LARRIALDIETAN ERABILTZEKO MEDIKAMENTUAK. FORMULARIOA GARATZEKO OINARRIZKO PROPOSAMENA

Arrasate P.
Osasun Saila. Gipuzkoako Osasun Lurralde Ordezkaritza. Farmazi Unitatea.

SARRERA

Osasun-alorreko larrialdi-zerbitzuak gero eta erabiliagoak dira, bai ospitale-mailan baita lehen mailako laguntzan ere. Hortik dator esparru honetan medikamentu-hornikuntzaren ardura dutenen kezka, hau da, ohizko gaixotasun larriak azkar tratatu ahal izateko adina medikamentu eskumenean daudela ziurtatzea. Aldi berean, hala ere, aintzat hartu beharko dituzte hornikuntza honen beste baldintzak, besteak beste, medikamentuak aurkitzeko erraztasuna eta azkartasuna.

Baliabide guztiak ahal diren ondoen eta beraien eraginkortasun osoz kudeatzeak behartzen gaitu adieraztera zeintzuk liratekeen oinarrizko medikamentuak lehen mailako laguntzan. Batez ere, osasun-zentroak, ordezkaritzak, farmazi bulegoak eta lankidetzarako kanpo-zerbitzuak esparru honetan ari direla. Hori guztia lortzeko, beste jokabide batzuen artean hurrengo bi hauek aipatu behar dira, hau da, argitalpenen irizziak eta formularioak garatzea.

Partaidetza eta zabalkuntzaren alderditik, gehienbat, nabari dira bi azken hauen arteko ezberdintasunak. Gainera, metodologia bera ez dugu jokatuko bat edo bestea hautatutakoan, baina bilakuntza bibliografikoa beharrezkoa gertatuko zaigu. Bestalde, behar izan diren egokitzapenak ere gauzatu dira, bereziki baimendu edota salmentaratu gabeen kasuan.

HELBURUAK

Medikamentu-mailan erabaki-hartze prozesu klinikoarentzat laguntza izatea. Horretarako, larrialdietan erabilitako medikamentuen oinarrizko protokoloa lantzea proposatu da.

METODOAK

Oinarrizko hautapen bibliografikoa. Alegia, behar izan diren egokitzapenak ere gauzatu dira, bereziki baimendu edota salmentaratu gabeekin.

Garapena eta zabalkuntza gauzatzeko bideak.

LEHORTUTAKO AMANITA MUSCARIAZKO TOXIKAPENA

Murgialdai A., Txoperena G., Ibarguren K., Mintegi I., Marco P.
Arantzazuko Ama Ospitalea. Ardura Intentsiboak.

SARRERA

Aurrekari berezirik gabe, koman jasotako gaixoen diagnostiko zehatza zaila izaten da maiz. Kasu hauetan, analitika bereziek eta zenbait froga osagarrik lagun gaitzaketen arren, susmoa izan daiteke laguntzarik eraginkorrena. Toxikoak ondo ezagututa ere, ezusteak jaso ditzakegu noizean behin.

KASU KLINIKOA

Garrantzirik gabeko aurrekariak dituen 29 urteko gizonezkoa, konorterik gabe kalean aurkitua izan zen. Iritsi zenean gaztea koman zegoen, begiak berez ireki gabe, ez zuen agindurik obeditzen eta asalduraren bat agertzen zuen. Estimulu mingarriekin mugimenduak fisiologikoak ziren eta betseinak isokorikoak, midriatikoak eta erreaktiboak ziren. Apneak, hipoxia eta hipokapniarekin jasaten zituenez, intubazioa eta aireztapen mekanikoa behar izan zituen. Hemodinamikoki egonkortasuna mantentzen zuen takikardia sinusalarekin. Garuneko OTA egin zen eta normala zen. Analisietako datuak normalak ziren eta alkohol, opiazeo, barbituriko eta bentzodiazepinazko probak odolean eta gernuan negatiboak ziren. Ikatz aktibatuarekin eta hemodialisiarekin gaixoa eskasia neurologikorik gabe zuzpertu zen. Esnatzerakoan, gaixoak 10 g lehortutako amanita muscaria infusioan, euforizante bezala, hartu zuela adierazi zuen, onddo honen infusioa maiz hartzen zuelarik.

EZTABAIDA

Ondo askok beren propietate euforizante eta haluzinogenoengatik antzinatik erabiliak izan diren substantzia psikoaktiboak edukitzen dituzte. Gaur egun bere erabilpena alkohola eta droga modernoengatik ordezkatua izan da, gure artean droga psikotropo estimulante bezala ez dira kontsumitzen. Amanita muscaria, beste onddo asko bezala udazkenean edo udaberrian hazten da gure basoetan. Horregatik, neguan oso zaila da onddo honen toxikapenean pentsatzea komaren eragile bezala. Lehorketa edo izozketak bere kontserbazio eta negu-ahoratzea posible egiten du. Bere hastapen era-

ginak azido ibotenikoa eta muszimol bere metabolitoa dira. Nahiz eta amanita muscaria izena eduki, eragina ez da muskarinikoa, antikolinergikoa baizik. Takikardia, midriasia, haluzinazioa, euforia eta asaldurak sortarazten ditu. Nahiz eta koma-egoera sortarazi, berrikusitako bibliografian ez dugu kasurik aurkitu.

ONDORIOAK

Koma-egoera baten aurrean, arrazoi usuenak sortu ez dutela ikertu ondoren, Amanita muscariak eragindako toxikapenean ere pentsatu beharra dago, nahiz bere hazkundeari dagokion urte-sasoian ez aurkitu.

AMANITA PHALLOIDES-EN TOXIKAPEN-SINDROMEAK ERAGINDAKO ALTERAZIO HEMATOLOGIKOAK

Mintegi I., Txoperena G, Ibarguren K., Murgialdai A., Marco P.
Arantzazuko Ama Ospitalea. Ardura Intentsiboak.

SARRERA

Amanita Phalloides gure inguruan nahiko ugaria den perretxiko bat da. Hosto galkorreko basoetan aurki daiteke abuztua bukaera eta azaroa hasierako epealdian. Perretxikoak ondo ezagutu arren, "Russulacea" familiako ale jangarriekin nahastearen ondorioz toxikapen ugari eragiten jarraitzen du.

KASU KLINIKOA

Ohizko koadro klinikoari alterazio hematologikoak gehitu zitzaizkion Amanita Phalloides-en ondoriozko bi toxikapen tratatu genituen 1990eko urrian. Kasuak 71 urteko gizonezko batean eta 69 urteko bere emaztean deskribatzen dira. Ingestioaren momentutik sei ordutara, min abdominala, goragaleak, gorakoak, eta 24 ordutan 18-20 aldiz errepikatzen diren beherako likido joriak nabaritzen dituzte. Berrogeita zortzi ordutara ospitalean kontsultatzen dute, non ondorengo lesioak atzematen baitziren: Gibeleko lesioa, transaminasa glutamiko-oxalazetikoaren (TGO), transaminasa glutamiko-pirubikoaren (TGP) eta bilirrubinaren igoerarekin, koagulazio-denboren (protronbina-denbora eta tronboplastina aktibatuaren denbora partziala TADP) luzapena, fibrinogeno eta fibrinaren degradazio-produktu (FDP) normalekin. Giltzurrun-gutxiegitasuna, deshidratazioa, hiponatremia, azidosi metabolikoa eta pankreatitisarekin bat doazen amilasa eta lipasa-balioen igoera. Ingresu-momentutik formula errespetatzen zuen leukopenia (2.350 leukozito batak eta 1.700 besteak) azaldu zen. Jan zuten momentutik 72 ordutara 39.000 eta 53.000 plaketek adierazten duten tronbopenia azaldu zen, kontsumoko koagulopatiaren aztarnarik gabe. Leukopenia bi egunetan normaldu zen arren, tronbopeniak ingresuaren zazpigarren egunean berean zirauen. Diagnostikorako Aranzadi Natur Zientzien Elkarteko Xabier Laskibar mikologoaren laguntza eduki genuen. Gaixo biak ikatz aktibatua, rehidratazioa, plasma freskoa, hemodialisia, azido tioktikoa eta penizilinarekin tratatu ziren. Eboluzioa egokia izan zenez, zazpigarren egunean gure zerbitzutik altarekin etxeratuak izan ziren.

EZTABAIDA

Gainontzeko koadro klinikoa ohizkoa izan arren, kontsumo-koagulopatiarik gabeko leukopenia eta tronbopenia dira adierazgarriak kasu honetan. CD ROM bidez munduko literaturan egindako bilaketan, erreferentzia bakarra aurkitu dugu non linfopenia, tronbopenia eta hipofibrinogenemia azaltzen zuten lau kasu deskribatzen baitziren.

ONDORIOAK

Afizionatu eta adituek ondo ezagutu arren, ez da arraroa Amanita Phalloides perretxikoak eragindako toxikapen akutua. Ohizkoa bezala deskribatzen den koadro klinikoaz gain, alterazio hematologikoak ere sor ditzake.

LEPAHEZURREKO ERRADIOLOGIA

Aperribai M., Calvo A., Arriaga L.
Arantzazuko ospitalea. Erradiologia zerbitzua.

Larrialdi-Zerbitzu bateko eguneroko lanean politraumatizatuak askotan topatzen ditugu eta gaixo hauetan lepahezurreko lesioa susmatu behar da.

Gazteak izaten dira kaltetuak (20-30 urtekoak), gizonezkoak (3 gizon / 1 emakume), trafiko-istripu, erorketa edota kirol-istripuz eraginak.

Zein azterketa erradiologiko egin behar dugun aukeratzeko, traumatismoak bi ataletan banatzen ditugu:

1.- Traumatismo arinak: Gaixoa kontziente dago, sintomak arinak eta inespezifikoak dira, ez dauka zeinu neurologikorik.

Gaixo hau Arrisku-Gabea bezala klasifikatzen dugu.

Ez zaio lepoko erradiografiarik egin behar.

2.- Garrantzizko traumatismoak : Gaixoa kontziente dago baina lepahezurrean sintomak dauzka edo konortea galdu du, traumatismo kranioentzefalikoa edota traumatismo multisistemikoa dauka. Arrisku-Taldea.

Parametro kliniko (lepahezurreko mina, azterketa neurologikoaren alterazioa, egoera mentalaren alterazioa : edana, drogaren menpe edota konorterik gabe egotea) eta istripuaren ezaugarrien bidez (intentsitatea, eraketa-mekanismoa, lepahezurreko afektazio zuzena edo afektaziorik eza) klasifikatzen ditugu Arrisku Baxu, Ertain edo Handiko traumatismoak bezala.

Arrisku Handiko traumatismoak dauzkaten gaixoei lepahezurreko 5 proiekziotako azterketa erradiologikoa egin behar zaie:

Proiekzio Laterala, Aurre-atzekoa, Odontoidekoa eta Lapranak.

ERRADIOLOGIA LATERALA

Honekin nahi dugu :

- 7 lepaornoak ondo ikusaraztea.

- Lepoko lordosi fisiologikoa mantentzea.
- Lepahezurreko ABCSa betetzea :
  - A : Alignement : LERROZTAPENA.
  - B : Bone Integrity : HEZUR-INTEGRITATEA.
  - C : Cartilage (joint) : KARTILAGOA.
  - S : Soft tissue : EHUN BIGUNA.

LERROZTAPENA

5 lerro aztertzen dira :

1. Ehun bigun prebertebrala :
   - Lehendabiziko eta hirugarren lepaornoen mailan 5 mm baino txikiagoa izan behar du.
   - Laugarren eta zazpigarren lepaornoen mailan segitzen dion orno-gorputzaren zabalera baino gutxiago eduki behar du.
2. Lerro aurre-bertebrala.
3. Lerro atze-bertebrala.
4. Lerro espino-laminarra.
5. Lerro espinosoa.

Lerro hauen integritatearen galerarekin listesi bertebralak, lordosi fisiologikoaren galera eta apofisi zorrotzen errotazioa baloratu nahi dira.

HEZURREN INTEGRITATEA

Orno-gorputzaren altuera, akuinamendua eta haustura-lerroak baloratu behar ditugu.

ESPAZIO ARTIKULARRAK

- Tarte diskalaren zabaltasuna edo estutasuna.
- Gune preodontalaren balorazioa (atlasen aurre-arkua eta odontoidea) 2,5 mm baino txikiagoa izan beharko luke.

TAK edo ERRESONANTZIA MAGNETIKOA

Hauek erabiltzen ditugu :

- X Izpien bitartez ikusi ditugun hausturak hobeto aztertzeko.
- Kalitate gutxiko edota erradiografia normala eduki arren eragozpen neurologikoa daukan gaixoa aztertzeko.

DERIBAZIO URINARIO SUPRABESIKALA

Garmendia J., Azparren J., Madina J., Muro I., .Lopez J.A., Garcia J.A., Arocena J.
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Urologiako Departamentua. Donostia.

Badira eguneroko medikuntza-praktikan deribazio urinario suprabesikalerako oso zabalduta dauden bi teknika: nefrostomia perkutaneoa da bat eta kateterismo ureteral erretrogradoa delakoa bestea.

Gure helburua teknika hauek erabiltzeko indikazio nagusiak adieraztea da, aplikazio diagnostikoak eta terapeutikoak azalduz.

Teknika hauen azalpen teorikoa emango dugu ikonografia erantsiz.

Era berean gure esperientziaren emaitza estatistikoak ere erantsiko ditugu.

Teknika hauek erabiltzeko indikazioak progresiboki zabaltzen ari dira eta aplikazioak ere handituz doaz. Honegatik gure ustez, teknika hauen zabalkuntzak patologiak aurrrera ateratzeko erak zabalduko dizkie sendagileei, batez ere larrialdietako medikuntzan.

INDUSTRI HONDAKINEZKO PUTZU SEPTIKO BATEAN ERORITAKO LAGUN BATI BURUZKO KASU KLINIKOA

Lasa M., Izagirre I., Abecia J., Calvo A.
Bidasoa Eskualdeko Ospitalea. Larrialdi Zerbitzua.

Gaixoa 56 urteko gizonezkoa zen. Hasiera batean Bidasoako Ospitaleko Larrialdi Zerbitzura ekarria izan zen, putzu septiko batetik konorterik gabe erreskatatua izan ondoren. Ospitaleko behaketan 24 ordu asintomatiko egon zenez, alta eman zitzaion.

Lau egun beranduago ospitalera itzuli zen, 12 orduko disnea progresiboa, ortopnea, eztula eta kerru horia zituelako. Bere egoera klinikoa eta proba osagarriak (EKG, X izpiak eta analitika) ikusi ondoren, ingresatua gelditu zen.

Hamabi ordura, Arantzazuko Ospitalera trasladatua izan zen, bihotz-gutxiegitasun globala zuela eta, nonbait, miokarditis akutuaren ondorioz.

Arantzazuko Ospitaleko ardura intensiboko unitatean ingresatua egon zen lau egunez. Tratamendua ipini arren, hil egin zen bere egoera progresiboki narriatu ondoren.

Hasiera batean, koadroaren zergati bezala agente infekzioso batengan pentsatu zenez, espektro zabaleko antibiotikoa ipini zitzaion. Hala ere, sukarrik ezak eta kultiboaren negatibotasunak, etiologia infekziosoa deskartatu egin zuten eta koadro honen eragileak agente toxikoak zirela pentsatu zen.

IZTERREZUR-LEPOKO ESTRES-HAUSTURA KIRURGIKOKI TRATATUA

Esnaola P., Arrieta I., Garcia-Ariño J. , Gonzalez J. I., Usabiaga J.
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Donostia. Traumatologiako Zerbitzua.

25 urteko emakume kirolari baten aldakako haustura desplazatua, inolako traumatismorik gabe, aurkezten dugu.

Larrialdi Zerbitzuan, izterrondoan mina, aldakaren mugikortasun murriztua eta ibiltzeko ezintasuna aurkezten du. Klinika, erradiografia arrunt eta TAKarekin hausturaren diagnostikora iristen gara eta tratamendu kirurgikoaren bidez hausturaren erredukzio irekia eta torlojodun plakarekin estabilizatzea lortzen dugu.

Ikerketa ugari egin ondoren ez da aurkitzen etiologia organikorik, eta gure konklusioa izterrezur-lepoko haustura desplazatua edo gainkarga-haustura bezala diagnostika dezakegu, hezur normala gehiegizko estresaren menpe egotearen ondorioz sortua. Lesio hau gazteen artean oso arraroa omen delako aurkezten dugu.

PERITONEO-ATZEALDEAN BAT-BATEKO ODOLJARIOA

Muro I.*, Sanz-Jaka J.P.*, Rekarte J.A.*, Hernaez I.*, Garmendia G., Azparren J.**, Madina J.**, Ezenarro M.T.***.**
* Urologia. Gipuzkoako Ospitalea
** Urologia. Arantzazuko Amaren Ospitalea
*** Medikuntza Orokorra

Bat-bateko odoljarioa peritoneo-atzealdean lehendik kanpoko traumatismorik eta barneko manipulazio urologikorik izan gabe, peritoneoaren atzealdera odolaren isurketa bat dela esan dezakegu.

Giltzurrun-parenkimaren bat-bateko haustura, giltzurrunen inguruan odoljarioa eraginez lehenengo aldiz 1700. urtean Bonnet-ek ikusi zuen.

Peritoneo-atzealdean bat-bateko odoljarioaren arrazoirik ugariena, giltzurrunetako gaixotasun desberdinak kontuan harturik, giltzurrunen minbizia da, alegia giltzurrunetako adenokartzinoma (minbizi gaiztoa). % 57tik % 63rako bat-bateko odoljarioak giltzurrunetako minbiziek sortzen dituzte.

Peritoneo-atzealdean giltzurrunetako adenokartzinomaren bat-bateko hausturak sortzen duen odoljarioaren bi kasu aurkeztuko ditugu, beren sintomatologia, diagnostikoa eta tratamendua adieraziz.