LIZARRAKO LEHEN MAILAKO GARRAIOAREN KALITATE-KONTROLA LARRIALDIETAKO ZERBITZUAN

Espila J.L., Labandeira I., Fernandez B., Ascaso C., Belzunegui T.
Larrialdietako Zerbitzua. Lizarrako Garcia Orcoyen Ospitalea.

SARRERA

Azken urte hauetan gure mundua asko ari da eboluzionatzen. Orain urte batzuk, anbulantziak garraioak egiteko bakarrik izaten ziren. Hauen sistema gaixoa hartzea eta "korrika ta presaka" ospitalera eramatea zen. Gaur egun anbulantzia medikalizatuak daude eta beraien helburua ospitalea gaixoa dagoen lekura eramatea da, lekuan bertan gaixoa finkatuz gero ospitalera "lasai" eramateko.

HELBURUAK

Kalitate-parametro batzuk aztertuz Garcia Orcoyen Ospitalean lehen mailako garraioen arloan bildutako datuen ezaugarriak ezagutu, larrialdietako koordinazio eta asistentzian dauzkagun baliabideen eskasiak somatzeko.

METODOLOGIA

Diseinua zeharkako ikerketa deskribatzailea da. Ikerketaren lekua Lizarrako osasun-arloan izan da. Ikerketaren subjektuak 1996ko otsailaren 1etik abenduaren 31 arte Garcia Orcoyen-eko larrialdietako zerbitzura anbulantziaz eramandako pazienteak izan dira.

Pazienteen datuen bilketa larrialdietako zerbitzuan horretarako prestatuta geneukan fitxa batean egin genuen. Jasotako aldagaiak hauek izan ziren: adina, sexua, telefono deirik bazegoen ala ez, deia nork egiten zuen, abisua eta hauetan jasotako datuak hartzen genituen, garraioa zer motatako anbulantziak egiten zuen eta zer prestakuntza zituen gaixoari laguntza ematen zionak, erantzunaren denbora, gaixoa nola ekartzen zuten (posizioa, inmobilizazioa, arnasbidearen kontrola, fluidoterapia, monitorizazioa), ospitalean emandako diagnostikoa eta ingresatuak gelditzen ziren ala ez.

EMAITZAK

Hamaika hilabetetan zehar 292 kasu bildu dira. Gaixoen batez besteko adina 65,02 urtekoa izan da 23,52ko DErekin (mediana = 74; koartilarteko desbiazioa = 49; lerruna = 94). Gizonezko gehiago daude (% 56,1a). Deiak % 25,1ean jaso ditugu (ideala % 35,5a) eta gehienak SOS Nafarroako medikuak egin ditu (% 58,6an), % 27,1a etxeko medikuak egin dituelarik. Garraioak gehienetan Puy-ko anbulantziak egin zituen (% 32,1an), Gurutze Gorriak (% 28,8an), Olmo amaren anbulantziak (% 14,2an) eta DYA-k (% 8,8an).

% 95ean gaixoak anbulantziako laguntzaile tekniko batekin etortzen ziren (ideala % 71,5ean izango litzateke) eta % 5,2an medikuarekin (ideala % 17,2an). Batez besteko erantzunaren denbora 23 minutukoa da (kasuen % 82,1ean denbora ona da). Bizi-konstanteak deien % 8,7an komunikatzen dira, % 72,5ean aholkugarriak izanik. Gaixoaren posizioa % 97an zuzena da. % 83,9an aratinik zeuden, % 5ean eserita, % 6,8an erdi-eserita, % 1,8an zeharka etzanda eta % 1,1ean buruz behera etzanda. Gaixoaren % 13a inmobilizatuta etorri zen (% 26,7an izan behar zuen). Arnasaren kontrolean % 8,9a Ventimask® mozorroarekin etorri ziren eta ez zen inor Mayo hodiarekin etorri (ideala % 29,5 eta % 2,2 hurrenez hurren izango litzateke). % 5,6 gaixo fluidoterapiarekin etorri ziren, % 29,7an beharrezkoa izanik. Pazienteen % 1,1a monitorizaturik etorri da (aholkugarria % 9,2a da).Diagnostiko telefonikoaren (deien % 47a) eta ospitaleko diagnostikoaren artean ematen den komunztadura sindromikoa % 81,8koa da. Lekuz aldatzeetan egiten diren akatsak: % 88,6an ez daude edo oso arinak dira, akats moderatuak % 7,4an azaltzen dira eta latzak % 4,1ean. Anbulantziaz etorritako pazienteen % 69,4a ingresatua izan zen.

ONDORIOAK

- Koordinazio-sistemak hoberantz jo beharra dauka, batez ere ospitalearekin izandako komunikazioa eskasa delako (beharrezkoa zen kasuetan % 58,3an bakarrik abisatu da, bizi-konstanteak % 8,7an eman dira eta diagnostiko hurbilketa % 47an).

- Kalitate asistentzialaz, ekipamendu teknikoa eta lantalde sanitarioa hobetu egin behar direla esan beharra dago. Gainera, garraioak egin behar dituen lantaldearentzako formazio-ikastaroak eta birziklapenak egitea komenigarria izango litzateke.

Kasu gehienetan laguntzaile sanitarioak dira lehen mailako garraioa egiten dutenak eta hauek oztopo asko aurkitzen dituzte. Honek garraioaren ezaugarriak argitzen dizkigu; bai inmobilizazioan, zein arnasbidearen kontrola, fluidoterapia edo monitorizazio mailan behar baino jarduera gutxiago egiten dira.

- Garraioen % 11,5ean akats moderatu edo latzak eman dira. Gehienetan inmobilizazio-akatsak izan dira (ondo egina % 86,2an bakarrik). Orokorki ikusita, egin diren akatsen batez bestekoa arinen mailan sar daiteke.

BIBLIO

-PALUM
Perf
199

-HANSE
sicia

-DEME
CHA
pati

-FRANK
lanc
118

BIBLIOGRAFIA

-PALUMBO L.; KUBINCANEK J.; EMERMAN C.; JOURILES N.; CYDULKA R.; SHADE B. *Performance of a system to determine EMS dispatch priorities.* Am. J. Emerg. Med. 1996 Jul; 14(4): 388-390

-HANSEN TB.; CHRISTENSEN PH.; ELKJAER P. *Emergency ambulances manned by physicians.* Ugeskr-Laeger. 1996 Jan. 22; 158(4): 425-427

-DEMETRIADES D.; CHAN L.; CORNWELL E.; BELZBERG H.; BERNE TV.; ASENSIO J.; CHAN D.; ECKSTEIN M.; ALO K. *Paramedic vs private transportation of trauma patients. Effect on outcome.* Arch Surg. 1996 Feb; 131(2): 133-138

-FRANK SA.; DE-VILLIERS PJ. *An analysis of the appropriate use of the Caledon ambulance service in the Overberg. A short report.* S-Afr-Med-J. 1995 Nov; 85(11): 1185-1186

LEITZAKO OSASUN-ETXEKO LARRIALDIEN EZAUGARRI EPIDEMIOLOGIKOAK (1996 URTEAN)

Ramos J.
Osasunbidea. Iruña.

HELBURUA

1996 urtean Leitza eta Areson sortutako larrialdien zenbait ezaugarri epidemiologiko lan honen bidez aztertu nahi ditugu.

ITURRIA

Osasun Zentroko larrialdien erregistroa.

MATERIALA ETA METODOAK

Leitza eta Aresori dagokien osasuneko larrialdien postua Leitzako osasun-etxean dago, 3.379 biztanle-kopuru baterako. Iruñea eta Donostiako erdi-bidean, Iruñeko ospitaletik 50 kilometrora; baserri eta bordaz jositako ingurune sakabanatu batean, Leitzako herrian bertan aurki dezakegu biztanle-kopururik handiena.

EMAITZAK

1996 urtean zehar 826 larrialdiei harrera eman zitzaien, 244/1.000 biztanle/urtean, alegia. Hau da, sexu populazioaren zuzenketa eginda, % 54 gizonezkoak eta % 46 emakumezkoak. Osasun-etxean ikusitakoak % 81 eta gaixoen etxean edo istriputokian % 19. Larrialdi guztien artean, % 3 bidali zen Iruñeko ospitalera, eta gainerako % 97 bertako jarraipena izan zuen. Azaroa, iraila, urtarrila, ekaina eta otsaila gutxieneko hilabeteak izan dira; uztaila, abuztua, maiatza, apirila, urria, abendua eta martxoa, berriz, gehienekoak. Astean zehar, igandea eta larunbataz aparte (egunerako kontsultarik ez egotegatik), asteazkena izan dugu egunik lanpetuena. Osasun-langilen artean larrialdiak banatzen baditugu, ehuneko 28an erizainak hartzen du parte eta ehuneko 92an medikuak, hau da: kasuen % 20an biek parte hartzen dute, % 8an erizainak bakarrik, eta gainerako % 72an medikuak bakarrik. Egunean zehar, bi motako funtzioetan larrialdiak banatzen dira (ikus grafikoak), jai-eguna edo lan-eguna

den kontu. Gaitzen banaketak erakusten du traumak direla kasu gehienetan ikusten direnak (% 21,8), ondoren zauriak (% 15,5), sukar-sindromea (% 10,2), marranta eta biriketako gaitzak (% 8), begietako gaitzak (% 5), ORL (% 4,7), digestiboa (% 4), mina (% 8,8: zehaztu gabe % 0,6, gerrietakoa % 1,8, sabelekoa % 4,36, burukoa % 1,3, bihotz-aurrekoa % 0,7), larruazala (% 3,3), genito-urinarioa (% 3), psikiatria (% 2), infekzioak (% 2), zorabioa (% 1,9), odontologikoa (% 1,6), sinkopea eta HTA (% 1,4), alergia (% 0,72), neurologikoa (% 0,48), sabel akutua (% 0,48), ginekologikoa (% 0,36), heriotza (% 0,24), eta besteak (% 4,5). Azkenik, ospitalera bidali behar diren kasuen artean, trauma (% 44,4) eta sabel akutua (% 11) ditugu kopuru handienetarikoak.

ONDORIOAK

Leitzako lehen mailako larrialdi-postuan larrialdien tasa altua aurkitzen dugu (244/1.000/urte) (238/1.000/urte pasa diren azken bost urteetan). Beste zenbait lekutan bezala, gizonezkoak emakumezkoak baino gehiago heltzen dira; emaitza, larrialdien kasuistikarekin batera azter daiteke (traumak, zauriak eta korneako ultzera nagusitzen diren lekuan). Leitzako kasuistikan, aldiz, gripea, marranta edo IRA kasuak orokorrean ikusten direnak, ez daude larrialdien lehenengo tokietan, beste leku askotan azaltzen diren bezala. Larrialdien osotasunetik medikuak ikusten du gehiena (% 92, % 72 bakarrik dagoela), neurri urri batean gaixoak ospitalera bidaltzen dituelarik (% 3).

MUN
ZERE

Urion
Rodri
Mungi

SARRER

Bibliogr
hamaika
daude,
paziente

Gehi
zioa egi

Besta
jarduera

HELBUR

Lan hon
jarduera

METOD

Disei

Parta

Pazie
erizainar

567 t

Meto
arrazoia

MUNGIALDE NEKAZARITZA-GUNEKO LARRIALDI-ZERBITZUAREN JARDUERAREN AZTERKETA

Uriondo B., Ruiz P.P., Esesumaga A., Sanz J.M., Fernandez R., Rodriguez A.
Mungiako A.I.G. (Atentzio Iraunkorreko Gunea)

SARRERA

Bibliografian larrialdietako atentzio-eredu ezberdinen azterketa egiten saiatzen diren hamaika ikerketa aurki daitezke. Ikerketa hauetan aztertzen diren aldagai artean daude, besteak beste, pazienteen gorakada etengabekoa, ospitaleko kolapsoa, paziente-mota ezberdinak eta patologiak, kontsultaren egokitasuna, etab...

Gehienak pazienteen jatorria aztertzen duten zein igorritakoen ondorengo balorazioa egiten duten ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako eta osasun-zentroetako lanak dira.

Bestalde, ospitaletik kanpoko larrialdi-zerbitzuetan (A.I.G.) beraien pazienteei eta jarduerari buruz egindako lanen eskasia nabaria da.

HELBURUAK

Lan honen bitartez Mungiako A.I.G.ek hartzen duen biztanlego-mota ezagutu, ta bere jardueraren lehen balorazioa egin nahi dugu.

METODOA

Diseinua: Behatze-ikerketa deskribatzailea.

Partaideak: Mungiako A.I.G.eko medikuak.

Pazienteak: Mungiako larrialdi-zerbitzuan medikuek ikusitako kasu guztiak. Behin erizainaren beharra zutenak baztertuta (injekzioak, egituratutako sendadurak...).

567 fitxa bildu ziren, hauetatik 551 balioztatu ziren analisi estatistikoa egiterakoan.

Metodoa: Ikerketa honetarako diseinatutako bilketa-orria eta CIAPeko kontsulta-arrazoiaren sailkapena.

Burutzapen data: 96/11/15etik 96/12/15era, biak barne.

Analisi estatistikoa: EPI-INFO programa.

EMAITZA PRINTZIPALAK:

Mungiako A.I.G.ek biztanlego gaztea dauka : % 35a adin pediatrikoan dago eta % 48a 15etik 44 urte arteko multzoan.

Gizon beste emakume agertu zen A.I.G.etik.

Kontsulta-arrazoien multzo prinzipala arnasketarena zen (148 paziente, kontsulten % 26.9), arazo orokorrak eta inespezifikoak (% 22) eta Ap. Lokomotorekoak (% 11.4) segidan. Sukarra izan zen kontsulta-arrazoirik maizena110 kasurekin (% 20), ondoren eztula eta eztarriko mina (> % 8).

509 paziente beraien bizilekura edo lehen mailako atentziora (LMAra) igorri ziren eta 42 (% 7.6) ospitalera; azken hauetatik 11 ingresatuta geratu ziren. Gure komunztadura % 85a izan zen.

Igorritakoen % 40.5a Ap. Lokomotoreko patologia akutuagatik zen. Igortzeko arrazoi printzipala ondo bideratzeko proba gehigarrien premia zen, % 68ak erradiografia bakarrik behar zuelarik.

Bizilekura edo LMAra igorritako 509tik kasu batean bakarrik gaizki baloratu genuen, bere eboluzioak txarrera egin zuen-eta.

ONDORIOAK

Gure A.I.G.ek hartutako biztanlegoaren gehiengoa bizitzaren sasoirik emankorrean aurkitzen da, hain zuzen ere famili medikuarengana gutxien joaten den adin-talde berbera; eta gehienetan ekartzen duten patologia oso hutsala izaten da. Honek LMAk emandako atentzioaren luzapen hutsa dela ematen du eta gainera bere ordutik kanpo.

Ospitalera igorritako pazienteak oso gutxi izan dira, gehienak Ap. lokomotoreko patologia ondo bideratzeko proba gehigarriak behar direla eta.

A.I.G.eko partaideoi ospitalera baino beren bizilekura igorritako pazienteen eboluzioak kezkatzen gaitu gehiago. Bizilekura bidalitakoen % 93.3 kasu hutsalak, larrialdi subjektiboak edo A.I.G.ean bertan konpondutako arazoak ziren. Zalantza sortzen ziguten 31 pazienteetatik bakar bat txartu zen eta berriz joan behar izan zuen larrialdi-zerbitzu batera.

Hartzen dugun biztanle-kopuru handiak, ospitalera igorritako portzentaje eskasak eta bidezkotasuna, diagnostikoaren komunztadurak eta guretzat garrantzitsua den bizilekura igorritakoen onerako eboluzioak ospitaletik kanpoko larrialdi-zerbitzuen filtro lana azpimarratzera bultzatzen gaituzte.

BIBLIOG

1.- *Orde*
Anda
269-

2.- F. IBA
lizaci
de ac

3.- V. AL
nante
825-

4.- J. VA
atenc
594.

5.- J.F. Fl

BIBLIOGRAFIA

1.- *Ordenación de las urgencias en atención primaria. Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).* Aten Primaria 1992; 9: 269-275.

2.- F. IBAÑEZ PEREZ, B. GUTIERREZ RUIZ Y A. OLASKOAGA ARRATE. *Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación.* Aten Primaria 1991; 8: 764-969.

3.- V. ALBEROLA BENAVENT Y F. RIVERA CASARES. *La atencio primaria como determinante de la utilizació del servicio de urgencias hospitalario.* Aten Primaria 1994;14: 825-828.

4.- J. VALLS SOLER, L. SEGURA MONREAL, M. VIÑAS Y E. AVENDAÑO. *Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital.* Aten primaria 1990; 8:593-594.

5.- J.F. FIESELMANN Y M.S. HENDRYX. *Acad Med* 1994; 69:376-380.

OSPITALEZ KANPOKO EMERGENTZI UNITATE BATEK ATENDITUTAKO BIHOTZ-BIRIKETAKO GELDITZEEN ANALISIA "UTSTEIN" ESTILOA JARRAITUZ

Cameno N., Azpiazu J.L., Escobar N., Etxebarria P.
Arabako Emergentzietako Lurralde-Unitatea. Gasteiz

SARRERA

Bihotz-biriketako gelditzea (BBG) duten gaixoen biziraupen-katean garrantzitsuena lehen minutuetako ekintza da.

HELBURUAK

Urtebetean atenditutako BBGak analizatzea "Utstein" estiloak agintzen dituen arauak jarraituz.

METODOA

Gasteizko hirian (225.000 biztanle), 1995eko otsailaren 1etik 1996ko urtarrilaren 31 bitartean gure Unitateak atenditu dituen BBG guztiak (82) sartu ditugu lan honetan. Datuak jasotzeko aktuazio bakoitzeko orri bana erabili da, "Utstein" estiloak dioenari jarraituz.

82 BBGetatik, 43 lekukoren batek ikusiak eta etiologia kardiakoa zutenak ziren. 43 hauekin egin genuen analisia.

Erregistratutako datuak hauek dira: Kolapsoaren ezagutze-unea, Lekukoak egindako lehen Bihotz-Biriketako Berpiztea (BBB), Zentro Koordinatzailean deia jasotzen den unea, Anbulantzia mugitzea, Anbulantzia gelditzea, Gaixoaren ondora iristeko unea, Euskarri Bitaleko Zainketa Aurreratuak (EZBA), Lehen desfibrilazioa, Intubazio endotrakeala, Benabidea lortzea, Farmakoak administratzeko unea, Berezko zirkulazioa berreskuratzeko unea, EZBA bukatzea, Lekutik ateratzea eta Ospitalera iristeko unea.

Ospitalean sartutako gaixoen jarraipena ere egin genuen.

EMAITZAK

Batez besteko denborak: Kolapsoa ezagutzetik Deia jaso arte: 6'51"(0-30). Kolapsoa ezagutzetik Lekukoak lehen BBB hasi arte: 5'08"(0-17). Deia jasotzetik Anbulantzia mugitu arte: 1'54"(0-9). Deia jasotzetik Anbulantzia gelditu arte: 5'09"(2-11). Deia jasotzetik Gaixoaren ondora iritsi arte: 6'26"(2-12). Deia jasotzetik Desfibrilazioa egin arte 7'41"(3-13). Batez besteko EZBAren denbora: 33'27" (3-67). Iristerakoan zegoen bihotz-erritmoa: 23 (% 53), Fibrilazio Bentrikularra (FB): 18 (% 42) Asistolia. Berezko zirkulazioa berreskuratzen dute: 15 (% 35). Berezko zirkulazioarekin sartzen dira ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan: 9 (% 21). Ardura Intentsiboko Unitatean sartzen dira: 7 (% 16). Ospitaletik alta hartzen dute sekuela neurologikorik gabe: 1ek (% 2,3).

ONDORIOAK

Kolapsoaren lekuan bertan berezko zirkulazioa berreskuratzea lortzen dugun gaixoen kopurua egokia da (% 35), baina sekuela neurologikorik gabeko biziraupena urria da (% 2,3). Ziur asko laguntza eskatzearen berandutzea (6'51") eta lekukoek oinarrizko BBB egindako kopuru txikia dira horren arrazoiak. Gure erantzuna eraginkorragoa izateko beharrezkotzat jotzen dugu jendearen heziketa hobetzea, bai laguntza eskatzeko azkartasunerako nola oinarrizko BBB teknikak ikasteko.

ZERG
ARAZ

Aizpu
Arabak

SARREF

Askotan
arloko p
gabe. B
oso inpo
tifikatut

HELBUF

Ospitale
dagokio

METOD

Popu
joaten d

Lagi
bateko l

Infor

Anal

EMAITZ

Guztira
Gipuzko
zutelako
-A=36;
16a -A=
zoa arin

ZERGATIK JOTZEN DUGU LARRIALDI ZERBITZUETARA, ARAZO ARIN BAT DAUKAGUNEAN?

Aizpuru F.
Arabako ikerketa-unitatea. Gasteiz

SARRERA

Askotan entzuten diegu, batez ere politiko eta osasun-gestoreei, baina baita osasun-arloko profesionaleei ere, sarriegi joaten dela larrialdi-zerbitzuetara, motibo handirik gabe. Beste muturrean, batzuek pentsatzen dute pertsona bat gaizki sentitzen bada, oso inportantea dela berarentzat eta, beraz, premiazko asistentzia eskatzea erabat justifikatuta dagoela.

HELBURUA

Ospitaletako larrialdietara joateko motiboaren larritasuna, pazienteen pertzepzioari dagokionez, ezagutzea.

METODOAK

Populazioa: Euskal Autonomi Elkarteko (EAE) ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetara joaten direnak.

Lagina: EAEko 2. osasun inkestaren barruan, aurreneko sei hilabetetan ospitale bateko larrialdi-zerbitzura joan zirela erantzun zutenak.

Informazio-bilduma: Etxean eta inkestatzaile baten laguntzaz egindako elkarrizketa.

Analisia: "SPSS para Windows", estatistikarako programaz egindakoa.

EMAITZAK

Guztira 794 pertsonek osatzen zuten lagina. Laginaren % 41a -Araban (A)=% 52; Gipuzkoan (G)=% 41; Bizkaian (B)=% 36 (p=0,09)- joan ziren larrialdietara pentsatzen zutelako bere arazoak, nahiz eta arina izan, premiazko asistentzia behar zuela; % 43a -A=36; G=52; B=40 (p=0,064)- arazo grabe bat zeukatela uste zutelako; azkenik, % 16a -A=11; G=7; B=25 (p<0,00001)-, joan ziren erosotasunagatik, nahiz eta bere arazoa arina zela jakin.

Bestalde, beste zentro baten ordez ospitalea aukeratzekotan, % 34ak -A=26; G=31; B=39 (p=0,17) pentsatzen du ospitaleetan beste zentroetan baino hobeto zaintzen dutela; % 19ak -A=29; G=15; B=17 (p=0,029) hurbilago dutela. % 14a -A=14; G=7; B=19 (p=0,0025), berriz, joan zen ospitalera larrialdi-zerbitzurik eskaintzen duen beste zentro bat ezagutzen ez duelako.

ONDORIOAK

Arazo arin bat daukagunean, beste edozein zentro aukeratu ordez, hauek dira, besteak beste, ospitaleetako larrialdietara joateko motibazioak:

- erosotasuna
- ospitaleen prestigioa
- ospitaleen hurbiltasuna (batez ere Araban)
- beste zerbitzuen ezagutzarik eza (batez ere Gipuzkoan)

LARRIALDIEN BERREGITURAKETA

Caminos J., Ikazuriaga N.
Ermuko Premiazko Laguntzarako Zerbitzua

SARRERA

Osasun-sailak, orain urte bi, agindu baten bidez larrialdietako zerbitzuen berregituraketa aurrera eramatea erabaki zuen, ospitalez kanpoko larrialdien garapenean bi sistema asistentzial bereiztuz: lehen mailako asistentzia eta premiazko unitateak.

HELBURUAK

Larrialdietako zerbitzuaren berregituraketaren balorazioa egitea

METODOA

Osasun-sailak, 1994an agindu baten bidez, larrialdien berregituraketa erabaki zuenetik ebaluazioa egiten da, ikerketa deskriptiboa erabiliz.

EMAITZAK

Berregituraketa egin ondoren, asistentzia hobetu egin dela esan dezakegu, batez ere, lehen mailako asistentzian; koordinazio-lanak zentralizatu ondoren, zentro periferikoetan ez da horrelakorik egiten: abisua egin ahal izateko medikuen kontratazioa gauzatu ondoren, zentrokoak ez dira kanporatzen eta kontsultara heltzen diren gaixoak atenditzen dira, horrela helburu nagusi bat lortuz, hau da, hogeita lau orduko asistentzia eskaintzea.

Abisuei dagokionez, lehen aipatu dugun bezala, pertsonala kontratatu izan dute zentrokoak barrutik ez irteteko; medikuak aurkitzea ez da arazo handia izan: nahiz eta benetako larrialdi baten aurrean aurkitu, koordinazioaren eta mediku lokalizatuen artean ez da sortu tirabirarik eta, are gehiago, filtrazio-lana egin arren , abisuen igoera nabaria izan da.

Premiazko unitateei buruz, aipatu, zentro koordinatzaileak goitik behera aldatu direla eta ez daukatela zerikusirik lehengoekin, gaur egun, eskaria gestionatzeko besteko baliabide materialak nahiz profesionalak baitaude eta, egia esan, horrek zentroetan gaudenoi konfiantza ematen digu.

Premiazko Osasun-garraioko sareari (P.O.G.S.) dagokionez, osasun-garraioak burutzen ditu eta premietarako ekipoek lan osagarria zentro kordinatzaileak garraioaren kordinazioa eta kontrol-lanak betez, duela gutxi berregituraketa egin da, anbulantziak gutxituz eta kontratazio berriak enpresa pribatuekin sinatuz; hala eta guztiz ere, ikusteko dago aldaketak zer-nolako eragina ekarriko duen.

Premiazko planari dagokionez, zentro kordinatzailearen helburua planen elaborazioa eta koordinazioa dela azpimarratu arren, oraindik ez dugu inolako planik ezagutu katastrofe baten aurrean medikuak aurre egin ahal izateko: lehenengoz, pertsonal guztiak ezaguna izan behar luke plana eta hori ziurtatzeko noizean behin plan simulatuak egin beharko lirateke, gainera, plana integratua egon beharko litzateke eta osasun-zentroa ospitalearekin lotua, horrela katastrofeari aurre egiteko beharrezko baliabideak edukitzeko.

Formazio aldetik, esan dezakegu oraindik inolako planik ez dagoela, bai! noizean behin kurtso solteren bat eta, beti bezala, pertsonalaren boluntarismoa aprobetxatuz besterik ez.

Amaitzeko, esan nahi genuke larrialdietako langileok sisteman marjinalak garen kontu hori egia biribila besterik ez dela, gaur egun, nahiz eta eskualdeetan integratuta egon eta osasun-zentroetako atala izan, gure marjinazioa ez da batere aldatu, gure inkomunikazioak hor dirau eta, geure aldetik ere, ez dugu inolako ahaleginik egin egoera honi buelta emateko.

ONDORIOAK

Larrialdien berregituraketa orokorrean positiboa izan da, batez ere hogeita lau orduko asistentzia eskaintzea, abisuak egiteko medikuen kontratazioa eta martxan jarri diren premiazko unitateak; hala ere, oraindik hutsuneak ikusten ditugu:

- Premiazko planak oraindik ez dira aurrera eraman
- Langileen komunikazioaren aldetik arazoak daude
- Formazio-planak ez dira gauzatu
- Premiazko osasun-garraioaren hobekuntza beharrezkoa da.

BIBLIOGRAFIA

1. EHAA-1994ko apirilak 14. Agindua, 1994ko martxoaren 29koa.
2. Atención Primaria, vol. 14 n.º 6 15 oct 1994. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. V. Alberola y F. Rivera.
3. Centro de Salud vol. 4 n.º 4. Estudio de la asistencia prestada en un servicio de urgencias extrahospitalario. A. Oliver Bañuls y Col.
4. Salud Rural n.º 3 2.ª quincena Febrero 1995. Medidas de recuperación y transporte urgente de los pacientes. John Vinen.
5. Salud Rural. n.º 2 1ª quincena febrero 1995. Planificación médica ante una catastrofe. Grahame Ambrose.
6. Noticias Médicas. 1-7 febrero 1995 n.º 3.566. Treinta años de urgencias. 061: algo más que un número.

RANS
IRIZP
AKUT

Martín
Txagor

SARRER

Guztiz g
duten la

Rans
ak izan
diren m
sailkaper

HELBUR

Pankreat
sale beza

METOD

100 pan
bakoitze
Tomogra

EMAITZ

Ranson-
konplika
ko % 3
puntu b
zituzten.

RANSON-EN ETA KONPUTATURIKO TOMOGRAFIAREN IRIZPIDE PRONOSTIKOEN BALORAZIOA PANKREATITIS AKUTUAN

Martínez de Guereñu B., Echeverria F., López F., Arrizabalaga R.
Txagorritxu Ospitalea. Erradiologia Zerbitzua. Gasteiz

SARRERA

Guztiz garrantzizkoa da pankreatitis akutuen artean aldez aurretik bereiztea zeintzuk duten larriak izateko arrisku handia.

Ranson-en irizpide kliniko klasikoak eta Balthazar-en irizpide tomodentsitometrikoak izan dira orain arte pankreatitis akutuaren pronostikoa aurreikusteko gehien erabili diren metodoak. Grabetasun Tomografikoaren Indize berria sortu arte (Balthazar-en sailkapen berria) ez zen pankrearen nekrosia kontuan izaten.

HELBURUAK

Pankreatitis akutuaren konplikazioak aurreikusteko nekrosi pankreatikoak indize aurresale bezala duen balioa ezagutzea.

METODOAK

100 pankreatitis akuturen historia klinikoen ikerketa erretrospektiboa egin dugu. Kasu bakoitzean, konplikazioak, Ranson-en irizpide klinikoak eta pankrearen Konputaturiko Tomografiak (lehen astearen barnean egindakoak) aztertu ditugu.

EMAITZAK

Ranson-en hiru irizpide baino gutxiago zituzten gaixoen arteko % 21ek izan zituzten konplikazio larriak. Balthazar-en sailkapen zaharreko D edo E motako pankreatitisetako % 35ek ez zuten arazorik izan eboluzioan. Sailkapen tomografiko berriarekin 6 puntu baino gehiago zuten gaixo guztiek eboluzio txarra eta konplikazio larriak izan zituzten.

ONDORIOAK

1.- Ranson-en hiru irizpide baino gutxiago izateak ez du esan nahi pankreatitis akutuak ez duela eboluzio txarrik izango.

2.- D eta E gradu tomografiko klasikoek ez dute adierazten konplikazioak sortuko direnik derrigor kasu guztietan.

3.- Balthazar-en sailkapen tomografiko berria (Grabetasun Tomografikoaren Indizea), nekrosi pankreatikoa kontuan hartzen duena, da pankreatitis akutuentzako irizpide pronostiko egokiena.

ANI

Furu
Gipuz

SARRI

Larrial
kitzen
ikusi e

MATE

Labora
agertu
tan ag

EMAIT

Guztira
nezkoa
16.2 (
izan da
mokro
baxu z
zen 5 e

Talc
eta 5 (
zeinua
ia beti.

Ane
hain zu
urdaile
daude,
lotuta.
txiegita

ANEMIA LARRIAK

Furundarena J.R., Yañez M.J., Apalategi M.
Gipuzkoako Ospitaleko Laboratorioko Hematologiako Sekzioa

SARRERA

Larrialdietara etortzen diren gaixo ugarik eta ospitaleratutako askok ere anemia edukitzen du. Lan honen asmoa zera da, anemia hori zenbateraino larriagotu daitekeen ikusi eta gaixo horien ezaugarriak aztertzea.

MATERIALA ETA METODOAK

Laboratorioko analisien datu-basea erabiliz 95ean eta 96an anemia larria (Hb<=6 g/dl) agertu duten gaixoen historia klinikoak atera ditugu. Gaixo bera behin baino gehiagotan agertu denean lehenengo analisia eta ospitalizazioa bakarrik hartu ditugu kontuan.

EMAITZAK

Guztira 74 paziente aztertu ditugu. Batez beste 69 urteko adina zeukaten, 41 gizonezkoak ziren eta 33 emakumezkoak. Batez besteko Hb eta Hto 5.2 g/dl (3.1-6) eta % 16.2 (9.6-20.5) izan dira hurrenez hurren. Anemiaren sailkapen analitikoa honakoa izan da: normozitikoak % 30.4, mikrozitikoak % 46.3 eta makrozitikoak % 23.1; normokromikoak % 24.2, hipokromikoak % 50 eta hiperkromikoak % 25.7. Ferritina baxu zegoen 12 / 20 kasutan. Azido folikoaren eta B12 bitaminaren eskasia atzeman zen 5 eta 3 kasutan hurrenez hurren.

Talde osotik 69 (% 93.2) larrialdietako zerbitzura etorritako pazienteak izan ziren eta 5 (% 6.7) ospitaleratutako kasuak. Gaixo hauek agertzen zituzten sintomak eta zeinuak sindrome anemikoarekin eta hemorragia digestiboarekin lotutakoak izan ziren ia beti.

Anemiaren etiologiari dagokionez sarrien agertu den faktorea, 34 kasutan (% 45.9) hain zuzen, hemorragia digestibo akutua edo kronikoa izan da, eta duodenoko eta urdaileko ultzerak nabarmendu dira. Bigarren arrazoi bezala anemia ferropenikoak daude, hauek 15 kasutan (% 20.2) atzeman baitira eta hauetatik 5 gastroerosiboekin lotuta. Azkenik beste faktore anitz aurkitu ditugu: minbizi ezberdinak, giltzurrun-gutxiegitasuna, azido folikoaren edo B12 bitaminaren eskasia, hemolisiak, etab.

la gehienek, 66 pazientek, odol-transfusioa hartu zuten. 4 paziente ospitalizazio honetan hil egin ziren.

ONDORIOAK

Anemia zenbait egoeraren ondorio bat da, azkar agertzen bada sintomak ere goiztiarrak izaten dira baina pixkanaka agertzen denean pazientea anemiara egokitzen da. Hb 6 g/dl baino baxuagoa denean gaixoa ospitalera etorri gabe nekez egon daiteke. Gure Ospitalean anemia larrien arrazoi nagusia hemorragia digestiboa izan da. Talde osotik 4 gaixo bakarrik hil dira.

PREMIAZKO KOLANGIOPANKREATOGRAFIA ETA ESFINTEREKTOMIA ENDOSKOPIKOA

Mugica F., Urdapilleta G., Martín A., Muñagorri A., Recasens Mª T., De Frutos A., Uranga A.
Gipuzkoako Ospitalea. Digestiboko Eta Kirurgiako Zerbitzuak

Kolangiopankreatografia endoskopikoaren eta esfinterektomiaren indikazioak azken urte hauetan asko zabaldu dira. Gaur egun, pankreatitis biliar akutu larrietan eta kolangitis akutuetan, premiazko kolangiopankreatografia eta esfinterektomia endoskopikoa oinarrizko tratamendutzat aukeratzea onartuta dago eta gainera kasu batzuetan erabateko tratamendua izango da.

Premiazko esfinterektomia endoskopikoaren eraginkortasuna eta ziurtasuna ikertzea gure zentroan izan da gure lanaren helburua.

Horretarako 1996 urtean zehar egindako kolangiopankreatografia endoskopiko guztiak aztertu eta premiazkoen ala hautazkoen taldetan sailkatu eta gero, bi talde hauen eraginkortasuna eta konplikazioen kopurua konparatu ditugu.

Ondorioz ikusten dugu ez dagoela ezberdintasun estatistikoki esanguratsurik bi talde hauen artean.

PREMIAZKO ENDOSKOPIA GOIKO ODOLJARIO DIGESTIBOAN

Zabaleta S., Enciso C., Delgado E., García F.
Txagorritxu Ospitalea. Aparatu Digestiboko Zerbitzua. Gasteiz

SARRERA

Goiko odoljario digestiboa (GOD) gehien gertatzen direnetako larrialdi bat da, bere ondorioz ingresatutakoen urteko kopurua 80/100.000 biztanleko gutxi gorabehera kalkulatzen delarik. Bere hilkortasuna % 4 - % 25 artean dabil.

HELBURUAK

Lan honetan, goiko odoljario digestiboagatik gure ingurunean gertatzen den premiazko endoskopiaren intzidentzia, etiologiarik arruntena eta urteko ingresuen kopurua aztertu nahi ditugu.

METODOAK

1993ko urtarrilaren 1etik, 1996ko abenduaren 31 arte (4 urte) burutu ditugun endoskopietatik, premiazkoak hautatu ditugu eta goiko odoljario digestiboagatik egindakoak ikustatu, eginkortasuna, lesio etiologikoen aurkikuntza eta diagnostiko arruntenak aztertuz.

EMAITZAK

Aztertutako denboraldiari 19.380 endoskopia dagozkio, 1.750 (% 9,02) premiazkoak izanik, eta hauetatik, 1.601 goiko odoljario digestiboaren susmoagatik burututakoak. Honek endoskopia guztien % 8,2 suposatzen du eta premiazko endoskopien % 91,4.

Endoskopia egitea 1.537 kasutan lortu da, % 96ko eginkortasuna gauzatuz

Lesioa, (bat edo gehiago) 1.221 kasutan zehaztu da (% 79,4). Ikerketa normala 120 kasutan (% 7,8) ikusi da, eta beste guztietan (% 12,8) odoljarioaren lekua deskribatzen da.

Gehien ikusi den lesioa ULTZERA PEPTIKOA da, 563 kasutan (% 46,1), duodenoko ultzera izanik guztietan arruntena, 400 kasu (U.Peptikoaren % 71). Honela, goiko odoljario digestiboagatik burututako endoskopietan aurkitzen den lesio guztien % 32,7a osatzen du duodenoko ultzerak berak bakarrik.

Ondoren UMLAk (urdail-mukosako lesio akutuak) datoz, 228 kasu (% 18,6), Duodenitisak 225 (% 18,4) eta Esofagitisak 214 (% 17,5). Hestegorriko Barizeak 174 kasutan (% 14,2) besterik ez dira ikusi baina 89 kasutan odoljario aktiboan.

Gure Ospitalea 300.000 biztanleko eskualde baten erreferentzi ospitalea da. Azken bi urteei (1995-96) dagokien ingresatuen kopurua, guztira 37.440koa da, goiko odoljario digestiboagatik 674koa (% 1,8) izanik. Honek adierazten du goiko odoljario digestiboagatik 337 ingresatu/urteko gauzatzen direla, 113/100.000 biztanleko intzidentziarekin.

ONDORIOAK

1.- Goiko odoljario digestiboa premiazko endoskopien zergatirik arruntena da (% 91,7). Eginkortasun endoskopikoa % 96an lortzen da eta potentzialki odoljariatzailea den lesioren bat % 79,4an zehaztu.

2.- Gehien ikusten den lesioa Ultzera Peptikoa da (% 46,1), duodenokoa batik bat.

3.- Goiko odoljario digestiboagatik gure Ospitalean ingresatutakoen urteko kopurua, 113/100.000 biztanlekoa da.

NOLA TRATATU BEREZKO PNEUMOTORAX IDIOPATIKOA (BPI) KATETER MEHE BATEZ

Thalamas A., Ventura L., Aginaga J.R., Hernandez C., Argaia J., Iglesias R.
Gipuzkoako Ospitalea. Larrialdi-Zerbitzua.
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Toraxeko Kirurgi Zerbitzua.

SARRERA

Gipuzkoako Ospitaleko Larrialdi-Zerbitzuak Arantzazuko Amaren Ospitaleko Toraxeko Kirurgi Zerbitzuak egindako ikerketa batean parte hartu du. BPI tratatzeko dauden tekniken artean, Larrialdi-Zerbitzu batean, arazo gutxirekin eta erraz egin daitekeen metodo berri bat azaldu nahi dugu.

HELBURUAK

Ikerketa honen helburua BPIren lehen episodioa eduki zuten pazienteekin tratamendu kontserbadorea egitea zen: ziztada-aspirazio sinplea kateter mehe batez. Lan honetan gure Larrialdi-Zerbitzuan, 1995 eta 1996 urteetan, BPI zuten pazienteei zein tratamendu-mota egin zitzaien eta zein ondorio izan zituzten azalduko ditugu.

METODOA

BPIren bolumena < %15 duten pazienteak:

Sintomarik ez badute, etxera bidaltzen dira, eta Toraxeko Kirurgiako Kanpo-Kontsultetatik (TOKIKAK) kontrolatzen dira.

Sintomarik baldin badute (mina, eztula, disnea), ingresatu egiten ditugu 24 orduz behaketa egiteko:

-Sintomak ez badira gehitzen, eta erradiografietan (Rx) pneumotoraxak (PT) ez badu gora egiten, pazientea TOKIKAKera pasatzen da.

-Sintomak areagotu egiten badira, edo X izpietan PTk gora egiten duela ikusten baldin bada, BPIren bolumena > % 15 kasuetan bezala tratatuko da.

BPIren bolumena > %15 duten pazienteak:

Prozedura: ZIZTADA-ASPIRAZIOA:

a) Behar den materiala: Zapiak, eskularruak eta gasa esterilak; antiseptikoak; 5 eta 50 cc-ko xiringak; muskulubarneko xiringa; lidokaina % 1ean (10 ml.),. Bisturia; CF8 eta Heimlich balbula

b) Teknika: Aurretik sedatu, behar izanez gero. Antiseptikoarekin zona garbitu, eta anestesiko lokalarekin infiltratu saihetsarteko 2. espazioan, lerro medioklabikularrean, 3. saihetseko ertzaren gainetik, pleura parietaleraino. Konprobatu egin behar da pleura barnean airerik ba ote dagoen. Bisturi-puntarekin 3 mm-ko ebakia egin eta CF8rekin trokarra sartu; erresistentziarik ez dagoela nabaritzean, kateterrari bultza egin (3-5 cm sartu) eta trokarra atera. Kateterra larruazalari lotu esparatrapuz. Lotu kateterrari 3 bideko giltza, eta aspiratzeari ekin 50 cc-ko xiringarekin, poliki-poliki, pistoia mugitzeko erresistentzia dagoela nabaritu arte (guztiarekin ere, 5 litro baino gehiago ez). Itxi 3 bideko giltza, eta Rx egin CF8 kendu gabe.

Eboluzioa:

Rx normala baldin bada, 3 orduz edo hurrengo egunera arte eduki pazientea, CF8 itxita, berriro Rx egiteko. Rx normala bada orduan, CF8 kendu, gaixoari alta eman eta TOKIKAKerako zita eman.

Aldiz, PTek ez badu alde egiten, pazientea ingresatu beharra dago Toraxeko Kirurgi Zerbitzuan.

EMAITZAK

Azkeneko 2 urte hauetan 35 kasu ikusi ditugu:

-6 kasutan (% 17.1) BPIren bolumena <% 25ekoa zen. Pazienteen batez besteko adina 21.5 urtekoa zen.

-11 kasutan (% 31.4) Toraxeko Kirurgi Zerbitzura bidali genituen zuzenean, birikak patologikoak zirelako edo azaltzen ziren konplikazioak tratamendu berezia behar zutelako. Pazienteen batez besteko adina 42.3 urtekoa zen.

-18 kasutan (% 51.4) Ziztada-Aspirazioa kateter mehe batez egin zen tratamendu bezala. Pazienteen batez besteko adina 25.7 urtekoa zen.

-9 kasutan eboluzioa ona izan zen eta TOKIKAKera bidali genituen. BPIren batez besteko bolumena % 39koa zen.

-8 kasutan eboluzioa txarra izan zen, PT mantenduz teknika egin eta gero. BPIren batez besteko bolumena % 69koa zen.

-Kasu baten informazioa falta da.

ONDORIOAK

Gure ustez, BPI tratatzeko metodo hau, CF8z egindako aspirazio sinplea, alegia, efikaza eta segurua da; eta bestalde, Ospitaleko egonaldia laburtzeaz gain, Larrialdi-Zerbitzutik zuzenean etxera joateko aukera eskaintzen dio pazienteari.

FOURNIER GANGRENA

Madina I., Garmendia G., Azparren J., Catedra A., Muro I., Arocena F.
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Urologiako zerbitzua.

SARRERA

Kanpoko genitalen larruazaleko bat-bateko infekzio gangrenosoa, Fournier gangrena izenez ezagutzen da (1883. urtean egile honek deskribatutako entitatea). Geroztik badira gehienbat pertsona helduen artean argitaratutako 500 bat kasu. Gizonezkoen artean intzidentzia 7.500eko 1ekoa da.

HELBURUAK

Gaixotasun honen larritasuna azaltzea eta aditzera emateko hainbat era desberdin deskribatzea. Alde batetik era "fulminantea", lesio nekrotikoz josia, shock septikoa ezarriz. Eta beste aldetik, adierazpen honen era goiztiarra, genitalen larruazaleko lesioak diskretuak direlarik (fliktena, hazkurea, gorritasun mingarria), gehienetan garrantzi gabeko lesiotzat hartuz.

METODOAK

Azken urteotan gure zerbitzuan ikusi ditugun zakil-eskrotoko bost gangrena-kasu aztertu ditugu.

EMAITZAK

Gaixoen batez besteko adina 60-80 urtetan dago. Berrikusitako 5 kasuetatik 4tan faktore laguntzailea agertu zen. Guzti horietan minbizia izan da faktore eraginkorra.

Gaixoen sarrera-unean hiruk egoera orokorra normala zuten, bete biekin neurri gogorrak hartu behar izan zirelarik.

ONDORIOAK

Printzipalki, germen aerobio eta anaerobioek sorturiko infekzio bat da, garapen intrabaskularra duen endarteritis obliteratzailea sortarazten duena, nekrosi tisular batera helduz.

Guzti honetan gehien laguntzen duena diabetesa da eta ondoren alkohol gehiegi edateak.

Gangrena nabarmenarazteko faktore eragingarri sarrienak eskrotoko erosioak, haginkadak, estalduragatik sortutako traumatismoak, maskuriko sonda iraunkorra, etab. izan ohi dira.

Honen ondorioz ager daitezkeen konplikaziorik usuenak giltzurruneko gutxiegitasuna eta arnas gutxiegitasunak dira (helduaren arnas distresa).

Hilkortasun-tasa %10-20 ingurura jaitsi da, antibiotikoei esker.

EUSK
ZENT
PROZ

Labak
Ortiz
Gipuzk

SARREF

Azterke
Euskal K
ra ezber
baterat
dituzter

HELBUI

-Euskal
haztea.

-Prozesu

-Profesi
eragite

METOD

Lehenik
izan zel
sionalee
oinarritu

EMAITZ

Galdetu
ohizko

EUSKAL KOMUNITATE AUTONOMOKO ZENTROETAN GARBIKETA GASTRIKOAREN PROZEDURAN DAGOEN ALDAKORTASUNA

Labaka J., Ansa J., Azpiazu M., Estanga J., Irisarri M., Merino I., Ortiz de Elguea F. J.
Gipuzkoako ospitalea. Larrialdiak. Donostia.

SARRERA

Azterketa hau egitera bultzatu gaituzten arrazoiak honako hauek dira: Alde batetik, Euskal Komunitate Autonomoko eritegietan garbiketa gastrikoa egiterakoan prozedura ezberdinak jarraitzen direlakoaren susmoa. Bestetik, gure esperientziak dio irizpide bateratuak edukitzeak abantaila suposatzen duela. Baita ere beste eritegietan egiten dituzten sistemak kontrastatzeak gure sistemarekiko ekar dezakeen hobekuntza.

HELBURUAK

-Euskal Komunitate Autonomoko zein zentrotan egiten den garbiketa gastrikoa zehaztea.

-Prozesua jarraitzean sortzen diren desberdintasunak behatzea.

-Profesional desberdinengan prozedura hau egiteko irizpide bateratuak sortzeko kezka eragitea.

METODOAK

Lehenik eta behin galdeketa bat prestatu genuen, berau datu-bilketarako lehen iturria izan zelarik. Gero Euskal Komunitate Autonomoko 26 zentrotako erizaintzako profesionaleei egindako elkarrizketa pertsonaletan eta telefono-deien bidez egindakoetan oinarritu ginen.

EMAITZAK

Galdetutako 26 eritegi hauetatik 16tan egiten dute garbiketa gastrikoaren prozedura, ohizko moduan edo nohizbehinka.

Eritetxe bakoitzeko maiztasuna urteko 1etik eguneko 2-3ra doa.

Egunero 10 garbiketa egiten dira batez beste, beraz, guztira 5.500 urtean.

Gehienbat 14CH edo 18CH bitarteko kalibreko "Salem"-eko sonda nasogastrikoa delakoa erabiltzen da.

Eritegi gehienetan ikatz aktibatuaren soluzioa eman aurretik, suero fisiologikoarekin egiten dira garbiketa gastrikoak.

Ikatz aktibatua mordoka edo komertzialki prestatua aurki daiteke.

Ikatz aktibatuaren dosia 50 g-koa da eritegi guztietan.

Ikatz-disoluzioa egiteko erabiltzen den likido-kopurua 200 cc eta 500 cc bitartekoa da.

Eritegi gehienetan garbiketa-teknikarekin batera edo geroago ez da laxanterik erabiltzen.

Galdetutako % 70 eritegitan ez dago aurreko prestakuntza berezirik, prozesua zuzenduko duen arautegirik.

Bestalde ikatza eman eta denbora batera leku batzuetan atera egiten dute eta beste batzutan ez.

Oso kasu berezietan, goragarriak edo oka eragileak erabiltzen dira.

ONDORIOAK

Garbiketa gastrikoaren prozeduran gertatzen diren desberdintasunek gure hipotesia baieztatzen dute.

Normalean irizpide pertsonalak erabiltzen dira, ez finkatutako arautegirik.

"Merkatal preparatuaren" erabilerak prozedura-irizpide bateratuetara eraman ditu, bertan agertzen diren arauetan oinarritzen baitira.

Beraz, nabaria da prozedura-irizpide bateratu batzuen beharra.

MEDIKAMENTUAK, LARRIALDIEN ITURRI ZAHARRETAN

Uranga N., Genua E., Arrasate P. (Farmazilari Euskaldunen Elkartea)
Bermingham ospitalea. Osasun Saila. Gipuzkoako Osasun Lurralde Ordezkaritza. Farmazi Unitatea. Donostia.

SARRERA

Biztanlegoaren barruan, zaharrak gero eta talde handiagoa bilakatzen ari dira. Bestalde, 65 urtetik gorakoen arteko % 78ak luzerako patologia edo patologia kronikoren bat jasaten du. Pluripatologia eta kronizitatearen ondorio gisa dator preskribatzen eta kontsumitzen diren medikamentuen kopurua ikaragarri handitzea.

Medikamentuak gaixotasunak sendatzeko eta kontrolatzeko erabili arren, jakin badakigu gaixotasun iatrogenikoen kausa ere bihur daitezkeela. Beraiek sortutako aurkako eraginen (MAE) maiztasuna % 4tik % 24ra igotzen da 5 farmako hartzetik 11-15 bitartean hartzera aldatuz gero. Azkeneko 25 urteotan egin diren ikerketa-lanek azaltzen digutenez, erreakzio hauen eta adinaren artean erlazioa ere badago.

Hitz gutxitan zera esango genuke, faktore farmakozinetiko eta farmakodinamikoen aldaketa, gehi egoera sozial eta mentalak, polifarmaziarekin batera, direla arazo honen arrazoi posibleenak. Dena dela, pluripatologiak eta preskripzioen betetzeetan dauden alde ezberdin eta nabarmenek zailtzen digute erlazio hau gogoz eta ziurtasunez baieztatzea.

Honela, medikamentu-kopurua alde batera utzirik, kontrako erreakzioak sufritzeko zerikusi edo eragina ikaragarri handitzen da 50 urtetik gorakoentzat. Bikoiztu edo hirukoiztu egiten da 60 urtetik gorako gizakientzat.

HELBURUAK

Honez gain, erreakzio hauen garrantzia ere handiagotu egiten da, sarritan, ospitalizazioen kausa bihurtuz. Horregatik medikamentuen ondorioz emaniko larrialdi eta ospitalizazioen maiztasuna eta zergatien neurketa aztertzea izango da gure helburua lan honetan.

METODOAK

Horretarako azkeneko hamarkadan arlo honen barruan egin diren ikerketen errebisio zehatza eraman dugu aurrera.

EMAITZAK

Medikamentuak sortutako larrialdien arrazoi garrantzitsuenen artean, ondorengo hauek agertu dira: aurkako eraginak (% 40-47), preskripzioak ez betetzea (% 27), dosi altuak edo/eta medikamentu-kopuru handia hartzeagatik (% 25) eta elkarrekintzen ondorioz.

Beste batzuen artean, arazo gehien sortzen dituzten medikamentuak hauxek dira: digitalikoak, AINE, diuretikoak eta teofilina.

ONDORIOAK

Zein neurri hartu beharko genituzke zaharretan medikamentuen erabilera hobetzeko?

* Zaharren artean eta zahartzaroarekin ematen diren prozesuen ezaguera zuzena edukitzea.
* Maiz azaltzen diren gaixotasunak, beraien kronizitatea, eta haientzat erabiltzen diren medikamentuen ezagutza sakon eta zehatza.
* Farmazilariek medikuekin lankidetzan jardutea.

GIBELEKO HEMANGIOMEN AZTERKETA TURBO SPIN EKO SEKUENTZIAN. SE KONBENTZIONALAREKIKO KONPARAZIOA

Alustiza J.M., Recondo J.A., Villanua J., Barrera M.C., Salvador E., Galardi A.
OSATEK. Donostiako unitatea

SARRERA

Hemangioma gibelean maiz sortzen den tumorea da. Gehienetan garrantzi handirik gabekoa baldin bada ere beste lesioetatik desberdintzea oso garrantzitsua da, gibeleko metastasietatik batez ere.

Diagnostiko diferentzial hau kasu gehienetan ekografiaren bidez egiten da, baina % 7-15 kasutan, anizkoitza edo atipikoa izanik, bigarren teknika bat behar da zehaztasun gehiago lortzeko.

Bigarren honetan erresonantzia magnetikoaren (RM) gaitasuna garbi azaldu da, batez ere 80ko hamarkadan egindako lan askotan. Lan hauetan T2 SE sekuentziak zehaztasun handia erakutsi du, batez ere TE oso luzea denean (160 msg-tik gorakoa). Baina sekuentzia hauek desegokitasunak ere badituzte, adibidez iraupen luzea eta irudien kalitaterik eza.

Azken urteotan Fast SE (TSE) deritzan sekuentzia berri bat erabiltzen hasi dira abdomeneko azterketan. Honek irudiak lortzeko denbora laburragoa behar du eta TE handiagoa erabil dezake kalitatea galdu gabe.

Lan honetan, besteak beste, TSE sekuentzia honen abantailak baieztatzen ditugu gibeleko hemangiomen azterketan.

HELBURUA

Gibeleko hemangiomen diagnostikorako TE egokiak bilatu TSE sekuentzian.

MATERIALA ETA METODOAK

Gibeleko hemangiomak dituzten 14 gaixo aztertu genituen, bakoitzean SE eta TSE sekuentziak erabiliz (guztietan TE 120 msg-tik gorakoa izanik)

Sekuentzia guzti hauetan, hemangioma/gibela ratioa neurtu zen, eta bai hemangioma baita parenkima normala ere aztertu genituen analisi kualitatibo batean.

EMAITZAK

TE handitzen den neurrian (100, 150, 200, 300 eta 400 msg) hemangioma/gibela ratioa ere handitzen doa (3.1, 5.6,7.7,10.3 eta 11.5ko batez bestekoak lortuz).

Egitura eta morfologia aldetik hemangiomen jokaera TSE sekuentzian SE sekuentzian bezalakoa izan zen.

200 msg-tik gorako TErekin burrunba edo zaratak sortutako irudien artefaktua handitzen doa kalitatezko analisia eragotziz.

ONDORIOAK

200 msg-ko TErekin TSE teknika baliagarria da gibeleko hemangiomen diagnostikoarako, SE konbentzionalean erabilitako irizpide semiologiko berak erabiliz.

MAR
ARRI

Romer
Virgen

AITZINS

Marfan-
an, begi
larritasun
bi, bihot

KASU K

1. ka
kardioge
ekino-ba
tzaion b

2. ka
tu zitzaio
hiper-ela
laren pr
Eritasuna
ariketa f
arte ez z

IRUZKIN

Marfan-
tzailea d
tasuna, l

Larrit
nahiko r
dilatazio

MARFANen ERITASUNAK JOTAKO HAURREN ARRISKU KARDIOBASKULARRA

Romero C., Martinez P., Duran G., Clerigue N., Flores U.
Virgen del Camino Ospitalea. Iruña.

AITZINSOLASA

Marfan-en eritasunean zenbait adierazgarri eta sintoma azaltzen dira batera: eskeletoan, begietan eta aparatu kardiobaskularrean. Pronostikoa bihotz-hodietako sintomen larritasunaren araberakoa da. Gure ospitalean diagnostikatutako kasuen artean badira bi, bihotz-hodietako afektazio larri samarra izan dutenak.

KASU KLINIKOAK

1. kasua. 13 urteko neska, arnas gutxiegitasuna, murmurio diastolikoa eta shock kardiogenikoa. Neska garaia zen, oso mehea. Bularralde hondoratua zuen, zango ekino-baroak eta zifoeskoliosia. Aortako aneurisma disekatzailea diagnostikatu zitzaion baina barneko odoljario larriagatik.

2. kasua. 13 urteko mutila, zazpi hilabete zituela Marfan-en eritasuna diagnostikatu zitzaiona. Bular hondoratutik operatua. Oso altua. Araknodaktilia, hezur-giltzaduren hiper-elastikotasuna, eskoliosia eta espondilolistesia. Sei urte zituenean balbula mitralaren prolapsoa diagnostikatu zitzaion eta zazpi urterekin aorta-erroaren dilatazioa. Eritasunaren garapena zela-eta, eta bihotzaren disfuntzioa gertatzeko arriskuagatik ariketa fisikoa murriztu zaio eta segimendu medikoa egiten zaio aldian-aldian. Orain arte ez zaio anomalia handirik aurkitu.

IRUZKINAK

Marfan-en eritasuna konektibopatia orokorra da, herentzia autosomiko menderatzailea duena. Eriak behatz luzea izaten ditu (araknodaktilia), lotailuen hiper-elastikotasuna, bularralde hondoratua, kristalinoaren azpi-lokadura eta miopia.

Larritasun klinikoaren graduak desberdinak badira ere, bihotz-hodietako anomaliak nahiko maiz azaltzen dira. Kasuen % 30-60an aorta-erroaren eta goranzko aortaren dilatazioa izaten da, azkenean balbularen gutxiegitasuna edo aneurisma disekatzailea

ematen duena. Eri gehientsuenek prolapso mitrala izaten dute, hasieran sintomarik gabea, baina balbularen gutxiegitasuna sor dezakeena. Gainera, oso altuak direnez gero, saskibaloiko jokalariak izaten dira, eta horregatik kantxan bat-bateko heriotza izateko arriskua izaten dute.

Diagnostikoa egiteko zeinu hauetaz baliatuko gara: zeinu morfologikoak, eskeletikoak, begietakoak eta batez ere bihotz-hodietako aparatukoak. Azterketa eta segimendu ekokardiografikoa da bihotzaren anomaliak garaiz harrapatzeko modurik hoberena. Konponbide kirurgikoa dute. Kasu aurreratuenetan aneurisma disekatzailea gerta daiteke eta horren ondorioz bat-bateko heriotza (horrelaxe gertatu da Marfan-en eritasunak jotako emakumeen kasuren batean, haurra izateko ahaleginetan).

ONDORIOA

Klinikoki diagnostikatutako Marfan-en eritasunak (herentzia menderatzailea duenak) askotan afektatzen du bihotz-hodietako sistema. Prolapso mitrala eta aortaren dilatazioa dira konplikazio adierazgarrienak. Kontseilu genetiko egokia eta segimendu kliniko eta ekokardiografikoa egin behar dira kasu guztietan.

ISTRIPUA-HERIOTZA BITARTEAN ERAGITEN DUTEN FAKTOREEN ANALISIA

Ibarguren K., Mintegi I., Murgialdai A., Txoperena G., Romo Q., Azaldegi F.
Arantzazuko Ama Ospitalea. Ardura Intentsiboak.

SARRERA

Istripu-mota ezberdinek maiz eragiten dute heriotza. Mota bakoitzak hiltzea noiz eta nola sortzen duen ezagutzeak baliabideak hobeto erabili eta tratamendua hobetzea eragin dezake.

HELBURUAK

Gipuzkoan, 1995eko urtarrilaren 1etik 1996ko ekainaren 30era bitartean arrazoi traumatikoengatik hildako pertsona guztietan istripua-heriotza bitartean eragiten duten faktoreen analisia.

METODOAK

Zeharkako ikerketa prospektiboa. Menpeko aldagaia: Istripua-heriotza bitartea ordutan. Aldagaiak: Adina, sexua, trauma-mekanismoa (trafikoa, lanekoa, besteak), intentzioa (suizidioa edo istripuzkoa), arrazoi funtzionala (neurologikoa, ez-neurologikoa). Datuen iturriak: Larrialdien koordinaziorako herrialdeko zentroa, txosten autopsikoa. Analisia: Batez bestekoen konparaziorako "t-student" eta "ANOVA" erabili ziren, proportzioen konparaziorako "ji-karratua".

EMAITZAK

Ikertutako heriotzak 252 izan ziren. Adinaren batez bestekoa: 43.5 SD 20.3 urte. Sexua: % 76 gizonezkoak, % 24 emakumezkoak. Suizidioagatik hildakoak (batez bestekoa 5.5 ordu), istripuaren ondoriozkoak (batez bestekoa 28.4 ordu) baino azkarrago hil ziren ($P < 0.01$). Lesio neurologikoek (11 orduko batez bestekoa), ez neurologikoek baino (batez beste 38 ordu) heriotza azkarragoa eragin zuten ($P < 0.05$). Hirurogeita hamar urtez gorakoak (47 ordu), gainontzekoak baino (23.7 ordu) denbora gehiago

bizi izan ziren baina ezberdintasun adierazgarririk gabe ($P > 0.05$). Ez da Istripua-heriotza bitartea eta adina, sexua, lesio-mota eta traumatismoaren mekanismoa aldagaien arteko erlaziorik aurkitu.

ONDORIOAK

Lesio neurologikoek, suizidioek eragiten duten heriotza, afektazio neurologikorik gabeko nahigabeko istripuen ondoriozko heriotza baino azkarrago ematen da. Ez da ikertutako gainontzeko aldagaiekin erlaziorik aurkitu.

HILKORTASUN TRAUMATIKOA GIPUZKOAN. EPIDEMIOLOGIA

Txoperena G., Ibarguren K., Mintegi I., Murgialdai A., Azaldegi F., Romo Q.
Arantzazuko Ama Ospitalea. Ardura Intentsiboak.

SARRERA

Traumatismoak heriotza-arrazoi nabarmena dira, batez ere pertsona gazteen artean. Hauek hobeto tratatu ahal izateko, zein baldintzatan gertatzen diren jakitea ezinbestekoa da.

HELBURUAK

Gipuzkoan, 1995eko urtarrilaren lehenengotik 1996ko ekainaren 30era bitarteko aldian arrazoi traumatikoengatik hildako guztien datu epidemiologikoen ezaguera.

METODOAK

Zeharkako ikerketa prospektiboa. Aldagaiak: Adina, sexua, trauma-mekanismoa, hiltzegunea, lesio-mota (sarkorra edo ez-sarkorra), intentzioa (suizidioa edo istripuzkoa), heriotzaren arrazoi organiko eta funtzionala, ISSa. Datuen iturriak: Larrialdien koordinaziorako herrialdeko zentroa, txosten autopsikoa eta ospitaleko historia klinikoa.

EMAITZAK

Ikertutako 252 heriotza traumatikoetatik 199 kasutan (% 79) ikerketa autopsikoa egin zen. Adinaren batez bestekoa: 43.5 SD 20.3 urte. Sexua: % 76 gizonezkoak, % 24 emakumezkoak. Traumaren mekanismoa: Trafikoa (% 42.9), amiltzea (% 13.9), lanekoa (% 9.5), armak (% 6), erorketa (% 3.2), leherketa (% 0.4), besteak (% 9.9). Heriotza-gunea: In situ (% 49.4), garraioan (% 17), ospitale batean (% 33.6). Lesio-mota: Sarkorra (% 7.2), ez-sarkorra (% 92.8). Intentzioa: Suizidioa (% 22.1), istripua (% 77.9). Heriotzaren arrazoi funtzional nagusiak: Heriotza zerebrala (% 39.5), shock hemorragikoa (% 21.9), arnas gutxiegitasuna (% 16.7) eta arrazoi anitzekoa (% 17.1). Heriotza eragin zuten lesio anatomiko usuenak: garezur-leherketa (% 16), entzefalo-

enborreko odol-jario eta garun-edema (% 24), hodi nagusi edo bihotz-barrunbe baten haustura (% 16). Hildakoen % 51.6 berehala hil zen, % 27.2 lehen orduan, % 15.2 lehen 24 ordutan eta % 6a besterik ez lehen eguna ondoren.

ONDORIOAK

Heriotza traumatikoak jende gaztean eta batez ere gizonezkoetan ematen direla egiaztatzen da. Trafiko-istripuak arrazoi nagusia izaten jarraitzen dute eta hauetako asko bat-batean hiltzen dira arrazoi funtzional eta anatomiko anitzen ondorioz.