como segura y con una buena inducción de respuestas inmunitarias, tanto celulares como humorales. Estos datos justifican su futura exploración como un potencial candidato a vacuna frente a VIH.

Bibliografía:

- García F, Bernaldo de Quiros JCL, Gomez CE, et al. Vaccine 2011;29:8309-16
- Gomez CE, Najera JL, Perdiguero B, et al. J Virol 2011;85:11468-78

Comentado por Equipo editorial del Boletín.

FORMACIÓN CONTINUADA

PATROCINIOS SEIMC

- VI Encuentro Nacional de Expertos en Infección Fúngica. Director Responsable Albert Pahissa Berga. Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Vall

d'Hebron de Barcelona. Barcelona, jueves 1 de Diciembre de 2011

- Máster en Gestión de los programas de prevención, vigilancia y control de las infecciones relacionadas con el sistema sanitario. Febrero 2012-febrero 2014. Universitat de Barcelona. Instituto de Formación continua. www.il3.ub.edu.

- XI MASTER DE SIDA de la Universidad de Barcelona (Cursos académicos 2011-12 y 2012-13). DIRECCIÓN: José M. Gatell, José M. Miró, Josep Mallolas, Tomàs Pumarola. ORGANIZACIÓN: Departament de Medicina. Universitat de Barcelona; Servei d'Infeccions I Servei de Microbiologia del Hospital Clínic – IDIBAPS de Barcelona.

ANUNCIOS

- Del 4 al 7 de septiembre de 2012 tendrá lugar en Madrid (Facultad de Medicina, de la Universidad Complutense), el 15th Annual Meeting of the European Society of Clinical Virology (<http://www.escv2012madrid.com>).

- Como en años anteriores, el ECDC promueve el Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos en toda Europa. Esta jornada se celebrará el 18 de Noviembre.

<http://ecdc.europa.eu/es/eaad/Pages/Home.a.spx>.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

En los últimos años han existido brotes de infecciones vírales que hicieron volver los ojos a la gripe de 1918 y temer lo peor. Afortunadamente, el síndrome respiratorio agudo y grave, abreviadamente conocido por SARS tuvo una difusión limitada y se controló, asimismo la nueva variante del virus de la gripe H1N1 2009 fue menos de lo esperado. Otros virus, tanto o más mortales, no han acabado de despegar por su limitada transmisibilidad entre humanos, pero la amenaza es real y está aquí, al lado, en los virus animales. El tema suscita interés en la población y la industria cinematográfica ha respondido con la producción de películas sobre epidemias producidas por virus, bien



reales o ficticios, generalmente más próximas al género de terror que al médico-divulgativo. No es fácil triunfar en este tema y un ejemplo de acierto “en la diana cinematográfica y sanitaria”, es *Contagio/Contagion* (2011) de Steven Soderbergh. Este filme no cuenta una realidad, sino una ficción posible y bien documentada científicamente. Por ello creemos que pertenece al género sanitario, al de las enfermedades infecciosas, al de las epidemias y no al de terror o “Thriller” como señalan muchas fuentes. Posiblemente el guionista se ha inspirado en las infecciones producidas por los virus mencionados anteriormente y en las ocasionadas por agentes más exóticos como el Hendra o el Nipah (virus que han producido casos de infecciones respiratorias y encefalitis y cuyo reservorio está constituido por murciélagos frugívoros). La película narra una pandemia de rápido desarrollo, que se extiende como un reguero de pólvora, y producida por un virus desconocido que causa una encefalitis y presenta una mortalidad del 20 al 30%. Una buena noticia es que hay individuos no susceptibles. Se manifiesta por tos, disfagia, cansancio, mal estado general, dolor de cabeza, fiebre, tos, convulsiones con espuma por boca, coma,... y muerte. La gente muere en su casa, en la calle, en los hospitales y en los transportes públicos. Una forma de contar cinematográficamente una pandemia, es hacerlo día a día de forma expresa, mostrando cómo crece exponencialmente, tanto el número de afectados como el de zonas afectadas. El recurso permite presentar secuencialmente a los numerosos protagonistas, la reacción de la población en general y la de ciertos sectores en particular, a los políticos y a los vividores. El planteamiento geográfico de la extensión permite llevar al espectador hacia las víctimas potenciales que están en relación con el número de habitantes de las zonas a donde va llegando el virus. Estamos en el **día 2**, el **1** es un día que se guarda en la manga el guión. Beth Emhoff (Gwyneth Paltrow), una bella ejecutiva que regresa de Hong Kong, hace escala en el aeropuerto de Chicago y habla por teléfono con un viejo amor con el que acaba de tener un encuentro amoroso. La cámara se recrea en la tarjeta con la que paga la consumición. En Hong Kong un hombre con apariencia de estar muy enfermo

va a su casa. Las imágenes parecen que se paran en su mano agarrada a la barra del autobús, más tarde sale de su domicilio e irá contagiando por vía aérea a todo el que se pone a su alcance, incluidos los visitantes de un mercado. Finalmente, es arrollado por un camión. Durante el **día 3** una mujer fallece en Londres; la ejecutiva llega a Minneapolis (Minnesota), y en el automóvil que la conduce a su casa firma unos papeles. En su domicilio la reciben su esposo e hijo, al mismo tiempo, un hombre que acaba de llegar a Tokio en avión muere en un autobús. Todos tocan diversos objetos que la cámara resalta oportunamente. En el **día 4** hace su aparición el Dr. Ellis Cheever (Laurence Fishburne) que trabaja en el CDC de Atlanta. En San Francisco un periodista “freelance” intentará sacar provecho del brote y en Minnesota el hijo de la ejecutiva, enferma. El **día 5** es el de la muerte de Beth con diagnóstico de sospecha de meningitis o encefalitis, el médico que la atendió comenta a su marido que ha descartado algunas causas y que para poder saber la etiología deberá hacerse la autopsia. Poco más tarde muere su hijo. En el **día 6** entra en juego la OMS. Es un brote, aumentan los casos (10) y los muertos (2). En China se habla de cuarentena y aparecen las mascarillas y en Chicago muere el hombre con el que Beth había tenido relaciones, mientras a ella le practican la autopsia y encuentran detalles llamativos en su encéfalo. La Dra. Erin Mears (Kate Winslet) una epidemióloga del CDC entra en juego el **día 7**, busca un virus. Los casos crecen exponencialmente **día a día** y la solución no llega...

Los objetivos se centran en aislar y caracterizar el virus con el fin de intentar obtener una vacuna, algo que certeramente se señala se puede tardar mucho tiempo en conseguir y más en comercializar. Un segundo aspecto, no menos importante, es conocer la epidemiología y poner en marcha medidas de prevención y terapéuticas. Paralelamente aparecen los servicios secretos con sus miedos a estar delante de un agente utilizado como arma biológica, los sinvergüenzas que intentan sacar tajada de la situación, el poder de *internet*, la utilización de información privilegiada por los sanitarios... Situaciones todas posibles. Desde un punto de vista virológico el agente



tiene su origen en China, ¡cómo no!, concretamente en Hong Kong. Todo viene del gigante asiático, hasta los virus son últimamente “made in China”. Se muestra la recogida de la muestra y su cuidado procesamiento virológico en instalaciones de nivel de seguridad 4. También se trabajará con ellas en un laboratorio de nivel 3 pero dado el poder de transmisión y letalidad del virus se ordena que se destruyan las muestras, cosa que no se hace y gracias a lo cual se logra cultivar. Se presentan su características: morfología (redondo u oval), presencia de glicoproteínas), modelos tridimensionales y genética, parece un paramixovirus. Se descubre su interacción con sus receptores (llave-cerradura), que están en las vías respiratorias y en el SNC, su carácter quimérico. Es un virus que ha mutado y procede de un murciélago y un cerdo, y desespera la dificultad de su cultivo, sólo posible en una línea fetal del murciélago. El virus se transmite por vía respiratoria, a través de las manos y de los fómites. No es sensible a la ribavirina y un desaprensivo, el periodista, difunde que la *forsitia* controla la enfermedad. El número de pacientes llega a ser tan grande que se atienden en pabellones deportivos

En el control de una pandemia es fundamental el poner en marcha un plan de emergencia en el que participen profesionales de diferentes ámbitos y especialidades. El control en EEUU lo toma el CDC y a nivel mundial la OMS. Se aísla a los pacientes y a los contactos se los pone en cuarentena... Aparecen las mascarillas y se habla del riesgo de contagio a través de las manos. Es importante el distanciamiento social. Se busca su índice de contagio y el paciente cero. Una vez aislado el virus, las vacunas muertas no funcionan pero sí las atenuadas y la descubridora, para acortar el periodo de desarrollo se la inyecta a sí misma, a lo Barry Marshall. Se comienza a vacunar por vía intranasal y la situación poco a poco se va normalizando. El virus MEV-1 acaba, como otros mortíferos agentes, en nitrógeno líquido. ¿Pero de dónde vino? ¿Quién fue el paciente cero? **Día 1** un murciélago coge un plátano con su boca, se le cae en una pocilga y lo come un cerdo que es sacrificado. El cuerpo del animal llega a un restaurante y el chef que se ha manchado

con su sangre saluda, sin lavarse las manos, a la bella Beth Emhoff.

Volviendo a septiembre, *Sinuhe el egipcio/ The Egyptian* (1954) de Michael Curtiz es una decepcionante adaptación del “Best seller” homónimo de Mika Waltari, en ella el protagonista pronuncia antes de una intervención las palabras que el mes pasado pusimos a vuestra consideración.

Y para terminar, si habéis visto la película que hemos comentado, sin duda recordareis a qué era alérgica Beth Emhoff. En caso contrario os lo diremos en noviembre.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

“Los Einneman pueden cuidar de mí, y el domingo por la noche volverás como nuevo. Esta polio te está extenuando. Eso no es bueno para nadie”.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso escritor escribió?:

¡Es el cólera morbo, amigo! ¡Es el más formidable desembarco de cólera asiático que se haya visto jamás! Eche otro trago — dijo tendiéndole el frasco—. Créame, soy médico.

Jean Giono (1895 - 1970) escritor francés, cuya obra novelesca se desarrolla, en gran parte, en el ámbito campesino de la Provenza. Inspirado por su imaginación y su visión de la Grecia antigua, describe la condición humana frente a los problemas de la moral y la metafísica y tiene una relevancia universal. Jean Giono es más que el escritor regionalista que pueda pensarse. Autodidacta, fue amigo de Lucien Jacques, André Gide y Jean Guéhenno, entre otros. En vida fue considerado como uno de los escritores más grandes del siglo XX por personalidades tan notables como André Malraux y Henri Peyre. Su obra mezcla un humanismo natural con una violenta revuelta contra la sociedad del siglo XX, marcada por el totalitarismo y amenazada por la mediocridad. Los primeros libros tienen un



estilo muy lírico, muy diferente de las obras tardías más elaboradas y narrativas, como las *Crónicas novelescas* (*Chroniques romanesques*) y el ciclo del Húsar compuesto de cuatro libros: *Angelo*, *Le Hussard sur le toit*, *Le bonheur fou* y *Mort d'un personnage*. En cierto modo el personaje principal de los primeros libros es la naturaleza, mientras que en los siguientes es el hombre. Jean Giono fue soldado durante la primera guerra mundial, pero no trata directamente este período de su vida sino en *Refus d'obéissance*, muchos años después de sus primeras publicaciones. Sin embargo la guerra tiene una influencia muy fuerte a lo largo de su obra. Giono es un escritor imposible de clasificar, pero sin duda es un humanista y un pacifista. Fue al centro de movilización de Digne con el inicio de la segunda guerra mundial, pero fue arrestado el 14 de septiembre de 1939 por su pacifismo. Fue liberado y desmovilizado. Después, en septiembre de 1944, fue acusado de colaboración y arrestado de nuevo, aunque había proclamado su oposición al nazismo. Liberado en enero de 1945, no pudieron probar su culpabilidad. Sin embargo, esto fue motivo para la enemistad de una parte de los escritores franceses (fue excluido del Comité nacional de escritores), y no fue "rehabilitado" hasta el éxito de su novela *Le Hussard sur le toit*. Esta rehabilitación fue confirmada en 1953 con el premio del Príncipe Rainiero III de Mónaco al conjunto de su obra. Al año siguiente fue admitido en la Academia Goncourt. Nuestro autor murió de un infarto el 9 de octubre de 1970 y fue enterrado en Manosque. Los tres primeros libros de Jean Giono constituyen la trilogía de Pan (el dios griego): *Colline*, *Un de Baumugnes* y *Regain*. El dios Pan es una figura importante en sus libros y representa la naturaleza reunida en un ser único. Para Giono, la naturaleza es hermosa pero también cruel, destructora y purificadora: "el Hombre es parte de ella, pero ella no es el Hombre". Así, en *Le Hussard sur le toit*, la manifestación de la naturaleza es el cólera que devasta la Provenza y mata ciegamente sin preocuparse de la política que está agitando a los hombres. Podemos leer el libro traducido al español *El Húsar en el tejado* (Editorial Anagrama, Traducción: Francesc Roca). La acción se enmarca en el

año 1832, una epidemia de cólera asola la Provenza. La gente está aterrorizada, huye de sus casas; el ejército intenta controlar la enfermedad y arresta y pone en cuarentena a cualquiera que encuentra en los caminos. Un aire de pesadilla se ha apoderado de la región y los muertos se cuentan por cientos. Nadie sabe de dónde procede la epidemia y piensan que solo se detendrá cuando todos hayan caído. En medio de esa atmósfera de miedo, miseria y mezquindad, Angelo Pardi, un joven aristócrata italiano, coronel de húsares, emprende el regreso a su Piamonte natal. Angelo es miembro de los carbonarios que conspiran para lograr la independencia de su patria y hace unos años tuvo que abandonar su hogar después de matar en un duelo a un oficial austriaco. El piamontés tiene una misión, de la que de momento nada sabemos; sólo que debe encontrar a su gran amigo Giuseppe, también carbonario. En Manosque (que era la patria chica de Giono y un pueblo precioso de las montañas de Provenza), Angelo es acusado de envenenar las fuentes propagando la epidemia y se refugia en lo alto de los tejados, desde donde es testigo de los estragos del cólera, ayuda a una monja con los enfermos y acompaña a una joven, Pauline, de regreso a su hogar. Angelo y sus principios serán puestos a prueba por la miseria humana que alienta el cólera, enfermedad que funciona como una metáfora de la corrupción de los hombres a través de su egoísmo, el miedo, el odio y la pasividad de los personajes que pululan por esta novela. El autor describe magistralmente la muerte de los afectados por la enfermedad, el pánico a la misma y las medidas de cuarentena que no funcionan.

Si hay libros como *La Montaña Mágica* de Thomas Mann en la que la tuberculosis es una metáfora de la sociedad de su tiempo, *El húsar en el tejado* funciona quizás como la mejor metáfora del cólera y lo que hay detrás de la misma, es tanto el trasfondo como el protagonista del libro, y es de los pocos libros en los que la enfermedad cobra tanto protagonismo. La experiencia de las trincheras durante la guerra, familiariza a Giono con la muerte, de tal forma que en el libro el autor "frota la nariz del lector en detalles muy precisos de la muerte por la enfermedad" (*Times Literary Supplement* 19



January 1996). Mientras que el libro entero refleja la ética social de las epidemias, los capítulos 1, 2 y 13 tratan de la ética médica a través de cuatro médicos. Otros episodios tratan de la dinámica de buscar a un chivo expiatorio, la rebelión y las relaciones familiares. Son tantas las citas sobre el cólera: síntomas, complicaciones, anatomía patológica de la enfermedad o la cuarentena que lo mejor es leer este libro directamente ya que una parte importante está dedicada a la enfermedad. Giono fue admirador de Stendhal y puede decirse que se dejó influenciar por *La Cartuja de Parma*. Giono ha quedado en la historia como un escritor menor frente a Stendhal o Albert Camus quién pocos años después publicó "*La Peste*".

And the winner is

Lo siento amigos, no hay ningún acertante este otoño.



PUBLICACIONES RECIENTES**Infecciones víricas asociadas a terapias biológicas con anticuerpos monoclonales**

En los últimos años, la introducción de las llamadas terapias biológicas, la mayor parte de ellas con anticuerpos monoclonales específicos, ha revolucionado el tratamiento y la prevención de muchos procesos oncológicos, trasplantes y algunas enfermedades autoinmunes e inflamatorias. Sin embargo, y como consecuencia del efecto inmunomodulador que estas terapias producen sobre los linfocitos T o B, cada vez se describen con más frecuencia el aumento de infecciones graves asociadas con su administración. Este hecho, ocurre fundamentalmente entre las personas que reciben tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos frente a diferentes antígenos específicos, tales como el CD52 (alemtuzumab), CD20 (rituximab), factor de necrosis tumoral (TNF)- α (infiximab, etanercept, adalimumab, certolizumab pegol) y la integrina VLA-4 (natalizumab). Sirva de ejemplo, la incidencia global de infecciones graves en aquellas personas que recibieron más de dos dosis de rituximab, y que según los datos facilitados por el Grupo Español de Estudio BIOGEAS es de 226,4 casos por 1000 personas/año. Asimismo, es conocida la elevada probabilidad de reactivación de una tuberculosis latente entre los receptores de anti-TNF α . Los microorganismos relacionados con este tipo de infecciones son principalmente bacterias y hongos, pero también se han descrito infecciones virales, bien de nueva adquisición o debidas a una reactivación de procesos latentes. Por todo ello, la aparición de infecciones asociadas a la administración de estas terapias, constituyen un factor limitante para la aplicación de las mismas y suponen un motivo de estudio, así como de investigación de nuevas moléculas. En el número de diciembre de la revista *Clinical Microbiology and Infection* se presenta una mini-revisión de la influencia y repercusión del uso clínico de los anticuerpos monoclonales en las infecciones virales, especialmente las producidas por el virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC), herpesvirus y virus JC. Este artículo documenta que la reactivación de una

infección por el VHB durante el tratamiento con rituximab oscila entre el 25-39% y que el anti-TNF α (especialmente infiximab y adalimumab) puede producir una insuficiencia hepática aguda que puede acabar con la vida del paciente. Por estas razones, se recomienda investigar la existencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) en todos los pacientes candidatos a recibir terapias biológicas. En el caso de que este marcador sea positivo debería cuestionarse la administración de la terapia biológica y en aquellas situaciones en que sea inevitable su aplicación, se realice profilaxis con análogos de los nucleósidos/nucleótidos (lamivudina, tenofovir, entecavir), comenzando una semana antes del tratamiento y manteniéndola, al menos, 6-12 meses después de finalizada la inmunosupresión. En el caso de los pacientes infectados por el VHC, los tratamientos con infiximab y etanercept e incluso rituximab, parecen relativamente seguros, aunque se recomienda la monitorización protocolizada de las transaminasas y de la carga viral. Respecto a los fármacos anti-TNF α , se ha descrito que pueden dar lugar, con relativa frecuencia, a la reactivación de infecciones por los virus del herpes simple y virus varicela-zóster. Por ejemplo, en pacientes con artritis reumatoide tratados con adalimumab y etanercept, la incidencia de herpes zóster es de 11 casos/1000 pacientes/año y de 8,9 casos/1000 pacientes/año, respectivamente, y en algunos de ellos (13%) deben ser hospitalizados. Asimismo, el alemtuzumab debido a la profunda y prolongada (persistencia hasta un año después de su administración) linfopenia que produce, puede aumentar la incidencia de las infecciones producidas por el citomegalovirus (CMV), sobre todo en los primeros tres meses de tratamiento y con infección sintomática en el 18% de los casos. En estas situaciones, se aconseja la monitorización semanal de la antigenemia pp65 y/o la realización del ADN – CMV mediante técnicas moleculares. En caso de ser necesario, debería valorarse el tratamiento con ganciclovir o valganciclovir (14-21 días) hasta negativización de la carga viral del CMV. En pacientes sintomáticos, incluso



podría considerarse la retirada transitoria de alentuzumab o la profilaxis con antivirales. Respecto a rituximab, sólo cuando se asocia a fármacos quimioterápicos, existe mayor probabilidad de reactivación del CMV. Y continuando con los herpesvirus, en pacientes que reciben anti-TNF α se han descrito casos esporádicos de enfermedad linfoproliferativa relacionada con el virus de Epstein-Barr. Por último, merece especial consideración la aparición de una rara enfermedad desmielinizante como es la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) producida por la reactivación del virus JC, como consecuencia de la introducción de terapias con anticuerpos monoclonales (natalizumab, rituximab) utilizados para el tratamiento de la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, psoriasis o el lupus eritematoso sistémico. La LMP fue una enfermedad frecuente en los primeros años de la epidemia de sida (0,7 casos/1000 personas/año), pero disminuyó drásticamente tras la introducción del tratamiento antirretroviral, sin embargo, en los últimos años se está produciendo un repunte de dicha enfermedad en los pacientes tratados con estas moléculas. Por ejemplo, desde la introducción de natalizumab para el tratamiento de la esclerosis múltiple avanzada, la incidencia global de LMP es de 1,23 casos/1000 pacientes, aunque su presentación depende de la duración del tratamiento (1,87 casos/1000 pacientes si se administra más de un año o hasta 2,41 casos/1000 pacientes si es más de dos años). No obstante, y a pesar de las posibles complicaciones, los efectos beneficiosos del tratamiento con las terapias biológicas pueden superar, en gran parte, los riesgos asociados a su administración, aunque es necesario conocer mejor el riesgo/beneficio de estas moléculas, para poder mejorar su prescripción.

Bibliografía consultada:

- Gentile G, Foá R. Viral infections associated with the clinical use of monoclonal antibodies. Clin Microbiol Infect 2011; 17:1769-775
- Tavazzi E, Ferrante P, Khalili K. Progressive multifocal leukoencephalopathy: an unexpected complication of modern therapeutic monoclonal antibody therapies. Clin Microbiol Infect 2011;17:1776-780

- Cavallo R. The laboratory of clinical virology in monitoring patients undergoing monoclonal antibody therapy. Clin Microbiol Infect 2011;17:1781-785

Comentado por: Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Madrid).

FORMACIÓN CONTINUADA**• PATROCINIOS SEIMC**

- CASOS DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA.

Editor Juan Ignacio Alós. <http://www.f-soria.es/casos/>.

- Máster en aplicación y control de la terapéutica antimicrobiana hospitalaria. Curso 2012. Coordinadores del programa: Dr. Pere Saballs y Santiago Grau Cerrato. Hospital del Mar. Barcelona. www.uab.cat.

- Libro de Resúmenes del ICAAC 2011 (13ª edición). Editores: José María Miró, José Ramón Arribas, Manuel Cuenca Estrella y Julián de la Torre Cisneros.

- III Jornadas sobre infección nosocomial: Resistencias bacterianas en pacientes crónicos. Directores-Responsables: M^a Dolores Gil Aparicio, M^a Rosa Roca Castelló, Enrique Soria Romero. Hospital Dr. Moliner. Valencia.

<http://www.moliner.san.gva.es/castellano/inicio.htm>

BECAS**• BECA AGUSTÍN PUMAROLA**

- Se concede esta beca en su edición del año 2011 a la Dra. Gemma Sanclemente Juarros por el proyecto titulado: Estudio de la implicación de la lectina fijadora de manosa en el riesgo y evolución de la infección por citomegalovirus.

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

Tom (Gregory Peck) y Betsy Rath (Jennifer Jones) tienen tres hijos, dos niñas, Bárbara (Sandy Descher) y Janey (Portland Mason), y un niño, Pete (Mickey Maga). Si no fuera por los problemas económicos, el matrimonio



marcharía como la seda. Ella desearía cambiar de casa y disponer de una empleada de hogar pero el sueldo de funcionario de su marido no se lo permite. Cuando piensan que su suerte va a cambiar a causa de la herencia de una de sus abuelas, se encuentran con que ésta solo les ha dejado una vieja mansión. Por esa razón, Betsy presiona a su marido para que busque un trabajo mejor remunerado. Viven en Connecticut y Tom trabaja en Nueva York, así que diariamente toma el tren para ir y volver de la gran ciudad. El tren es testigo de gran parte de su vida. Es también en el tren donde recuerda una experiencia traumática que le ocurrió en la Segunda Guerra Mundial cuando siendo capitán tuvo que matar a un soldado alemán simplemente para conseguir su abrigo. Tom consigue un buen trabajo en una emisora y sigue recordando... A su mente viene el romance que mantuvo con una italiana en Roma y como mató accidentalmente a un amigo en la Guerra del Pacífico. Un día se encuentra a su antiguo sargento, que es ascensorista en su empresa, quien poco después le comenta que la chica de la que estuvo enamorado en Italia tuvo un hijo suyo. Su honradez le obliga a confesarse a su esposa y a comentarle que va a ayudar al chico. Esta es en esencia la sinopsis de *El hombre del traje gris/ The Man in the Gray Flannel Suit* (1956) de Nunnally Johnson que también fue el autor del guión que adaptaba la novela homónima de Sloan Wilson. Tanto la obra literaria como la película, nada más comenzar la narración, reflejan como Bárbara padece una varicela, que jugará un papel interesante en el film. Cuando Tom llega a casa acompañado de su esposa, que lo ha ido a recoger a la estación, los diálogos dejan claro en pocas líneas lo que es la enfermedad. – Pete: “¿Sabes una cosa papa?... Que Bárbara tiene la varicela y se nos va a pegar a todos”. – Tom: “¡Ah! No creo”. – Pete: “Pues mamá me lo ha prometido, ¿verdad, mamá?”. – Betsy: “Eso dice el doctor”... – Bárbara: “Tengo viruela”. – Tom: “Varicela hija. No lo pongas peor de lo que es... ¿Oye no te habrás pintado las manchas tu misma?”. – Bárbara: “De verdad que no. Mira las tengo por todo el cuerpo”... – Janey: “¿Va a morirse?”. – Tom: “Claro que no. La gente no se muere de varicela”. – Betsy (a Tom): “¿Has tenido tu varicela?”. –

Tom: “Yo lo he tenido todo” “¿Y tú?”. – Betsy: “Estoy intentando acordarme”. – Tom: “No lo intentarás mucho tiempo lo sabrás en un par de días”... Poco después Betsy cae enferma – Tom (le toma la temperatura oral): “Casi 39 ¿tienes alguna mancha?”. – Betsy: “Tengo una aquí (parte posterior del cuello) y otra en la pierna izquierda. Porque no lo habré tenido de niña como cualquier persona inteligente y razonable”... Y ahora volvamos al boletín de octubre. En *Contagio* (2008) cuando Beth Emhoff llega al hospital, su marido le comenta al médico que la atiende que su esposa es alérgica a la penicilina. Fácil ¿no? Y para finalizar, si se buscan detalles clínicos en las películas es necesario afinar el oído y aguzar la vista. El ejercicio de memoria visual que se os propone es francamente difícil; hay que recordar en qué película sobre la Segunda Guerra Mundial la protagonista, que se dedica a facilitar la huida de militares aliados de Francia, padece un herpes labial.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

Los propios prisioneros eran los médicos en los hospitales, los bacteriólogos en los laboratorios del Lager, los porteros que barrían las aceras de los campos. Eran incluso los ingenieros que procuraban la luz y el calor en los barracones y que suministraban las piezas para la maquinaria.

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas a jose.perezmolina@gmail.com La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso escritor escribió?:

“Los Einneman pueden cuidar de mí, y el domingo por la noche volverás como nuevo. Esta polio te está extenuando. Eso no es bueno para nadie”.

Philip Roth (Nueva Jersey 1933-) ha sido reseñado suficientemente en esta sección por ser uno de los escritores norteamericanos más importantes. Su última novela, *Némesis* (Ed. Mondadori, traducción



de Jordi Fibla), sigue la estela de sus últimos trabajos: *Elegía*, *Indignación* y *La humillación*. Todas son novelas cortas que están lejos de sus mejores creaciones como *Pastoral americana*. En concreto, *Némesis* es la más floja y lejos del P. Roth que nos tiene acostumbrados, pero su interés reside en contar, para nosotros desde el punto de vista médico, el brote de polio ocurrido en los años 40 en la ciudad de Newark del que se contabilizaron 1360 casos y 363 muertes (cerca de un 27% de mortalidad). Previamente, en el año 1916, la epidemia que azotó el nordeste de Estados Unidos produjo más de 27.000 casos y 6.000 fallecimientos, y fue el motivo por el que Roosevelt creó la institución benéfica *March of Dimes* (la marcha de los diez centavos) que recogía fondos para la lucha contra la poliomielitis. Franklin Delano Roosevelt contrajo la enfermedad en agosto de 1921, a los 39 años, mientras la familia Roosevelt estaba de vacaciones en la isla de Campobello, New Brunswick. Su desgracia se convirtió en un golpe de buena suerte para las víctimas de la polio y, aunque Roosevelt fue cuidadoso en no llamar la atención sobre su enfermedad ya que sólo hay dos fotos suyas que lo muestran en una silla de ruedas, su prestigio y riqueza personal tuvieron un gran impacto en los avances y el tratamiento de esta infección. Roosevelt estaba convencido de los beneficios de la hidroterapia y por ello, en 1926 compró un "resort" en Warm Springs (Georgia), donde fundó un centro de hidroterapia llamado Roosevelt Warm Springs Institute for Rehabilitation y destinado a tratar a los pacientes aquejados de la polio, el cual continúa abierto en la actualidad. Se dice que uno de los motivos para crear este centro fue "escapar" de su madre, la cual trató de recuperar el control sobre su vida mediante el seguimiento de su enfermedad.

La prueba más temprana de la existencia de la polio parece ser la encontrada en una estela egipcia datada entre los años 1580 y 1350 a. de C., en la cual aparece un hombre con una pierna claramente atrofiada. Enfermos famosos, además del propio Roosevelt, fueron Frida Kahlo, André Oppenheimer, el actor Alan Alda o el emperador Claudio. Hasta finales de 1700 no

se describió la existencia del mal con cierta exactitud. Después de numerosos brotes en 1789, el médico británico Michael Underwood dio la primera descripción clínica, refiriéndose a la polio como una "*debilidad de las extremidades inferiores*". En los siguientes 60 años se escribió poco sobre ella, hasta que Jacob Heme, un médico alemán, publicó en 1840 una monografía que no sólo describía sus aspectos clínicos, sino que sugería su conexión con la médula espinal. En 1908 el virus de la polio fue identificado por dos médicos austriacos, Karl Landsteiner, el mismo que descubrió los grupos sanguíneos y que por ello recibió el Premio Nobel de Medicina en 1930, y Erwin Popper. Con la llegada de la Segunda Guerra Mundial se hicieron pocos estudios en el tratamiento de la enfermedad. La excepción fue la llegada a Estado Unidos de la enfermera australiana Elizabeth Kenny y su poco ortodoxo enfoque del tratamiento de la polio, el cual incluía masajes, ejercicios y envolver el miembro afectado en compresas calientes y húmedas para reducir los espasmos musculares y el dolor. Además, insistía en que los niños debían ser "estimulados a mover los miembros paralizados". Su enfoque chocaba contra la práctica que imperaba en el momento que imponía largos períodos de reposo en la cama. Desafortunadamente para los muchos pacientes que recibieron el tratamiento estándar, la inmovilidad hizo más mal que bien, atrofiando músculos que ya estaban debilitados. Las tropas militares estadounidenses que estaban en África, el Medio Oriente y Filipinas contrajeron la polio, y el fin de la guerra trajo también un renovado interés por la enfermedad y también el desarrollo de una vacuna. Jonas Salk comenzó a trabajar con el virus muerto en formaldehído, y según la revista *Time* (en un artículo publicado en 1953) Salk agregó agua mineral a su mezcla para retener el virus dentro del organismo durante el tiempo suficiente para estimular la formación de anticuerpos, de la misma manera que a la penicilina se le habían añadido aceites minerales. En 1962, la vacuna de Salk fue reemplazada por la de Sabin, que se administraba por vía oral y utilizaba el virus vivo pero atenuado. Esta nueva vacuna ofrecía una inmunización mucho más prolongada. El último caso de poliomielitis en



nuestro país se registró en 1984 (<http://www.portalplanetasedna.com.ar/polio.htm>).

Las epidemias acaecidas en Estados Unidos entre los años 40 y 50, y la petición de los diez centavos para la lucha de la polio junto con los carteles alusivos a la enfermedad que aparecieron en revistas de prestigio como *Life* o *Look* o en los cines, configuran la vida americana retratada por Roth en *Némesis*. Las opciones de sobrevivir era el pulmón de acero, desarrollado en Harvard (1928) por Philip Drinker y cols, y utilizado en la fase aguda y después el uso de arneses en las piernas o la silla de rueda. La escritora norteamericana Annie Dillard recuerda parte de estos hechos en su "An American Childhood" (New York: Harper & Row, Perennial Library, 1987). El miedo de los pacientes es recordado por Linda Atkins en "The Story of an Unusual Friendship". New York: Random House, 1998, xi) y muchos pacientes desarrollaron el síndrome postpolio como puede leerse en la publicación "The Paralyzed Body and the Machinery of Rehabilitation in the Polio Epidemics" (Journal of Medical Humanities, Vol. 26, Nos. 2/3, Fall 2005).

El premio Nobel de literatura, J. M. Coetzee, relaciona la novela de Philip Roth con la tragedia griega y apunta que tiene que ver con una pregunta: "¿Cómo funciona la lógica de la justicia cuando fuerzas universales inmensas se cruzan en las trayectorias de vidas humanas individuales?" (El País, 27 mayo, 2011 - José Andrés Rojo, Un pequeño paso en falso). Estas cuatro novelas cortas de P. Roth se enfocan en el hombre ordinario, las cosas pequeñas de la vida y en la renuncia. En *Némesis*, el hombre ordinario entabla una lucha a muerte con la epidemia que remeda la que tienen sus compañeros que han ido a la guerra en Normandía, y a medida que pasa el tiempo viene la renuncia y la pérdida de la fe en Dios, algo similar a lo que ocurrió en el Holocausto judío (The Times Literary Supplement, 29 octubre, 2010).

En estos momentos en que hay grupos en contra de las vacunas y numerosos estudiantes, que por ejemplo en mi Facultad, también se muestran contrarios a las vacunas, es bueno recordar las emotivas palabras de Núria Sagués de la Asociación

de polio y postpolio de Cataluña (Appcat) (La poliomiélitis. Cartas al director. Diario El País, viernes 14 de abril 2006, pg. 12): "Entraste en mi vida con apenas trece meses, sin embargo no te conocí hasta pasados siete años... no fui feliz en mi infancia aunque sí pusiste la zancadilla en mis juegos y las dos rodamos cuesta abajo en más de una ocasión... Te odié en mi adolescencia, te interpusiste entre mis novios y yo, te acepté pasados los veinte y maduramos juntas, te entendí a partir de los treinta, te olvidaste de mí durante un tiempo, te acompañé en tu silencio hasta los cuarenta, despertaste lentamente a los cincuenta, sin apenas darme cuenta, y aquí a mi vera te tengo, no me asustas, te conozco, no llegaste por sorpresa, te esperaba... Compartimos vida, la mía contigo, la tuya conmigo, debemos pues entendernos, te escucho cuando te lamentas porque tu queja me provoca dolor... Caminamos juntas otra vez, tú cuida mi espíritu, yo cuidaré y mimaré el cuerpo. Hace tiempo que ya no pregunto el porqué de tu llegada, ni te odio, ni te acepto, pero sé que soy quien soy porque tú me has enseñado. Te respeto a partir de ahora...".

And the winners are...

Pedro Anda (Centro Nacional de Microbiología. Majadahonda. Madrid). Pablo Ucio Mingo (Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid), Inmaculada López Hernández (Hospital Cruz Roja "Victoria Eugenia". Sevilla), Ricardo Villa-Real (Hospital "San Juan de la Cruz". Úbeda. Jaén), José Luís Ramos Martí (Hospital General Universitario. Valencia), Rosa A Dulanto (Gerencia de Atención Primaria. Talavera de la Reina), Adriana Márquez Sanabria (Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva).



PUBLICACIONES RECIENTES

Listeriosis: una enfermedad emergente

La listeriosis es una enfermedad causada principalmente por la ingesta de alimentos (leche no pasteurizada y derivados, hamburguesas, salchichas, etc.) contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* (*L. monocytogenes*), aunque son posibles otras vías de transmisión. Afecta fundamentalmente a las personas en las edades extremas de la vida, es decir, los recién nacidos y los ancianos, pero también es frecuente en los inmunodeprimidos y en las mujeres embarazadas durante cualquier período de la gestación. En general, suele incidir en los pacientes con enfermedades de base (diabetes mellitus, EPOC, hepatopatía crónica) o en aquellos que, por motivos diversos, reciben tratamiento con inmunosupresores, encontrándose entre ellos los procesos neoplásicos y los trasplantes.

L. monocytogenes causa cuadros graves, principalmente sepsis y meningoencefalitis, también muerte fetal, y con menos frecuencia gastroenteritis aguda o infecciones localizadas (endocarditis, artritis, peritonitis, etc.). La mortalidad es elevada y se estima en un 20%, aunque se haya administrado el tratamiento antibiótico adecuado, que en general debe incluir ampicilina asociada o no a un aminoglucósido o al cotrimoxazol.

Para conocer mejor la situación actual de las infecciones causadas por *L. monocytogenes*, acaba de publicarse una de las mayores series retrospectivas de listeriosis invasiva realizada en un solo centro. Recoge 111 casos registrados en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid, durante un período de 22 años. Los autores analizan las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, evolución y el tratamiento administrado. Se realiza un estudio comparativo de dos periodos de 11 años cada uno, que comprenden desde 1986 a 1996 y desde 1997 hasta 2007, respectivamente. Como primer dato relevante señalan el aumento de la incidencia de la infección entre ambos periodos de estudio, que aumenta desde 4,6 a 10,39 ($p=0.001$) episodios por millón de habitantes. Este incremento se produce, fundamentalmente, en el grupo de las personas mayores de 65 años. Respecto a las enfermedades debilitantes que favorecen

la infección se encuentran por orden de frecuencia: neoplasias no-hematológicas (21,6%), diabetes mellitus (18,9%), hepatopatía crónica (18%) y EPOC (15,3%). Durante el período comprendido entre 1997 y 2007 es de destacar el número significativo de casos (16,5%) diagnosticados en personas sin enfermedades predisponentes, frente al 0% encontrado durante el período 1986-1996. Sin embargo, en el segundo período se redujo la proporción de listeriosis en pacientes receptores de órgano sólido (21,9% vs. 6,3%; $p=0,037$) y en los pacientes con hepatopatías (28,1% vs. 13,9%; $p=0,078$). Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron la bacteriemia primaria (51,4%) y la infección del sistema nervioso central (SNC) (31,5%). Comparando los dos periodos se observó que en el segundo se produjo un aumento de la bacteriemia primaria (40,6 vs 55,7%) y un descenso de las infecciones del SNC (34,4% vs 27,8%). Es de señalar que nueve casos (8,1%) presentaron solo un cuadro de gastroenteritis aguda, seis sufrieron peritonitis, dos endocarditis y otros dos infecciones del material protésico. La mortalidad global de la serie fue 32,4%, y la directamente relacionada con *L. monocytogenes* se estimó en 24,3%.

En cuanto al tratamiento, la ampicilina fue el antibiótico más utilizado, tanto en monoterapia como asociada a la gentamicina o el cotrimoxazol. Es importante señalar que en más del 50% de los casos, la terapéutica antibiótica empírica inicial fue inadecuada, debido principalmente a la falta de sospecha clínica. Este hecho fue más frecuente en el caso de los pacientes con infección por el VIH, neoplasias o sin factores predisponentes. Respecto al tratamiento antibiótico elegido, la diferencia más importante encontrada entre los dos periodos, fue el aumento del uso del cotrimoxazol (6,3% vs. 40,5%, $p<0.001$) y el descenso de los aminoglucósidos (40,6% vs. 21,5%; $p=0.04$). En el análisis de la multivariante realizada para estudiar los factores pronósticos, se demostró que la edad superior o igual a 65 años, padecer una enfermedad de base fatal o rápidamente fatal (criterios de McCabe y Jackson), un tumor sólido, meningoencefalitis, shock o el aislamiento de *Listeria* spp en sangre,



aumentaban, al menos, un 50% la probabilidad de muerte.

En conclusión, la listeriosis debería considerarse una enfermedad emergente, debido al aumento de su incidencia durante la última década, sobre todo entre los adultos mayores de 65 años y en pacientes sin enfermedades predisponentes. En estos casos, y debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas que inicialmente presenta la infección, al ser generalmente una bacteriemia primaria (2/3), es fundamental mantener un elevado índice de sospecha y administrar un tratamiento antibiótico empírico adecuado. De esta forma puede que se reduzca la elevada mortalidad que presenta la infección en la actualidad.

Bibliografía recomendada:

-Muñoz, P, et al. Listeriosis: an emerging public health problem especially among the elderly. *J Infect* 2012;64:19-33.

- Allerberger F, Wagner M. Listeriosis: a resurgent foodborne infection. *Clin Microbiol Infect* 2010;16:16-23.

Comentado por: Dr. Regino Serrano Heranz. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares (Madrid).

INFECCIONES EN 35^{M/M}

Por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez

Como cada año desde 1988, el día 1 de diciembre se celebra el "Día mundial de la lucha contra el sida". Entre las actividades divulgativas que se programan a lo largo y ancho del planeta, se encuentran las cinematográficas, que sin duda tienen una amplia repercusión en la población. Cines, aulas culturales y pantallas de televisión se pueblan de películas comerciales, documentales, y otras producciones realizadas para la ocasión. Las películas sobre el sida y el VIH se cuentan por centenares, no por decenas. La mayoría de los países han rodado una película sobre este tema, y algunos de ellos muchas. Entre ellas hay auténticas perlas cinematográficas, como es el caso de *En el filo de la duda/ And the Band Played On* (1993) de Roger Spottiswoode, mencionada cuando se concedió el Premio Nobel a Luc Montagnier, pero nunca se ha comentado. Es una pieza imprescindible en una filmoteca sobre enfermedades infecciosas y su visionado

debería estar incluido en la formación de especialistas tanto en microbiología clínica como de enfermedades infecciosas. Tiene interés histórico, epidemiológico, científico, ético... La crítica de *The Times* señaló que era una película grandiosa y fascinante, que debía hacerse y nadie puede dejar de ver, frase que se utilizó en España para el cartel promocional. El argumento de la cinta se centra en el comienzo de la pandemia de sida. La película es un docudrama basado en el libro *And the Band Played On* de Randy Shilts, que era gay y murió de sida. Fue realizada para la televisión aunque en España se estrenó en la gran pantalla. Su productora, la HBO, ha promovido numerosos e interesantes films televisivos de contenido sanitario. La película comienza con un brote de Ébola en África en cuyo control participó el Dr. Don Francis (Matthew Modine), un epidemiólogo que jugará en la trama, como ocurrió en la realidad, un importante papel. Con frecuencia se asume que los primeros casos clínicos de la pandemia de sida aparecieron en EEUU, pero la película se encarga de recordar que no fue así. En 1977 murió en Dinamarca una mujer a consecuencia de una neumonía por *Pneumocistis*, cuadro que sólo aparece cuando falla el sistema inmune. En 1978, en Francia, ingresó en el Hospital Claude Bernard un hombre con este mismo cuadro y posteriormente desarrolló otras infecciones oportunistas. En 1981 se diagnosticaron cuadros similares en varones homosexuales de Los Ángeles, Nueva York y San Francisco, detectándose en alguno de ellos, una inmunodeficiencia celular. El boletín semanal del CDC recogió estos casos (http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm). En esas fechas Don Francis llegó a esa institución para investigar estos cuadros debido a su experiencia adquirida en el estudio de la hepatitis B en homosexuales. El entorno político en el que explota la enfermedad en EEUU, no fue el más apropiado para comenzar su investigación. Reagan ganó las elecciones presidenciales en noviembre de 1980 y para su administración y su partido no era prioritario estudiar una enfermedad que afectaba a los homosexuales y que para muchos era un castigo divino. La investigación se inicia en dos líneas: la epidemiológica y la etiológica.



La primera rápidamente da frutos, al demostrarse que entre la población gay es una ITS, tras estudiar su extensión a partir del paciente cero, Gaëtan Dugas, un asistente de vuelo canadiense. No obstante, algunos investigadores del CDC pensaban que podía existir una transmisión heterosexual, hipótesis demostrada con la aparición de un brote en heterosexuales haitianos, dejando claro que la enfermedad no era patrimonio de los gays... Prácticamente sin medios, Don Francis comienza a estudiar la etiología y pronto piensa que un retrovirus puede ser la causa más probable, por lo que pide ayuda a Robert Gallo. Luego, la cinta describe la polémica sobre el descubrimiento del virus y mucho más... La caracterización de personajes, situaciones y épocas hace que el cine sea creíble.

Y ahora, vamos con el ejercicio de memoria visual del mes anterior; Mary Lindell, durante la segunda guerra mundial, facilitó la huida de muchos pilotos aliados cuyos aviones fueron derribados en Francia. Esta parte de su vida ha sido recogida en *El largo camino de la libertad/ One Against the Wind* (1991) de Larry Elikann. En la cinta, tras una estancia en la cárcel y en el transcurso de una infección respiratoria presenta un herpes labial.

Finalmente, para el año próximo os comento que Frank Miller es un magnífico dibujante de cómics, y que su obra "300" llevada al cine en 2006 fue dirigida por Zack Zinder. En este film se menciona y se muestra una enfermedad infecciosa ¿Cuál?

Que La Navidad sea feliz para todos y que 2012 nos traiga paz y felicidad. El mayor de los afectos para nuestra amiga, la creadora de esta sección, la Dra. Isabel García Bermejo.

PREGUNTA DEL MES

Por Fernando Vázquez Valdés

¿Qué famoso escritor escribió?:

La temperatura no es muy alta- no supera los 32º-, pero el aire está cargado de electricidad, de humedad, de moscas tsé tsé y de mosquitos...

Las personas que quieran participar en este pequeño juego pueden enviar sus respuestas

a jose.perezmolina@gmail.com . La solución en el próximo número.

RESPUESTA A LA PREGUNTA DEL MES ANTERIOR

¿Qué famoso escritor escribió?:

Los propios prisioneros eran los médicos en los hospitales, los bacteriólogos en los laboratorios del Lager, los porteros que barrían las aceras de los campos. Eran incluso los ingenieros que procuraban la luz y el calor en los barracones y que suministraban las piezas para la maquinaria.

Vasili Semiónovich Grossman (Berdichev 1905 - Moscú 1964) fue un prominente periodista, escritor y corresponsal de guerra soviético del diario Krasnaya Zvezda (Estrella Roja). Fue testigo de batallas y dejó su testimonio de algunas tan emblemáticas como Moscú, Stalingrado, Kursk o Berlín. A mediados de los años 30, Grossman dejó su trabajo de ingeniero y se dedicó, en exclusiva, a la escritura. Hacia 1936 ya había publicado dos colecciones de historias, y en 1937 fue aceptado en la privilegiada Unión de Escritores Soviéticos. Durante la "gran purga" algunos de sus amigos y parientes cercanos, incluida su compañera, fueron detenidos. Durante la Gran Guerra contra los alemanes y en calidad de corresponsal de guerra, acompañó al Ejército Rojo en su ofensiva, desde junio de 1941 hasta la entrada en Berlín ocurrida en 1945.

Grossman describió la limpieza étnica en Ucrania y Polonia, así como la liberación de los campos de concentración de Treblinka y Majdanek. Su artículo *El infierno de Treblinka* fue utilizado en los juicios de Núremberg como evidencia de la persecución que ejercía el régimen nazi. En 1943, las macabras evidencias del genocidio judío y las colaboraciones de ucranianos y lituanos con los nazis cambiaron su vida. La madre de Grossman murió en una de las fosas descubiertas en Berdichev y este hecho le atormentó durante toda su vida. Stalin ocultó estas atrocidades y también prohibió sus escritos. Su obra *Vida y destino* se considera la Guerra y Paz del siglo XX. No obstante, el tono periodístico de la misma en muchos momentos, hace la comparación odiosa, aunque escenas como la cámara de gas son



muy emotivas. En la biografía de John y Carol Garrard (*La vida y el destino de Vasili Grossman, Encuentro, Madrid 2010 y con traducción de Lázaro Sanz Velázquez*) se narran todas las vicisitudes de Grossman y lo que supuso tanto el totalitarismo nazi como el soviético, así como la limpieza étnica de los judíos. Poco después, cuando el régimen soviético inició una campaña ultranacionalista que potenciaba el sentimiento nacional ruso, Grossman empezó a revalorar de forma indirecta su origen judío, al ser evidente que la exaltación nacionalista auspiciada por Stalin implicaba un ataque a los judíos, acusados ahora de "cosmopolitismo" y falta de nacionalismo. Es en esos años cuando escribe "*Por una causa justa*", novela basada en sus vivencias como corresponsal de guerra, que mantiene la ortodoxia del realismo socialista y conserva la lealtad al régimen, lo cual le ganó aplausos oficiales y fama literaria. No obstante, Grossman escribiría posteriormente la segunda parte titulada "*Vida y destino*", que es considerada su obra cumbre y donde, como se ha comentado, describe de forma realista los estragos causados, durante la II Guerra Mundial, tanto por el totalitarismo nazi como por el soviético. Esta última obra fue presentada para su publicación en 1962, durante el "deshielo" provocado por la "desestalinización", pero aún así fue prohibida por el régimen de Jruschov. La KGB confiscó de inmediato los borradores e incluso la cinta de la máquina de escribir que había utilizado el autor. Tras inútiles gestiones por parte de Grossman para que la censura soviética permitiese publicar su obra, redactó en privado la que sería su última novela *Todo fluye*, donde de forma más directa cuestiona el autoritarismo del régimen soviético, mostrando con gran crudeza el absurdo de las represiones políticas y la severidad de la era de Stalin. Grossman murió en 1964, de un cáncer de estómago, ignorando aún si *Vida y destino* sería alguna vez leída por el público. En los años setenta, disidentes soviéticos recuperaron una copia del manuscrito de la obra y la novela pudo ver la luz en Suiza, corría el año 1980. Más tarde, en 1988, pudo ser publicada en la Unión Soviética, durante el periodo de glasnost patrocinado por el régimen de Gorbachov. En 1985 llegó a España una edición traducida del francés (Grossman,

Vasili: *Vida y destino*. Barcelona, Seix Barral, 1985. Traducción: Rosa María Bassols) y finalmente, en 2007 fue publicada en español la traducción de la obra original en ruso (Grossman, Vasili: *Vida y destino*. Barcelona, Galaxia Gutenberg, 2007. Traducción: Marta Rebón).

Nada es más duro que ser hijastro del tiempo. No hay destino más duro que sentir que uno no pertenece a su tiempo. Aquellos a los que el tiempo no ama se reconocen al instante, en la sección de personal, en los comités regionales del Partido, en las secciones políticas del ejército, en las redacciones, en las calles...

El tiempo sólo ama a aquellos que ha engendrado: a sus hijos, a sus héroes, a sus trabajadores. No amaré nunca, nunca a los hijos del tiempo pasado, así como las mujeres no aman a los héroes del tiempo pasado, ni las madrastras aman a los hijos ajenos.

El coronel canoso y picado de viruelas, jefe de la artillería de la división, miró el mapa que estaba desplegado ante él...

El siglo de Einstein y Planck había resultado ser el siglo de Hitler. La Gestapo y el renacimiento científico eran hijos de una misma época. Qué humano era el siglo XIX, el siglo de la física ingenua en comparación con el siglo XX, el siglo que había matado a su madre. Existía un parecido terrible entre los principios del fascismo y los principios de la física contemporánea.

Luego Timur Frunze, el teniente, parece que en infantería... Después también, ¿cómo se llama...?, Dolores Ibárruri, su hijo cayó en Stalingrado.

Una tarde, Sofía Ósipovna, encerrada en un vagón de mercancías varado en una vía muerta de un nudo ferroviario que estaba a escasa distancia de Kiev, buscaba piojos en el cuello de su chaqueta mientras a su lado dos ancianas hablaban en yiddish, rápido y en voz baja.

And the winners are...

José Luis Ramos Martí (Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia),



Ricardo Villa-Real (Hospital "San Juan de la Cruz". Úbeda. Jaén), Esther García Almodóvar (Hospital Son Espases. Palma Mallorca). Isabel Sanfeliú Sala (Corporació Parc Taulí. Tarragona), Josep Prat Fornells (Hospital Sagunt. Valencia). Pablo Ucio Mingo (Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid). Adriana Márquez Sanabria (Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva), Xavier Raga Luria (Hospital de San Pau i Santa Tecla. Tarragona).

NOTA DE LA REDACCIÓN DESPEDIDA

Durante más de seis años he sido coordinadora del Boletín de Noticias SEIMC, tarea encomendada por el entonces Presidente de nuestra Sociedad, el Dr. Jerónimo Pachón. Con incertidumbre e inquietud recogí el testigo que me pasó su creador, el Dr. Fernando Vázquez, y asumí la responsabilidad intentando cumplir con la misión encomendada, que no era otra que informar y entretener, siempre con el ánimo de que estas páginas constituyesen un nexo de unión entre los socios y la propia SEIMC. Para llevar a cabo el proyecto he contado con el apoyo y la colaboración de todas las Juntas Directivas que ha habido durante este tiempo, por lo que deseo expresarles mi agradecimiento. Recuerdo especialmente a los sucesivos Presidentes, la Dra. Concepción Gimeno y el Dr. Ferran Segura que siguieron confiando en mí. Imprescindibles y eficaces han sido todos los miembros de la Secretaría, y en particular Javier Ávila, siempre dispuesto y solícito para enviar en tiempo y forma el Boletín. Gracias también, a los socios y compañeros que, en algún momento, han colaborado en el Boletín, y de forma especial a cuatro amigos a los que deseo nombrar siguiendo el orden de aparición: Regino Serrano, José Elías y Enrique García Sánchez y Fernando Vázquez. Han sido cuatro mosqueteros que, de manera altruista, se han esforzado en reinventar su columna cada mes y han acudido puntualmente a nuestra cita. Y ¡cómo no!, a todos los lectores que nos han estimulado con sus comentarios y han participado enviando sus respuestas. Con la perspectiva del tiempo puedo decir que esta experiencia ha sido muy gratificante y enriquecedora. No obstante, mi salida de la

Junta Directiva, en junio de este año, ha motivado que deje la coordinación del Boletín, aunque agradezco sinceramente la invitación de la actual Junta Directiva a continuar en el "cargo". Pienso que es indispensable estar en los puestos de decisión de la Sociedad para tener y dar la información que se requiere, y al mismo tiempo creo que es necesario renovar las ideas y aportar nuevas inquietudes. En ese sentido el Dr. José Antonio Pérez Molina, mi compañero durante los últimos cuatro meses, es la persona idónea para emprender una nueva etapa. Me voy satisfecha y contenta por el periodo vivido, pero esperaré el fin de cada mes para asomarme de nuevo a estas páginas. Hasta siempre.

Firmado: Isabel García Bermejo

FELIZ NAVIDAD

En estos momentos difíciles que nos afectan a todos, se hace más patente que el conocimiento y la renovación de las ideas son indispensables para afrontar los nuevos retos. Un año más, la Junta Directiva de la SEIMC, los miembros de la Secretaría y todos los que participamos en la realización del Boletín de Noticias os animamos a continuar trabajando para el futuro con el deseo de que el esfuerzo de todos nos permita alcanzar las metas propuestas.

Os esperamos el próximo año. ¡Hasta el 2012!

