ASMA LARRIA ETA STATUS ASMATIKOA, ARRISKUAREN KRITERIO KLINIKO-ANALITIKOAK ETA JARRERA

Cachorro I.
Gurutzetako Ospitalea. Medikuntz Intensibo Polibalentea.

HELBURUA

Asma erresistentearen eta larriaren diagnosi goiztiarrerako arrazonamendu eta parametroak eskeini.

SARRERA

Asma biztanlego helduaren %4an agertzen da. Ospitaleen urgentzietako %0,3-0,7a suposatzen du, hauetatik %1,3-1,6ak ingresatuko egingo duelarik. Haien arteko talde txiki bat tratamendurako erresistentea izango da edo modu oso azkarrean larriagotuko da, STATUS ASMATIKO (SA) deritzonera heldu arte.

METODOA

Intentsiboetako eta Neumologiako testuen berrikuspena.

GAIAREN GARAPENA

Mekanikoki aireztaturiko asmatiko baten heriotza-kausarik arruntena, intubaziora eraman dion arnas insufizientziak edo eta apneak eragindako GARUN ANOXIA da.

SAan dagoen pazientea, edo asma larria duena baloratzeko grabetasun-indize prediktiborik ez da aurkitu oraindik. Medikuaren esku dauden KRITERIO KLINIKO-ANALITIKOAK, eta batzutan FUNTZIONALAK, dira informazio gehien emango digutenak.

PAZIENTE ASMATIKOAREN BALORAKETA:

1) ANAMNESIA ETA LEHEN BEGIRADA: atakearen iraupena, asmatiko ezaguna den, ohiko tratamendua zein den eta jarraitzen duen, eta diagnostiko diferentziala egitera

bideratutako galdera GUTXI, LABUR eta KONKRETUAK egingo zaizkio. Bitartean lehenengo begirada emango diogu. 1. TAULAK zer behatu eta pazientea nola sailkatu azaltzen digu.

	ARINA	MODERATUA	LARRIA	OSO LARRIA
HITZALDIA	esaldiak	hitzak	ez	ez
TAUPADAK	<100x	100-120x	120-140x	>140x'
P. PARADOJIKOA	ez	+	++	+++
TIRAJEA	+/-	+	++	+++
ARNAS ZARATAK	+	+	+/-	ez
SIBILANTZIAK	++	+++	+++/++	+/-
TENTSIOA	normala (N)	N/+	+	+/N/-
ZIANOSIA	ez	ez	-/+	++
GIHARRE NEKEA	ez	ez	+	++
KONTZIENTZIA	N	N	N/-	-

1. Taula: balorapen klinikoa.

2) GASOMETRIA: pazientea lehenengo taldean badago, ez da beharrezkoa izaten. Gainerakoetan derrigorrezkoa izaten da pazientearen egoera gasometrikoa ezagutzea, bai heltzerakoan eta bai eboluzioan zehar. Pa CO2-a eta pH-a jarraipenerako larriagotasun markatzaile izaten dira. Azidosiak eta CO2 normalak edo altuak grabetasuna adierazten dute, 2. TAULAN ikus daitekenez.

	ARINA	MODERATUA	LARRIA	OSO LARRIA
pH			N	
Pa CO2			N	
Pa O2	N			
CO.3H	N			

3) PEAK-FLOWa: balorapen funtzionalerako. Adinaren eta altueraren arabera balio normalak ematen dituzten grafikak badira ere. 3. TAULAN agertzen den zatiketa lagungarri izan daiteke.

	ARINA	MODERATUA	LARRIA	OSO LARRIA
PEAK-FLOW (L/min)	>200	100-200	50-100	<50

3. Taula: balorapen funtzionala

JARRERA

Lehengo eta bigarren mailan sailkatzen diren pazienteek grabetasun egoerara pasatzeko erraztasun potentziala daukate, eta hau minutu gutxi batzutan gerta daiteke.

1) ARINA: asma arrunt bat bezala tratatzen da.

2) MODERATUA: pazientearen alboan geratu egoera OBJETIBOKI hobetu arte. Paziente hauek denboran zehar giharre klaudikazioa egin eta apneara pasatzeko arriskua daukate.

3) LARRIA (edo potentzialki larria): intentsiboetako medikuak abisatu behar dira. Hauek pazientea ezagutu, baloratu eta ohe kritikoaren beharra dagoen edo egon daitekeen aztertuko dute. Jarraipen oso estua egin behar zaie.

4) OSO LARRIA: intubazio kriterioak dira hauek.

HASERAKO TRATAMENDU OROKORRA:

Heldu bezain laster hasiko da aplikatzen.

1) OXIGENOA: BETI. Haseran %30ean. Ez du paziente hauengan arnas zentrua deprimitzen.

2) BETA AGONISTAK: Aerosoletan. Jasatzen ez baditu edo hobetzen ez bada, zainetatik emango zaizkio.

3) KORTIKOIDEAK: Zainetatik. Moderatu eta larrietan. Arinetan, beta-agonistak nahikoak izango ez direla aurrikusten bada.

4) ANTIKOLINERGIKOAK: 3 beta agonista aerosol eta gero, eta haiekin txandakatuz. Ipratropio Bromuroa aerosolizatua emanen zaie.

Gainerako tratamenduak oro har ATU baten kontestuan egiten dira.

GILTZADURA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALINOAREN LARRITASUN GUTXIKO ZAINTIRATU EZ KIRURGIKOA

Mitre B.*, Guelbenzu J.L. , Argandoña E.G.*****
* Neurozientzien Saila. Medikuntza Fakultatea. EHU.
** Fisioterapeuta.
*** Erizaintza I Saila. Erizaintzarako Unibertsitate-Eskola. EHU.

Larritasun zerbitzuetan tratatzen diren patologia batzuk funtsean kronikoak izan arren, eragile abiarazle batzuen bidez aldi akutuak jasatzen dituzte. Sarritan, eragile abiarazlea tratamendu egokiaren eza dela aipa dezakegu. Orkatileko patologia traumatikoa adibide argia izan daiteke. Zaintiratu ez kirurgikoen tratamendu egokia ez da inolaz ere larritasun zerbitzuetakoa (antiinflamatorio sistemiko eta bertokoak, atsedena, inmobilizazioa eta bendai funtzionalaren bezalako tratamendu errazak egokiak izan arren). Behinbetiko tratamenduaren xedea suspertze funtzional goiztiarra eta pixkanakakoa izan behar baita, eta hau lortzeko terapia fisikoaren eta fisioterapiaren teknikak konbinatu behar ditugu.

Gaur egun bi tratamendu mota bereiz ditzakegu. Bata, traumatologia larritasun zerbitzuetan egiten dena: erradiografia, inmobilizazioa igeltsuzko ferulaz bizpairu asteetan eta ezer gehiagorik. Bestea, kirol medikuntzak egiten duena: antiinflamatorioak, atsedena eta suspertze funtzionala.

Larritasun zerbitzuetan egiten den tratamenduak ez du arazoa konpontzen, eta are gehiago, indar-desoreka anatomikoa (patologiaren sustraian dagoena) areagotzen du. Desorekaren alde batean tendoietan luzapen traumatikoa jasan dituzten muskulu peroneoak eta distentsioa jasan dituzten lotailuak ikusten ditugu, beste adarran sendotu diren muskulu antagonistak, batez ere atzeko muskulu tibiala. Desoreka hau gorantz doa denboraren poderioz belauna eta aldakako alterazioak sortzen dituelarik.

Lesio hauen tratamenduan agertzen diren desadostasunen arrazoia eredu anatomiko funtzional kinematikoaren falta izan daiteke, giltzadura bakoitzaren mugimenduparametroak eta giltzaduren arteko elkarreraginak adierazten dituena. Eredu anatomiko funtzional periferiko bat proposatu behar dugu lesio hauen etiopatogenia, diagnostikoa, pronostikoa eta tratamendua osotasun funtzionalaren eskema batetik hasita.

Terapia fisikoaren esparruan neurozientziek lan garrantzitsua bete behar dute mugimendu-trebetasuna eta plastizitate neuronala erlazionatuz. Trebetasun motorea egitura periferiko motoreen erabilera borondatezkoan datza, egitura hauek genetikoki definituak agertzen dira, bainan garuneko zeregin gorenek modulatzen dituzte ikaste konszientean. Ikerketa hauek ikerkuntza aplikatuaren adibidea izan daitezke, Unibertsitatean egiten den ikerkuntza gaurko beharretara hurbilduz.

OSPITALIZAZIOKO UNITATE BATEAN ERIZAINAK ZIURTATU AHAL DEZAKEGU SUSPERKETAN JOERA ERAGILEA?

Larrañaga N., Azkarate I., Larrañaga A., Garitano I., Ceciaga I.
Mendaroko Ospitala. Kirurgiako unitatea.

SARRERA

Ospitalizazioko unitate batean eduki ditzakegun larrialdietatik "bihotz-arnas gelditzea" egoera kritiko eta estuasun gehien eragiten dituena da.

Gure unitatean, erizainen artean, "bihotz-arnas gelditze" baten aurrean blokeo eta deskoordinazio izugarria ematen zela detektatu zen.

Egoera hau aztertu zen eta erizainen erantzuna bultzatzen zuten faktore batzuk nabaritu ziren:

-Bost urtetan zehar, "bihotz-arnas gelditze" kasu gutxi zeuden.

-Jokaerari buruz ez dago irizpide bateraturik.

-Erizain askok, karrerako ezagutza besterik ez zuten.

Bihotz-arnas gelditzearen berreskurapenaren arrakasta lastertasunean eta susperketa eragile batean oinarritzen dela kontuan hartuz, pentsatzen dugu ezinbestekoa dela bihotz-arnas gelditzeari buruzko egitasmo edo protokoloa egitea.

HELBURUAK

«BIHOTZ-ARNAS GELDITZE BATEN AURREAN JOERA EGOKIA ZIURTATZEA».

Bihotz-arnas gelditze baterako joera berdinak ezarri.

-Joera bizkorra eta eragilea segurtatu.

-Bihotz-arnas gelditze bat ematen denean larritasuna edo estuasuna gutxitu erizainen artean.

METODOAK

-Erizain-taldearen prestakuntza.

-Bibliografia bilaketa

-Bi simulakro egin ziren akatsak edo hutsuneak ikusteko.

-Bilera batzuk, susperketaren egitasmo bat sortu arte.

-Azken ebaluazioa.

EMAITZAK

-Bihotz-arnas gelditze baten aurrean egin behar diren maniobretarako prestakuntza oinarrizkoa.

-Erantzun-denbora gutxitzen da, oinarrizko erreanimaziorako.

-Bihotz-arnas gelditze baten aurrean koordinaturik erantzuteko gaitasuna.

-Azkenik erizainen satisfakzioa.

ONDORIOAK

-Emaitzen ondoren hau esan dezakegu, susperketa baten arrakasta lehen esan dugun bezala, lastertasunean eta gure joera onean dagoela. Horregatik, garrantzitsua da alde batetik erizain trebeak eta beste aldetik susperketa-egitasmo bat izatea.

GAIXO TERMINALEN LARRIALDIAK LEHEN MAILAKO ATENTZIOAREN IKUSPEGITIK

Gutiérrez I., Arrieta M., Osa M. I., Valderrama M. J., Jaca P., Baixas de Ros L., Pérez M.
Pasai San Pedroko osasun-zentroa. EHU/UPVko Erizaintza saila 2.

SARRERA

Lehen mailako atentzioan dugun eskarmentuak bultzatu gaitu bizitzaren bukaeran sortzen diren premiak gehiago aztertzera.

HELBURUAK

- Gaixo terminalentzako larrialdietako atentzioa noiz den beharrezkoa jakitea.
- Etengabeko perfusio-bonba erakustea.
- Larrialdiak prebenitzea.

METODOAK

-Elkarrizketa erdi-egituratuak

-Egoerak erakustea

EMAITZAK

-Pertsonal sanitarioa prestatzeko beharra.

-Larrialdiei buruzko ikusmolde desberdinak gailentzea pertsonal sanitarioaren eta familiartekoen aldetik

ONDORIOAK

-Gaixo terminalak etxean duintasunez hiltzeko aukera dauka, berak hala nahi badu.

-Heriotzarekin ere topo egiten dugu gure lanean.

BULARREKO HAURRAREN ARNAS APARATUKO LARRIALDIAK. NOLA JOKATU BRONKIOLITIS AKUTUAN

Flores U., Romero C., Duran G., Landa V., Clerigué N.
Virgen del Camino Ospitalea. Iruña.

AITZIN SOLASA

Arnasbideetako infekzio akutuak oso maiz ikusten ditugu praktika pediatrikoan. Batzuetan larrialdi bihurtzen dira eta ospitaleratzea eskatzen dute, batez ere haur ttikittikiak direnean eta haurra laster gaizkitu eta arnasa hartzeko zailtasunen sintomak azaltzen direnean. Horrelaxe gertatzen da, batzuetan, komunikazio honen funtsa den bronkiolitis akutuan.

KONTSIDERAZIO KLINIKOAK

Bronkiolitisa bukaerako bronkioloen itxiera inflamatorioa da, gehienbat infekzio birikoak eragina (batez ere arnas aparatuko birus sintzitialak). Bi urtetik beheitiko haurrak afektatzen ditu.

Arnasbideetako jariakinen bidez kutsatzen da, zuzen-zuzenean. Neguan gertatzen dira kasu gehienak.

Birusa arnasbideetan sartu eta bronkioetako epitelioan hedatzen da, albeoloetaraino, eta ondorioz bronkioloen itxiera erabatekoa (atelektasia) edo partziala (enfisema) izaten dira.

Klinikoki eritasuna errinorrea eta eztularekin hasten da eta handik gutxira okerrera egiten ahal du: arnasa hartzeko zailtasuna, jan nahi ez izatea, takipnea, takikardia, urduritasuna eta ondoez orokorra. Auskultatzean txistu-hotsak aditzen dira. Erradiografietan aire harrapatua ikusten da, diafragmaren jaitsiera eta batzuetan atelektasiak.

Birusa sudurreko exudatuan identifikatzen ahal da, entzimoinmunoanalisiaren bidez. Bularreko haurraren larritasun-maila baloratzeko, pultsioximetria eta gasometria arteriala egiten ahal dira.

JARRAIBIDE TERAPEUTIKOA

- Hidratazioari eustea (ahotik edo zain-barnetik).
- Oxigenoterapia, behar baldin badu, 02-aren saturazio egokia lortzeko.
- Bronkio-zabaltzaileak ematea:
- Betaadrenergiko lainoztatua (Salbutamol, Terbutalina).
- Antikolinergikoak: ipratropio-bromuroa.
- Kortikoesteroideak (lainoztatuak edo beste bide batzuetatatik).
- Erribabirina (aerosolean) ongi aukeratutako kasu bakar batzuetan.

AURRE-NEURRIAK

Amak titia emateak haurra babesten du oritzaren bidez, arnas aparatuko birus sintzitiala neutralizatzeko A Ig antigorputzak dituelako.

Bronkiolitisa zabal ez dadin oso inportantea da haurrak zaintzen dituztenek eskuak garbitzea.

Txertoak ikertzen ari dira, baita birus hau neutralizatzen duten antigorputzak dituzten inmunoglobulinak ere.

PRONOSTIKOA

Bronkiolitisagatik ospitalean gelditzen diren bularreko haurren % 40-50ek bronkioen itxialdi errekurrenteak izaten ahal dituzte.

ZAHARREN LARRIALDIAK

Bidaurrazaga A., Gomez-Busto F., Bidaurrazaga I.
EHUko Neurozientzien Saila. Gasteizko udalaren zahartzaroko zerbitzua.
EHUko Histologia Saila.

Zaharren larrialdi medikoetan diagnostiko eta tratamendu arinak zailtasun ugari dauzka, gaixoen erantzun ezohizkoengatik eta beste arazo sozial eta medikoengatik.

Zaharren patologia ugarienak arazo kardiobaskularrak, arnasbideetakoak, neurologikoak eta gernubideetakoak dira. Askotan patologiaren aniztasunagatik zehaztugabeko sintomekin edo sintoma urriekin (mina, sukarra, hantura, erreakzio eskasak) ematen dira.

Azken arrazoiagatik gaixo hauek proba diagnostiko gehiago jasaten dituzte gaixo gazteagoekin konparatuz, gastu sanitarioa handitzen dutelarik. Larrialdi-zerbitzuetako profesionalek ez dute prestakuntza berezirik larrialdi geriatrikoen aurrean. Lan honetan larrialdi ohizkoenak aipatzen ditugu. Gaixo zaharren eskariari erantzuteko lehen mailako asistentzia areagotzea, hezkuntza sanitarioko kanpainak, eta osasun baliabideak populazioaren zahartzeari egokitzea beharrezkoa da. Arreta hobetzeko neurri nagusi bi proposatzen ditugu: a)larrialdi-zerbitzuetan lan egiten dutenei geriatriari buruzko ezaguerak gehitzea; b)emaitzak hobetzeko asmoz komunikazio handiagoa egotea larrialdietako profesionalen, lehen mailako medikuen eta geriatren artean.

MINA TRAUMATOLOGIAKO LARRIALDIETAN, DEFINIZIOA ETA MEKANISMOA

Arrieta J., Agote J.A., Minguez L., Ureta X.
Kirurgia Ortopediko eta Traumatologiako Zerbitzua. Zumarragako Ospitalea.

«Trauma» hitz grekoa da, eta "zauria" esan nahi du. Zauria ostera berehala erlazionatzen dugu minarekin eta kalte tisularrarekin. Garbi asko dago mina dela traumatologian larrialdietara joateko arrazoirik garrantzizkoena, egon beste arrazoi batzuk badauden arren, hala nola deformazioa, handitua edo ezintasun funtzionala.

Definizio asko dago minaren gainean, Minaren ikerketarako Nazioarteko Elkarteak honela definitzen du: "gertatutako edo gertatzeke dagoen lesio tisular bati atxikia agertzen den emozio eta esperientzia sentsoriala, edo horrela gertatuko balitz bezala deskribatua behintzat". Bere oinarrizko izaeran, mina fenomeno fisikoa da alde batetik (bide nerbioso arin batzuen presentzia) eta esperientzia sikologiko edo emozionala litzateke bestalde ("horrek min ematen du"). Min akutuak, min-sintoma edo min-seinale deitua ere, kalte tisularra ekiditeko balio du, teleologikoki bada ere. Mina, zinez, mekanismo homeostatikoa da. Onuragarria izango ez den une bakarra ebaketa ondorengo unean eta kroniko bihurtzen denean izango da.

Minak sentsazio desatseginaz gain erantzun emozional aldakorra eragiten du gizabanako bakoitzarengan, eta azkenengo hau pazientearen egoera fisiologiko, psikologiko, kultural eta sozioekonomikoaren menpean dago.

Sistema muskulu-eskeletikoan gainerako organoetan dauden minaren informazio-elementu berberak daude, baina horiez gainera, muskulu, lotailu eta giltzaduren berri ematen duen informazio propiozeptiboa aurkitzen da. Mekanorrezeptore hauek aparatu lokomotore guztian zehar sakabanatuak daude, intentsitate ezberdineko informazioa hartzeko espezializatuak daude, eta arrazoi eragileari egokitzapen bizkor edo geldoarekin erantzuten diote. Hezurdura eta muskulu sistema osorik baldin badaude, distentsio eta trakziorik gabe, eta konpresio edo edemarik gabe, ez du minik ematen.

Pazienteen tratamendu klinikoaren garaian kontuan izan behar da minaren ondorio fisiologiko eta psikologiko kaltegarriek errehabilitazioaren edo tratamenduaren berehalako emaitzak alda ditzaketela, sendatze-prozesua oztopatuz batzuetan.

Min akutua kalte tisularra sortzeko gai den estimulu (trigger) kaltegarri bati erantzunez sortutako sentsazio desatsegin eta lokalizatua bezala deskribatu daiteke. Min akutuaren aurrean sortzen den erantzunak bi ezaugarri ditu; alde batetik estimulu mingarria baztertzea, eta bestalde aldi baterako zaintzea eta zaindutako gunea babestea.

Min akutuak kalte tisularra suposatzen du, bai benetazkoa edo potentziala estimulu kaltegarria ez bada kentzen behintzat. Bestalde, min akutuak osorik dagoen eta funtzionatzen duen sistema nerbiosoa suposatzen du. Hiperaktibitate autonomoa dago: hipertentsioa, takikardia, izerditzea, basokonstrikzioa, eta beste sintoma klasiko batzuk. Mina aldi baterako da bakarrik.

Bai ebaketa ondorengo mina zein gertatu berri den traumatismo baten ondoren ematen diren aldi baterako minak min akutuaren aurrean ematen den erantzunaren bariante funtzionalak dira.

MEKANISMOA

Minaren faseak eta bideak

Kalte tisularra ematen den gunetik minaren pertzepzioa ematen den guneraino zenbait gertakizun elektromekaniko konplexu ematen dira. Lau prozesu fisiologiko nabari daitezke minaren bideetan: transdukzioa, transmisioa, modulazioa eta pertzepzioa.

Ehun bat estimulu nozizeptibo baten aurrean jartzen dugunean, mina sentitzeko ahalmena bere inerbazio nozizeptorearen arabera egongo da. Nozizeptoreak lehen mailako neurona aferenteak dira, eta bere urruneko muturrek selektiboki erantzuten diete estimulu kaltegarriei. Azken batean, nozizeptoreek estimulu kaltegarriak (kimikoak, termikoak edo mekanikoak) inpulsu nerbiosoetan "trasduzitzeko" prozesu fisiologikoa errazten dute. Nozizeptore guztiak zuzenki sentikorrak dira estimulu termiko, elektriko eta mekanikoekiko (presioa), hau da, estimulu hauek guztiak berez gai dira nerbioen mintzak despolarizatzeko; horrela izanik, erredurek eta kolpeek berez min ematen dute. Estimuluen errepikapenak errezeptore askoren sentsibilizazioa gehitzen du. Bestalde, bitarteko kimikoak askatzeak ere nozizeptoreen aktibitatearen sentsibilizazioa dakar. Substantzia hauen jatorria bikoitza izan daiteke: kaltetutako zelulek beren mintza eten ondoren isuritakoak izan daitezke (potasioa, histamina, azetilkolina, serotonina, adenosina, trifosfatoa); edo gunean bertan sintetizatuak izan daitezke (bradikinina, prostaglandinak, leukotrinak, e.a.). Horra prozesu inflamatorioak lehenbailehen mugatu eta ezabatzearen garrantzia, eta analgesikoen artean garrantzizkoenen artean dauden AINE edo EEAIak erabiltzearen arrazoia. Azken hauek bitarteko substantzia hauekin elkarrekintza bitartez beren funtzioa egiten baitute. Nozizeptoreek eurek ere gai dira trasdukzioa gehitzen duten substantziak isurtzeko. Substantzia hauen konposizioa ez dago mugatua zehazki, baina hauetariko bat P substantzia litzateke, 11 aminoazidotako polipeptido bat. P substantzia duten neuronak minari sentikorrak diren ehun orotan aurkitzen dira. P substantzia baso-dilatatzaile bortitza da, eta zeharka ere mastozitoen histaminaren isurketa eragiten du.

Nozizeptoreek P substantzia eta antzerako beste bitarteko batzuk urruneko terminaletan askatzearekin kalte tisularra adierazteaz gain, inflamazioaren mekanismoetan zerikusi zuzena dute, trasdukzioa gehituz azken batean. Opiazeoek blokeatu edo ezabatu egiten dute P substantzia honen askapena. Era bitxian, inflamatutako lekuetan prostaglandinak agertzen diren kontzentrazioetan ezartzen baditugu gune edo ehun jakin baten zera ikusten dugu: berez "mingarriak" diren substantziak bezala jokatu beharrean beste substantzia batzuk sortutako inflamazioaren ondorengo minaren "potentziatzaileak" bezala agertzen direla. Horrela izanik larruazalpeko edo azaleko zauriak dauden guneetan prostaglandinak ezartzeak mina sortzen ez badu ere, aplikazio horrek sortzen duen gune edematosoa mingarri bihurtzen da ukitze soilarekin. Baina, gune inflamatorioetan agertzen den kontzentrazio "fisiologikoetan" baino neurri handiagoetan ezarriz, PGElak mina ematen du berez denbora luzean.

Babes fisiologikoak (euspena, kontrakzio muskularra, putz egitea "kontrolateak" eta endorfinak).

Babes hauek izango dira, neurri handi batean, erabiliko den tratamenduaren oinarria.

1. Kontrakzio muskularra, berez, inmobilizazioa lortzeko saiakera garbia da. Berdin jokatzen dugu eskuekin mindutako gorputzadarra eutsi nahi dugunean.

2. "Gate control" edo "Kontrol-ateak": denok igurtzi edo masajeatu egiten dugu mindutako gunea kolpe bat hartu ondoren. Iltze bat iltzatu nahian behatz batean mailukada bat hartzen duen edonork mindutako gunean putz egiten du edo bestela igurtzi egiten du nahi gabe, eta masaje edo presio hau ez da kasualitatez egiten. 1965. urtean Patrick Wall eta Ronald Melzac-ek fenomeno honen azalpenerako teoria berria argitaratu zuten. Minarekiko "gate control" edo "kontrol-atea" zeritzana. Mingarria ez den estimulu baten bitartez, termikoa edo ukimenezkoa, mingarria den estimuluaren sarrera blokeatu edo moztu egiten duen konporta edo ataska litzateke.

3. Sistema nerbiosoak berak baditu bere opiazeoak prozesu mingarriak arintzeko (metaentzefalinak, leuentzefalina, eta B-endorfinak). Minaren fluxua gehiegizkoa denean, minaren sinaleari bizkar-muinean "atea ixten" jarduten dute zelula batzuk. Minaren blokeorako substantzia hauek endorfinak dira, minaren seinaleari bidea itxiz nerbio-zelulei atxikitzerakoan. Min kronikoa duten gizabanakoek mina jasateko tolerantzia eskasagoa ageri dute, berauen endorfinen maila likido zefalorrakideoan txikiagoa delako agian. Endorfinen idorokuntzak fenomeno mingarriaren ulerpen eta ezagutzen aurrerapausoa suposatu du. Substantzia hauek, burmuinean kopuru nimiñoetan agertzen direnak, jariatu ondoren morfina atxikitzen den errezeptore berberetan lotzen dira. Honek argitzen du nola kirolari bat partidu baten amaierara hel daitekeen saihets bat hautsita izanik, edo zergaitik bataila batean gerlari batek lehendabiziko unean ez duen sentitzen zauri bat edo lokadura bat; bere sistemak mina blokeatzeko parte hartu du. Fenomeno honetan badaude zerikusia duten beste substantzia batzuk ere, hala nola, adrenalina, noradrenalina eta serotonina. Tentsio eta deskarga emozionalaren gorakadak adrenalina, noradrenalina eta serotonina bezalako substantziak jariatzea dakar, estimulu mingarrien sarrera geldiarazten dutenak. Lehendabiziko unean ia oharkabean igarotzen diren gudu-zauriak edo zezenen adarretako zauriak, horren adibide garbiak lirateke.

MINA TRAUMATOLOGIAKO LARRIALDIETAN, BERE MANEIU OROKORRA

Arrieta J., Agote J.A., Cruz G., Aginaga I., Caso J.
Kirurgia Ortopediko eta Traumatologiako Zerbitzua. Zumarragako Ospitalea.

Aparatu lokomotoreko kirurgilariek orohar badute min akutuaren aurrean hartu behar den bidearen ezagutza jasotako esperientzia luze bati esker, bai: 1) lesionatutako guneari tratamendu ortopediko zuzena emanez, 2) egokiak diren analgesikoak emanez, eta 3) kontsolamendu eta sostengu emozionala eskainiz.

Ikuspuntu soil baina era berean didaktiko batetik begiratuz, hiru ataletan ezberdintzen dugu informazio mingarria: 1) hezurra 2) muskulu-tendoiak 3) giltzadura - lotailuak.

1. Min muskularra (kontusioak, edema, hematomak, herniak) eta tendoietakoa.

Giharrak uzkurpen-prozesuan erabiltzen du bere inerbaziorik gehiena, eta askoz neurri txikiagoan sentsibilitatean. Erlatiboki esanda ehun muskularra minik gabekoa edo indoloroa da.

Tendoiak, ordea, guztiz inerbatuak daude, batez ere periostio-ondoko insertzio gunean. Beraz, sistema konplexu nahasia dugu, muskuluen sare propiozeptiboa batetik, eta muskuluaren uzkurpen-kalitatea "zehaztu" eta uzkurdura antagonikoak "doitzen" dituen tendoiarena bestetik.

Tendoien eta tendoi-periostioaren lesioak oso mingarriak dira, batez ere azken hauek, insertzio-tendinitisak; tenistaren epikondilitisa, jauzilariaren belaunburuko tendinitisa, korrikalariaren akileitisa, korakoiditisa, eta abar.

Muskuluak, alderantziz, ernetasun-mekanismoa du aponeurosien bitartez, batez ere edemaren aurrean. Presio-gehikuntza honek mina sortzen du distentsioaren ondorioz, bai gertatzen diren aldakuntza fisikoengatik, bai aldakuntza kimikoengatik ere. Beraz, odoljarioak edo hemorragiak eta edemak mina sortuko du beti ere arrazoi horregatik. Orbain fibrosoa hematoma ordezkatuz agertzen denean mina desagertu egingo da, baina muskulu-tendoi sistema osoaren uzkurdura-ahalmena mugatuta gelditukо da.

Beraz, minaren aurkako zereginetan ez dugu mina bakarrik izango kontuan, baizik eta osaketaren ondoren sortuko diren nahitaezko gogordurak ere. Gainera, osaketa fibrosoa hezurtuz joan daiteke, ehun muskularraren hondamena izango dena.

Tratamendua, lehendabizi, EGONALDIRA zuzendua dago, hemorragia eta edema areagotu ez daitezen. Geldialdi hau berehalako konpresioarekin osatu beharra dago: bendaje konpresiboak, edo igeltsu konpresiboak. Atal hau kontraesankorra gerta daiteke zenbait haustura kasutan igeltsupeko muskuluen kontrakzioa eskatzen dugunean, lesioaren kokapenak emango du indikazioa.

Hotza lehenengo 24-48 orduetan beharrezkoa da. Edozelako traumatismoen ondoren indikatua egoteaz gain, aparatu lokomotoreko edozein ebaketa ondoren gomendatzen dugu. Hotz hau, era soilean, izotz-poltsa izango litzateke. Ebaketa ondoren ematen diren konpresio hematikoak drenaje zurgatzaileen bitartez gutxitzen dira.

Neurri "ortopediko" hauekin jarraituz, azpimarratzekoak dira JARRERAK EDO TRATAMENDU POSTURALA. Traumatizatutako gorputzadarrak altxatua egon behar du minak eta edemak dirauten bitartean.

Esan beharrik ez dago NEURRI FARMAKOLOGIKOAK beharrezkoak direla, bai mina eta inflamazioa, bai ondoriozko fibrosia gutxitzen dutelako.

Egitura anatomiko hauetan askoz larriagoa den beste patologia bat gerta daiteke, KONPARTIMENTUETAKO SINDROMEA. Gogora dezagun muskuluen masak beren efektibitatea biderkatzeko karkasa fibroso moduko zerbaiten beharrean dagoela, aponeurosia dena. Berezitasun honek zenbait talde muskular hedaezinak diren "konpartimentu" bihurtzen ditu: hankaren aurrekanpokoa eta atzekoa, besaurrearen aurreko konpartimentua, eta eskuaren muskulatura intritsekoa, bereziki. Egoera honetan konpartimentu batean emandako isuri hematiko edo edema bortitz batek mina sortuko du, eta batez ere konpresio benosoa eta nerbiosoa, konpresio arteriala sortzera heltzen ez dena (iskemia esekia). Pultsu arteriala mantenduz, perfusio periferiko onargarri batekin.

Aurrekari garbia dago normalean, baina ez da beti ikusgarria, zeren eta presio jarrai bat nahikoa izan daiteke konpartimentuetako sindromea sortzeko: drogazaleek pare bat ordutan besaurrea gorputz azpian zapaldua dutenean edo traumatismo kraneoentzefalikoetan. Hankako haustura baten lerroztapenaren ondoren ager daiteke, igeltsuzko bendajea jarri ondoren, edota ebaketa baten ondoren. Ohikoa da lesionatutako konpartimentuetako muskuluen mugimenduak mina areagotzea. Mina berezkoa da eta gehitu egiten da mugimendu aktiboekin, baina batez ere mugimendu pasiboekin. Lehenengo fasean disestesia agertzen da, hipoestesiara igarotzen dena, eta anestesiara azkenengo uneetan.

Sindromea guztiz garatzen denean, eta tratamendurik gabe, muskuluaren nekrosira garamatza, lesio nerbioso sentsitibo eta motorera, giltzaduraren gogordura totalera muskuluetako paralisi eta gorgorduragatik, Volkmann-en ohizko iskemia izango litzatekeenera.

Tratamendua diagnostiko goiztiarrean oinarritzen da, eta azkenengo hau klinikan eta konpartimentuetako presioaren neurketan. Normalean 3 mm merkuriokoa izanik, sindromean igo egiten da nabarmen. 30 mm-tik azpitik bendaje guztiak kendu eta sinpatikolitikoak eman behar dira. 30 mm-tik gora, urgentziazko muskulu -aponeurosien irekitzea beharrezkoa da.

2. Giltzaduretako mina (lotailuak, sinobiala, menisko-herniak)

Giltzaduraren elementu labaingarriak, kartilago hialinoa eta meniskoak (daudenean), ez dute bukaera nerbiosorik. Beraz, minaren informazioa sinobiala eta giltzaduraren kapsulatik dator. Azkenengo egitura hauek oso inerbatuak egonik, kompresiorako eta distentsiorako sentikorrak dira. Sinobiala bi giltzaduren arteko azaleren artean atrapatua gelditzen denean min bortitza ematen du (lepoko eta gerriondoko bizkarrezurra), babes muskularraren erreflexu bizkor batez laguntzen dena (kontrakzio muskularra), hizkera arruntan "pintzamenduaz" ezagutzen dena. Giltzadurako kapsula distentsionatu egiten bada isuri edo derrame baten ondorioz, hematikoa izan ala ez, min bortiza emango du beti, giltzadura hori deskonprimitu beharraren seinale, barruan daukan likidoa hustuz. Argi dago kasu hauetan tratamendua mekanikoa izango dela, giltzadura manipulatuz edo ARTROZENTESIA eginez. Pintzamendu batean, trakzioa, geldialdia, eta erlaxatzaile muskularrak edo lasaigarriak mesedegarriak dira pintzamendua ezin bada era mekanikoan erreduzitu.

Giltzaduren beste blokeo batzuk KIRURGIKOAK dira definizioz, hala nola meniskoaren hernia nola giltzadurako gorputz askea, nahiz eta hasiera batean manipulaziorako mugimendu batzuekin hasi.

Lotailuak neurri handiago edo txikiagoan definitutako errefortzu kapsularrak lirateke. Tendoien antzera, lotailuak egitura distentsigaitzak eta oso inerbatuak dira, eta lotura edo konexioak dituzte ondoko muskuluekin, azken hauek gehiegizko mugimenduaren frenatzaile bezala lan eginez.

Ohikoa da lotailuen lesio txikiak oso mingarriak izatea zuntz sentikorrak agerian gelditzen direlako eta hematomak irritatzen dituelako. Alderantziz, lesio total bat mingarritasun gutxikoa da eta berehala minik gabekoa bihurtzen da. Fenomeno hau kontuan hartu beharrekoa da min gutxiko giltzaduretako traumatismoen azterketa garaian, azpian lotailuen lesio larria gordeta egon daitekeelako. Kasu hauetan diagnostiko ez-ohiko mugikortasunaren eskutik etorriko da, bai berez agertzen dena, bai anestesia bitartez, beharrezkoa denean.

Dena dela ere, GELDIALDIA, KONPRESIOA, eta HOTZA beti izango dira mesedegarri.

Minaren lehen orduak igarota, giltzaduraren berresplorazioa gomendatzen da lotailuaren lesioaren diagnostiko zehatzagoa egiteko. Behin lesioa zehaztua dagoenean, bai erradiografia behartuen bitartez, artrografiaz edo artroskopiaz hobeto, igeltsu bitartez lortutako inmobilizazioa edo konponketa kirurgikoa baloratuko dugu.

3. Hezurraren mina (kontusioa, haustura)

Hezurra oso egitura aberatsa da baskularizazio edo inerbazio alorretan. Bere nolabaiteko malgutasuna galdu egiten da urteen joanaz, eta birsorkuntza eta birmoldaketa-ahalmen handiagoa ere bada. Horren ondorioz, bere "orbainak" presio-distrakzio indar egokien eraginpean desagertu egiten dira hezurrari egokitzapen biomekaniko egokia emanez.

Bereziki inerbatutako eta baskularizatutako gunea periostioa da, horregatik, azaleko hezurren kasuetan (klabikula), kolpea hartuz gero odoletan jartzen dira oparo. Hematoma honek periostioa banandu egiten du hezurretik eta luzaroan irritatu egiten ditu nerbio-bukareak.

Era honetako kontusioak HOTZA eta KONPRESIOAren bitartez tratatu behar dira. Ondorengo uneetan fibrosatutako hematoma desagertzen duten edonolako neurriak baliozkoak dira, farmakologikoa edo elektroterapikoa.

Lesio traumatiko larriago batean, haustura gertatuko denekoan, hautsitako zatien egongaiztasunak mina sortu eta mantendu egingo du, bai fase akutuetan eta bai fase kronikoetan (sasiartrosia). Minaren mekanismoa, alde batetik, haustura-gunean ematen den mobilitateak nozizeptoreak mekanikoki narritatzen dituelako izango da, eta bestalde haustura guztietan hezurtze-prozesuaren lehendabiziko fase akutuetan isurtzen diren bitarteko inflamatzaileak nozizeptoreak sentsibilizatzen dituztelako, baita ere.

Haustura baten aurrean ERREDUKZIO EDO LERROZTAPEN ETA INMOBILIZAZIO ONENA izango da minaren aurrean tratamendurik eraginkorrena. Hala ere ez da ahaztu behar tratamendu farmakologiko laguntzailea (AINEak).

Kasu hauetan, beti bezala, HOTZAK eta TRAKZIOAK haustura-gunea mobilitaterik gabe mantenduko du mina gutxitzeko.

Gogora dezagun, bestalde haustura batean ez dela bakarrik hezur lesioa ematen, ehun bigunetan handiagoa edo txikiago izango den lesioa ere ematen dela. Baina beti ere INMOBILIZAZIOA izango dela, bai ortopedikoa igeltsu bitartez edo kirurgikoa osteosintesi bidez, adinaren eta lesio motaren arabera, beharrezko tratamendua.

GELDITZE-ORGATILA ETA BERE PROTOKOLIZAZIOA: OSPITALEKO FARMAZILARIAREN EGINKIZUNAK

Ariz M.C.[1], **Arrasate P.**[2] (Farmazilari Euskaldunen Elkartea)
[1] Arantzazu ospitalea. Donostia.
[2] Osasun Saila. Gipuzkoako Osasun Lurralde Ordezkaritza. Farmazi Unitatea. Donostia

SARRERA

Azken berrogei urte hauetan, bihotz-biriketako berpiztea egiteko teknika eraginkorrak azaldu dira. Teknika hauen laguntzaz lehendanbizi bolemia eta berezko arnas hartzea berreskuratu nahi dugu, horretarako oinarrizko maniobrak eginez. Ondoren, berpizte aurreratua erabiliko da, medikamentu batzuk barne daudelarik. Maila honetan, hain zuzen, izango du partaidetza farmazilariak.

HELBURUA

Gelditze-orgatilaren edukia, eta baldintza egokienetan mantendu ahal izateko aldizkako errebisioen protokoloa zabaltzea.

METODOAK

Gelditze-orgatila protokolizatzeko emandako urratsen protokolizazioa.

Larrialdi eta ardura tinkoen zerbitzuetako fakultatiboz osatutako lantalde batek zehaztu zuen gelditze-orgatilaren edukia. Egin zen medikamentu-hautapena farmazia eta terapeutikako batzordeak onartu zuen, eta aldi berean erabaki zuen orgatilako edukiaren errebisioak aldizka egitea.

4. EMAITZAK

A. Gelditze-orgatilaren edukia.

- Bentilazioa eta intubazioa egiteko beharrezko materiala.
- Monitorea, desfibrilatzailea eta beraien erabilpenerako materiala.

- Bidea sortzeko materiala.
- Medikamentu-edukia :

adenosina 100 mg : 1 bial
adrenalina 1 mg : 10 anpulu (anp.)
amiodarona 150 mg : 5 anp.
atropina 1 mg : 10 anp.
kaltzio kloruroa % 10 : 5 anp.
diazepam 10 mg : 5 anp.
digoxina 0,25 mg : 5 anp.
flumazenilo 0,5 mg : 5 anp.
isoprenalina 0,2 mg : 10 anp.
lidokaina % 5 : 5 anp.
metilprednisolona 250 mg : 2 bial
midazolam 15 mg : 10 anp.
nitroglizerina 5 mg : 10 anp.
prokainamida 1 g : 2 bial
sueroak.

B. Jarraipenerako protokoloa.

1. Erabilpen bakoitzaren ostetik, orgatila errebisatu eta erabilitako materiala berriro ipini. Berpiztean egon den erizainak izango du lan horren ardura.
2. Asteroko errebisioa, unitateko erizainaren ardurapean.
3. Hilabetero, Farmazi zerbitzuak jakinarazten die beste zerbitzuei iraungitakoa, horren ardura bertako farmazilari batek duelarik.
4. Bi hilabetero botikin guztiak errebisatzen dira, gelditze-orgatila barne. Horren ardura farmazilariari eta bere laguntzaileari dagokie.

ONDORIOAK

Gaixoaren bizitzan duen eragina aintzat hartuta, oso garrantzitsua da gelditze-orgatila beti prest egotea. Horrenbestez, protokoloa erabat tinko bete behar da.

Ospitaleko farmazilariak alor honetan egindako betekizunen artean, ondorengoak daude :

- medikamentu-hautapenean partaide izan,
- medikamentu guztiak egon daitezen,
- arduradunek orgatilak egokiro errebisa ditzaten, eta
- medikamentu hauei buruzko informazioa jakinarazi, besteak beste dosia, bioeskuragarritasuna, forma farmazeutikoa, aurkako eraginak, e.a.

MASKURIKO TRAUMATISMOA. EMAN BEHARREKO PAUSUAK

Azparren J., Garmendia G., Madina I., Muro I., Arrue P., Lopez L.A., Arocena F.
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Urologiako Zerbitzua. Donostia.

Maskuria apurtzea sabelaldeko traumatismoengatik (sarkorrak izan ala ez), eta prozedura diagnostiko eta terapeutikoengatik gerta daiteke.

Klinikoki hematuria (% 80) eta sabeleko mina (% 60) dira ezaugarri nabarmenenak.

Maskuriko lesioen % 95ak beste lesio batzuk ditu gaineratuak : pelbiseko lesioak batez ere (% 55ean pubiseko adarraren hausturak izaten dira).

Diagnostikoaren oinarriak: Abdomeneko erradiografia eta atzerakako zistografia. Beti ere, kontuan hartu behar da maskuriaren apurtzea peritoneo-barrukoa edo peritoneoz kanpokoa (% 80) izan daitekeela.

Tratamendua: Peritoneo-barruko apurketa: kirurgia bitartez

Peritoneoz kanpoko apurketa: hemodinamikoki estable badago, zistostomia eta prozedura kontserbadorea.

Ondorioak: Ohizkoa ez den entitatea izan arren, goiz antzematea garrantzitsua da, pelbis-hausturarekin daukan loturarengatik.

Gaizki diagnostikatzea edo 24 ordu baino gehiagoko atzerapenarekin egitea, gainerako morbilitatearen iturri nagusia dela dirudi.

Pubis-barneko drenajearen konplikazioak eskasak dira.

95/9/1 ETA 96/9/9 ARTEAN ORL-KO LARRIALDIEN IKERKETA GALDAKAOKO OSPITALEAN

Iriondo J.R., Aretxaga M.O., Piñeiro V., Alarcia G., Garcia P., Elordi P., Moreno E.
ORL Zerbitzua. Galdakaoko ospitalea.

SARRERA

Azken urteetan larrialdietako zerbitzuek izan duten gorakada dela eta, Galdakaoko ospitaleko ORL zerbitzuan, urtebetean jasotako larrialdien ikerketa bat egin dugu. Halaber, epe honetan, sarrera behar izan zuten kasuen portzentajea ere aztertu dugu.

METODOA

Ikerketa honetan, multzo etiologikoen banaketa, patologia espezifikoena eta multzo etiologikoen araberako sarrera-kopurua aztertu dira.

EMAITZAK

54.750 larrialditatik, ORLkoak 2.612 izan ziren.

Multzo etiologikoen arabera banaketa ondokoa izan zen:

- Handitze/Infekziozko patologia (% 34,76)
- Traumatismoak (% 16,84)
- Odoljarioak (% 13,62)
- Gorputz arrotzak (% 13,55)
- Neurosentsorialak (% 13,39)
- Tumoralak (% 7,8)

Talde etiologikoen arabera, sarrera-kopuruaren banaketa :

- Tumoralak (% 14,7)
- Infekziozkoak (% 12,7)
- Neurosentsorialak (% 12)

- Odoljarioak (% 11,7)
- Sudur-traumatismoak (% 8,7)
- Gorputz arrotzak (% 2,2)

ONDORIOAK

- ORLko larrialdiak, ospitaleko larrialdi guztietatik ia % 5a izan ziren.
- Larrialdirik arruntenak, handitze/infekziozko patologiak, traumatismoak eta odoljarioak izan ziren.
- Traumatismo arruntena sudurrekoa izan zen.
- Epistaxia izan zen odoljario ugariena.
- Patologia neurosentsorial arruntena zorabioa izan zen.
- ORLko larrialdi guztietatik, % 10,33ak sarrera behar izan zuten.

EKOGRAFIA: AURREZ AURRETIKO DIAGNOSTIKOA SABELEKO ERI POLITRAUMATIZATUETAN

Telletxea S., Gaona E., Aguirre J., Gómez C., Garcia P. E., Aguilera L.
Galdakaoko Ospitala. Anestesia eta Erreanimazioko Zerbitzua.

SARRERA

Trafiko-istripuak gehitu ahala, sabeleko traumatismoak gero eta sarriago agertzen dira ospitaleko larrialdi aretoan. Kasu hauetan diagnostiko arina eta zuzena beharrezkoa da premiazko tratamendu kirurgikoa behar ote den jakiteko.

HELBURUAK

Bost urtetan zehar, gure erreanimazio aretora heldu diren sabeleko traumatismoei buruzko ikerketa deskribatzailea egin dugu. Ingresatuta egon ziren guztiei hasieran egindako sabeleko ekografia hartu genuen kontuan eta hortik atera genituen emaitzak ikertu ditugu.

METODOA

Erreanimazio aretoan igresatuta egon ziren 90 gaixoen "atzeranzko ikerketa" egin dugu. Gaixoetariko 78 gizonezkoak eta 12 emakumezkoak izan ziren. Eta euren adina 15 urtetik 82 urtera bitartekoa izan zen.

Hasierako sabeleko ekografietan aurkitu diren emaitzak bildu ditugu eta gero ekografia berriekin edota OTAren (ordenadorezko tomografia axialaren) bidez zaurien kontrola egin dugu. Honez gain hasierako ekografiaren ondoren zenbat gaixok behar zuen premiazko ebakuntza kirurgikoa aztertu dugu.

EMAITZAK

Hasieran lortutako sabeleko ekografiaren emaitzak, hauek izan dira:

* 90 gaixotatik 29k (% 32,9) zaurigabeko ekografia izan zuten.
* 61 gaixok ekografia patologikoa izan zuten:

- 24k (% 67,7) bareko lesioak izan zituzten
- 8k (% 13,1) gibeleko lesioak
- 7k (% 11,4) bare eta gibeleko lesioak
- 22k (% 36) peritoneo-atzeko beltzuneak eta pelbiseko hausturak
- 3k puxika-haustura

* Ekografia patologikoa eduki zuten gaixo guztietatik 25ek (% 40,9) premiazko ebakuntza kirurgikoa behar zuten.

ONDORIOAK

* Sabeleko traumatismoetan bare beltzuneak eta hausturak dira gehien diagnostikatu ziren lesioak.

* Larrialdietan egiten den sabeleko ekografia, teknika arrunta eta erabilgarria da sabeleko traumatismo-mota guztietan, horri esker premiazko ebakuntzak lehenbailehen jakitea lortzen dugulako.

ZENTRO GERIATRIKO BATEN EMERGENTZIETARAKO PLANA

Gómez-Busto F., Elkoroiribe M.J., Panpin M.
San Prudencio egoitza. Zahartzaroko udal zerbitzua. Gasteiz.

SARRERA ETA HELBURUAK

Bihotz-gelditze bat izan ondoren eta prozesu guztiaren garapena miatu eta gero, emergentzietarako plan berezia jarri genuen martxan. Komunikazio honen helburua egindako plana azaltzea da.

METODOAK

Emergentzietako Lurralde Unitatera aholku bila jo genuen. Zentroaren ezaugarriak eta beharrak elkarrekin aztertu ostean plan bat diseinatu genuen 4 ardatzekin: Emergentzietarako Irizpideak batzea, Profesional bakoitzari paper zehatza ematea, Heziketa-plana bultzatzea eta beharrezko materiala lortzea.

PLANAREN GARAPENA.

1.- Laguntza eskatzeko irizpideak:

Lehen mailako laguntza: Erizaina. Horretarako lokalizatuta egon behar da beti.

Laguntza BEREZITUA: Gure kasuan 088ra deituko dugu, batez beste 4 minututan egoitzan egon daitezke eta.

Mezua: Zehatza baina informazio guztiarekin. Lekua, pisua, logelaren zenbakia, kokapena eta, ahal izanez gero zer-nolako emergentzi mota den jakitea ezinbestekoa da.

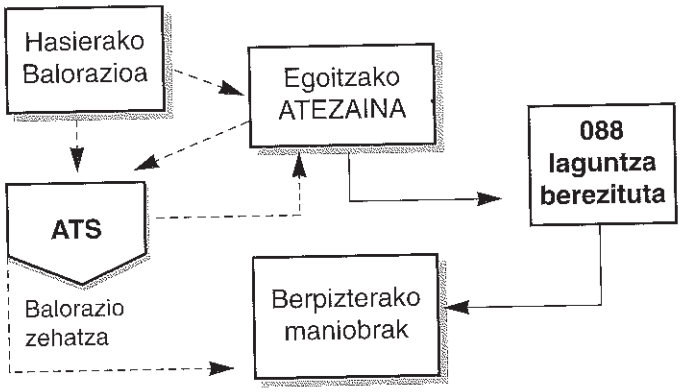
2.- Profesional bakoitzaren papera:

- ATEZAINA: Artekaria da, informazio guztia jasoz, laguntza eskatzeko eta mezu zehatza emateko. Horretaz gain, sarbideak libre egoteaz arduratzen da.

- ERIZAINA: Egoera baloratzen eta kontrolatzen du. Behar izanez gero, LAGUNTZA BEREZITUA eskatuko luke atezainaren bidez, bertako medikuari edo 088ri deituz. Materialaz ere arduratzen da.

- LAGUNTZAILEAK: Laguntza ematen dute, erizainaren esanetara.

EMERGENTZIAK



3.- Heziketa-plana.

Egoera larria baloratzeko gai izateko plan bat martxan jarri genuen bi fasetan:

a) Emergentzietako Lurralde Unitateko medikuek ikastaro bat eman zieten egoitzako mediku eta erizain guztiei. Horretan Oinarrizko Bihotz-Biriketako Berpiztea eta Arnasbideko Bentilazio-teknikak erakutsi zituzten.

b) Egoitzako sendagilea eta 12 erizain monitore bihurtu ginen, ikastaro berbera gainontzeko langilei emateko: 63 laguntzaile eta 8 atezain denera.

4.-Materiala

Eraikinaren tamaina ikusita honako material hau ezinbestekotzat jo genuen :

Gelditzerako karruak : Hiru, lagundutakoen arloko 3 pisuetan izateko, erizainengandik hurbil.

Oinarrizko materiala: Guedel hodiak, Pocket maskarak, balbulak eta guanteak beste 5 solairuetan banaturik.

Komunikazioa: 3 Walkie-Talkie, erizaina, atezaina, eta laguntzaileak komunikatuak egon daitezen.

ONDORIOAK

Egoitzako pertsonal guztiaren onarpena azpimarratzekoa da. Baita ere edozein larrialdiren aurrean lortutako konfiantza eta erakutsitako ardura.

KONPRESIO TORAKO-ABDOMINAL ASINKRONIKOAREN EFIKAZIA BIHOTZ-BIRIKETAKO BERPIZTEAN. GIZAKIENGAN EGINDAKO SAIO KLINIKO GURUTZATUA

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

SARRERA

Arteria koronarioko edo karotidako presioak, bihotz-biriketako berpizte klasikoko konpresio torazikoarekin ez dira nahikoak eta organo bitalen perfusioa ere ez da nahikoa. Gaur egungo ikerketetan odol-fluxua hobetzen saiatzen ari dira kardiobonbeen bidez, konpresio mekanikoarekin, konpresio torako-abdominalarekin...

Bestalde, bihotz-arnaseko gelditze batean PCO2-ren end-tidalaren (ETCO2) neurketak perfusio sistemikoarekin eta gastu kardiakoarekin erlazioa dauka. Gainera biziraupenetan eta ondorio neurologiko irrebertsibleetan pronostiko-balioa dauka.

HELBURUAK

ETCO2 neurketaren bitartez bihotz-biriketako berpizte klasikoan konpresio torazikoa (KT)k duen efikaziaren eta bihotz-arnaseko gelditzean konpresio torako-abdominal asinkronikoaren (KTAA) efektibotasunaren desberdintasuna konparatzea.

METODOLOGIA

Diseinua saio kliniko gurutzatua da. Parte hartu zuten subjektuak, bihotzaren eta arnasketaren gelditze ez-traumatikoa eduki zuten pazienteak izan ziren. Hauei erreanimazio aurreratu estandar bat egin zitzaien, intubazioarekin eta O2 % 100ean bentilatuak egon ziren denbora guztian. Hortik aurrera Oxicap Ohmeda 4.700 bitartez ETCO2aren etengabeko neurketak egin ziren.

Paziente bakoitzari 2 minutuko iraupeneko 4 denboraldi aplikatu zitzaien modu honetara:

Erdiari aurreneko eta hirugarrengo denboraldietan KT klasikoak eman zitzaizkien eta KTAA bigarren eta laugarrengo denboraldietan. Beste erdiari KTAA 1. eta 3. den-

boraldietan eta KT klasikoak 2. eta 4.ean. Efektu sekuentziala ez jasotzearren talde baten edo bestearen asignazioa ausaz egin zen.

Konpresio abdominal asinkronikoak mesogastrio aldean egin ziren, bigarren erreanimatzaile batek burutu zituelarik. Ez zen hutsune-eperik utzi.

Neurtutako aldagaiak aipaturiko 4 epeen bukaeran jasotako ETCO2ren neurketak, adina, sexua, peritoneoko ziztada aspiratzailearen (PZA) emaitzak, eta konpresio toraziko eta abdominala egiteko zailtasunak izan ziren. ETCO2aren datuei, datu-bikoteen batez besteko konparazioaren analisia aplikatu zitzaien SPSS programa informatikoa erabiliz, "intention to treat" estrategia jarraituz.

EMAITZAK

Hamar erreanimazio egin ziren (0,05 bi aldeko alfa akatsa, % 90eko potentzia eta estandarizatutako 1,4ko gutxiengo desberdintasuna lortzeko). Guztiak asistolian eta 5-15 minutuko bihotz-arnas geldiuneekin.

Batez besteko adina 68 urtekoa izan zen (desbiderapen estandarra (SD) = 6). KTAAekin lorturiko ETCO2ren batez bestekoak % 20an gainditu zuen KTarekin lorturikoa. (KTAA=16; KT=13; $p< 0,05$). PZA-k zuriak izan ziren eta kasu guztietan konpresioaren erritmoa jarraitzeko zailtasunak izan ziren. % 60an errefluxu gastrikoak egon ziren.

ONDORIOAK

1.- Bihotz-biriketako berpiztea konpresio torako-abdominal asinkronikoarekin egin zenean ETCO2aren % 20ko hobekuntza lortu zen.

2.- Teknikaren aplikazioa zaila da, batez ere batzuetan konpresio abdominalak, konpresio torazikoarekin sinkronizaziorantz jotzen duelako.

3.- Ez zen efektu sekundariorik egon (lesio abdominalak), bai ordea errefluxu gastrikoak.

4.- Zaila da biziraupenak eta ondorio irrebertsibleen hobekuntzak baloratzea. Ikerketa espezifikoak behar dira arlo hauetan.

5.- Lorturiko emaitzak eta praktikan jartzeko zailtasunak ikusirik, ez da oso komenigarria bihotz-biriketako berpiztean teknika hau sistematikoki erabiltzea.

BIBLIOGRAFIA

- LINDNER KH, PFENNINGER EG, LURIE KG, SCHURMANN W, LINDNER IM, AHNEFELD FW. *Effects of active compression-decompression resuscitation on myocardial and cerebral blood flow in pig.* Circulation 1993; 88: 1254-1263.

- ORLIAGUET GA, CARLI PA, ROZENBERG A, JANNIERE D, SAUVAL P, DELPECH P. *End-tidal carbon dioxide during out-of-hospital cardiac arrest resuscitation: comparison*

of active compression-decompression and standard CPR. Ann Emerg Med 1995; 25: 48-51.

- TUCKER KJ, LARSON JL, IDRIS A, CURTIS AB. *Advanced cardiac life support: update on recent guidelines and a look at the future.* Clin Cardiol 1995; 18: 497-504.

- ORNATO JP. *Haemodynamic monitoring during CPR.* Ann Emerg Med 1993; 22: 289-295.

- LEWIS LM, STOTHERT J, STANDEVEN J, CHANDEL B, KURTZ M, FORTNEY J. *Correlation of end-tidal CO2 to cerebral perfusion during CPR.* Ann Emerg Med 1992; 21: 1131-1134.

- WIK L, NAESS PA, ILEBEKK A, STEEN PA. *Simultaneous active compression-decompression and abdominal binding increase carotid blood flow additively during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in pigs.* Resuscitation 1994; 28: 55-64.

- WHITE RD, ASPLIN BR. *Out-of-hospital quantitative monitoring of end-tidal carbon dioxide pressure during C.P.R.* Ann Emerg Med. 1994; 23: 25-30.

- MORIMOTO Y, KEMMOTSU O, MURAKAMI F, YAMAMURA T, MAYUMI T. *End-tidal CO2 changes under constant cardiac output during cardiopulmonary resuscitation.* Crit Care Med. 1993; 21: 1572-1576.

ANALISIARENTZAKO ODOLA. ZERGATIK EZ INFUSIO-KATETERRETIK?

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

HELBURUAK

Batzuetan analisiarentzako odola ateratzea zaila izaten da: odol-ziztadak shockean dauden gaixoetan, errepikako ziztadak gaizki jasaten dituzten haurretan, agureetan eta hauskortasun baskularra duten pazienteetan. Hautabide baliagarri bat izango litzateke infusioko kateterretik odola ateratzea. Ikerketa honen helburua infusioko kateter batetik lortutako odol-mostrarekin parametro biokimiko eta hematologiko batzuk ezagutu eta beste bide batetik ateratako odolarekin konparatu eta horrela hauen baloreak aurresatea litzateke.

METODOLOGIA

Kasu-kontrol ikerketa bat da. Estatistikoki batez bestekoak konparatzeko datuak parekatzeko student-en t testa da erabiltzen duguna. Gaixoen balore errealak aurresateko erregresio linealeko proba bat egingo da: infusioko kateterretik ateratako odol-mostraren baloreak aldagai independente bezala jokatuko luke eta beste besoan emandako odol-ziztada konbentzionalaren mostra aldagai dependientea bezala erabiliko genuke. Horrela, balore horiek kalkulatzeko ekuazio bat lortuko genuke. Kalkulu hauetarako S.P.S.S./PC+V 4.0 pakete estatistikoaren PLOT eta REGRESSION prozedurak erabiliko genituzke.

EMAITZAK

Berrogei kasu ikertu dira. % 55a gizonezkoak eta % 45a emakumezkoak, 48 ± 19 urteko adinarekin eta 19-99 bitarteko lerrunarekin. Infusioko kateterretik ateratako % 20 mostratan hemolisia egon zen eta ez ziren egokiak izan analisiak egiteko.

Emaitzak tabla honetan ikusten dira:

	KOEFIZIENTE DETERMINATUAREN %	EKUAZIOA	ADIERAZGARRITASUNA
Hemoglobina	100	2 + X	< 0´0001
Glukosa	80	16´6 + 0´8X	< 0´0001
Urea	90	0´1 + X	< 0´0001
Kloro	70	6´3 + 0´9X	< 0´0001
Sodio	90	-6 + X	< 0´0001
Potasio	50	1´2 + 0´7X	< 0´0001
Protronbinaren %	60	16 + 0´8X	< 0´0001

ONDORIOAK

Teknika honen bidez lortutako determinazioak, esan ditugun baldintzekin, desberdintasun txiki batzuk ematen dizkigu baina adierazgarriak dira ikertu ditugun parametroetan (datuak parekatzeko t- testaren proba oso zorrotza da). Honela, kasu gehienetan fidagarritasun onargarriarekin, gaixoen balio errealak aurresan ditzakegu, ziztadak eta gainerako eragozpenak ebitatuz. % 20 kasutan mostra akastunak daude (arazo teknikoengatik seguraski).

GAREZUR-BARNEKO ODOLJARIO ETA ODOLBILDUEN EZAUGARRI ERRADIOLOGIKOAK

Amor T., Arrizabalaga R., Sanz E.
Txagorritxu Ospitalea. Erradiologia Zerbitzua. Gasteiz.

SARRERA

Garezur-barneko odoljarioak intzidentzia handia du Neurorradiologia sailean eguneroko lan-ordu barruan sortzen diren larrialdien artean. Hau dela eta azken urteotako odoljarioak ikertu ditugu. Kopurua, motak, kokatzea eta konplikazioak aztertzen ditugu.

HELBURUAK

Era ikusgarri batean gertatzen diren garezur-barneko odoljarioen mota ezberdinen ezaugarri erradiologikoak erakutsi. Gure zerbitzuan gertatu diren odoljario-mota bakoitzaren intzidentzia, ezaugarriak, zeinu tomodentsitometrikoak eta konplikazioak aztertu eta erakutsi.

METODOAK

Hamar urteko (1985-1995) azterketa erretrospektiboa egiten dugu. Goizeko lan-ordutan Neurorradiologia sailari eskatutako premiazko garezurreko konputaturiko tomografiak (KT) errebisatu ditugu, eta hauen artetik odoljario edo hematomen diagnostiko erradiologikoa izan duten azterketak izan ditugu kontuan gure lanean. Guztira 243 eskaner izan dira.

EMAITZAK

Odoljarioen motari begiratuz honela banatzen dira: 82 Araknoidepeko odoljarioak, 127 parenkima-barnekoak eta 34 garunaz kanpokoak (subduralak eta epiduralak).

Araknoidepeko odoljarioen artean, 25 araknoidepeko espazioan soilik mugatuta zeuden, 20 masiboak ziren eta bentrikuluetara irekiak, seik edema zerebral hedatsua zuten, hiruk hidrozefalia akutua eragin zuten, hiru kasutan igitai azpiko herniazio zere-

brala zegoen, hiru kasutan odoljarioa eragin zuen malformazio arterio-benosoa agertzen zen, batean infartu odoltsu batek eragin zuen odoljarioa, gaixo batek arteria basilarraren haustura zuen, beste batek kontusio odoltsua zuen araknoidepeko odoljarioarekin batera, eta azkenik, gaixo bat erradiologi gelan hil zen eskanerra egin bitartean.

Parenkima-barneko hematomen artean (127), 34 leku anatomiko konkretu batean kokatzen ziren (hemisferioetan, entzefaloaren enborrean, etab.). Besteek, hauetako ezaugarri bat edo gehiago zuten: 52 bentrikuluetara irekiak, 36k herniazio zerebrala zuten, 30 kasutan araknoidepeko odoljarioa zuten gainera, 23k edema hedatsua, 16k infartuak zituzten hainbat lekutan, 8 kasutan hematomek hidrozefalia akutua eragin zuten, 4 gaixo erradiologi gelan hil ziren odoljarioaren larritasunak eraginda, 2 gaixorengan malformazio arterio-benosoa zen odoljarioaren eragilea, gaixo batek odol egindako meningioma bat zuen, kasu batean kontusio odoltsuak zeuden, beste batean enbor zerebralen konpresioa eta, azkenik, gaixo batengan metastasiak ziren odoljarioaren eragileak.

Odoljario estrazerebralen artean (subduralak eta epiduralak) (34), 16 zerebroaren konbexitate eta diploearen barne-geruzaren artean kokatzen ziren, 10ek igitai azpiko herniazio zerebrala eragiten zuten, bost kasutan odoljarioa alde bietakoa zenez, bentrikuluak bere lekuan zeuden, nahiz eta konprimatuta, 4 kasutan araknoidepeko odoljarioa zegoen gainera, 2 kasutan pneumoentzefaloa zegoen, bitan kalotaren haustura, hirutan enbor zerebralaren edema zegoen, batek kontusio zerebralaren zeinuak zituen, gaixo batek infartu hedatsu bat zuen eta honek eragindako erorketak erakarri zion hematoma subdurala, gaixo batengan araknoideko kiste bat aurkitu zen hematoma ikertzerakoan.

ONDORIOAK

Konputaturiko Tomografia guztiz erabakigarria da susmatutako garezur-barneko odoljarioa baieztatzeko, bere kokapena, hedapena eta eboluzioa baloratzeko. Batzuetan odoljarioaren arrazoia ere erakusten digu, hala nola odoljarioarekin batera gerta daitezkeen nerbio-sistema zentralaren hainbat aldaketa patologiko.

HESTEETAKO ISKEMIA AKUTUAREN EZAUGARRI ERRADIOLOGIKOAK

López F., Martínez de Guereñu B., Vuelta R.V., Del Pozo D., Arrizabalaga R.
Txagorritxu Ospitalea. Erradiologia Zerbitzua. Gasteiz.

SARRERA

Hesteetako iskemia akutua diagnostiko zehatza eta premiazko tratamendua behar duen koadro kliniko grabea da.

HELBURUAK

Hesteetako iskemia akutuaren ezaugarri erradiologikoak erakustea, oso inespezifikoak direla azpimarratuz.

METODOAK

Gure ospitalean azken bi urteetan gertatu diren hesteetako iskemia akutuen azterketa erradiologikoak berrikusi ditugu (erradiologia arrunta, enema opakuak eta konputaturiko tomografiak).

Hesteetako iskemia akutuaren aurkikuntza semiologikoak sabeleko beste zenbait koadro akutuenekin erkatu ditugu.

EMAITZAK

Ez dugu hesteetako iskemia akutuaren inolako zeinu erradiologiko patognomonikorik aurkitu. Aurkikunde erradiologikoen artean, espezifikoena aire intramurala (hestearen paretan) eta bena mesenteriko nahiz porta barruan airea ikustea izan zen.

ONDORIOAK

1.- Erabilitako hiru teknika erradiologikoekin aurkitu ditugun zeinu erradiologikoak inespezifikoak dira.

2.- Etiologia ezberdinetako koadro patologikoek irudi erradiologiko berdinak eman ditzakete.

3.- Diagnostiko zuzen batera iristeko, eta horrela tratamendu egoki eta goiztiar bat hasteko, ezinbestekoa da gaixoaren balorazio kliniko zehatza egitea, honela aurkikunde erradiologikoak diagnostiko zuzenerantz bideratu ahal izateko.

LARRIALDIETAKO SAILEAN ATENDITUAK IZAN DIREN "GIB" INFEKZIOKO PAZIENTEEN SARTZEAREN ZERGATIA ETA MAIZTASUNA

Portu J.J., Aldamiz-Etxebarria M., Ayensa C., Erdozain M., Jiménez C., Almaraz M.J., Fernández M.
Txagorritxu Ospitalea. Barne Medikuntza. Gasteiz.

SARRERA

Giza inmunoeskasiaren birusa (GIB) duten pazienteek larrialdietako zerbitzuetara kausa anitzengatik joaten diren kolektibitate bat osatzen dute. Egitate honek adieraz dezake alde batetik Osasun-Zentro edo Ospitaletako Kanpo-Kontsultetan egindako kontrola ez dela behar bezain ona edo, bestalde, GIB infekzioa duten pazienteek aurkezten dituzten patologia anitzen adierazpena izan daiteke.

METODOAK

1995. urtean Txagorritxu Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan atendituak izan diren GIB infekzioa duten pazienteen atzeranzko ikerketa. Bertan, atentzioa jasotako eta ingresatuak izan ziren pazienteen portzentajea eta kopurua zehaztu zen. Ospitalean ingresaturik gelditu ziren kasuetan, alta-informeko diagnostikoaren bidez, ingresuaren zergatia ikertu zen.

EMAITZAK

Txagorritxu Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan 1995. urtean 74.036 pertsona atenditu ziren. Guztira 42.668 historia kodifikatu ziren (% 57). GIB positiboko 72 paziente atenditu ziren (% 0.17) eta hauetatik 53 ingresatu egin ziren (% 73.6). Ingresatzearen zio nagusienak hauek izan ziren: Tuberkulosia (biriketakoa eta birikaz kanpokoa) % 17an (n=9); pneumonia bakterianoa % 11n (n=6); arnas infekzioa % 8an (n=4); gastroenteritisa % 8an (n=4); Pneumocystis carinii-agatiko pneumonia % 6an (n=3); toxoplasma entzefalitisa % 6an (n=3); herpes zosterra % 6an (n=3); zirrosi desorekatua % 6an (n=3).

ONDORIOAK

1) Larrialdietako Zerbitzuan atenditutako GIB infekzioa duten pazienteen kopurua nahiko baxua da eta Txagorritxu Ospitaleko Kanpo-Kontsultetarako sarrera on bat adieraz dezake, beti ere hobetu daitekeena, edo bestela Osasun-Zentroen eta Ospitalearen arteko komunikazio on bat.

2) Larrialdietako Zerbitzuetara joaten diren pazienteetatik % 73.6 ingresatuak gelditzen dira eta bertan gelditzearen zio edo kausa nagusiena tuberkulosia eta arnasketako infekzioak izaten dira.

MIOKARDIOKO INFARTU AKUTUA DUEN GAIXOAK OSPITALEKO LARRIALDI ZERBITZUAN JASOTZEN DUEN ATENTZIOAREN KALITATEA HOBETZEKO PROPOSAMENAK

Lopetegui Eraso P., Ogueta M.A., Orive J.J., Foronda Z., Ruiz J.A., Bustamante R.M., Alonso J.C.
Txagorritxu Ospitalea. Larrialdi Zerbitzua. Gasteiz.

SARRERA

Miokardioko Infartu Akutuaren (M.I.A.) pronostikoan guztiz erabakigarria da lehenengo minutuetako tratamendua eta atentzioa.

HELBURUAK

M.I.A. duen gaixoak Larrialdi Zerbitzuan jasotzen duen atentzioaren kalitatea hobetzeko neurriak proposatu eta martxan jartzea.

METODOAK

Gasteizko Txagorritxu Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan ikusitako M.I.A.k jota zeuden 31 gaixo aztertu ditugu. Gaixo hauengan jokaera klinikoaren denbora batzuk erregistratu ditugu sintomatologia hasi zeneko unetik tratamendu tronbolitikoa hasi bitartean. Denbora hauek izan dira erregistratu ditugunak:

I. Denbora: Sintomen hasieratik Larrialdi zerbitzura iritsi arte.

II. Denbora: Elektrokardiograma egin arte.

III. Denbora: Ardura Intentsiboko Unitate Koronariora (A.I.U.K) deitu arte.

IV. Denbora: A.I.U.K.ko medikua Larrialdi Zerbitzura iritsi arte.

V. Denbora: Gaixoa Larrialdi Zerbitzutik A.I.U.K.rako bidean ateratzen den arte.

VI. Denbora: Fibrinolisia hasten den arte.

Bestalde, gaixoa Larrialdi Zerbitzura eramateko zein garraio-mota erabili den ere aztertu dugu.

EMAITZAK

31 gaixoetatik 26 (% 83,87) kotxe partikular batean etorri ziren Larrialdi Zerbitzura, 5 (% 16,13) besterik ez ziren hurbildu Ardura Intentsiboko Unitate Mugikor antzeko anbulantzia batean edo Emergentzietako Unitatean.

Denbora luzeena I.a izan zen (sintomen hasieratik Larrialdi Zerbitzura iritsi bitartekoa). Denbora hauen mediana 143 minutukoa izan zen (lerruna 20 - 896). Beste denbora guztien mediana 50 minutukoa izan zen (lerruna: 25 - 155).

Ospitale-barruko denborei dagokienez, IV.a izan zen denborarik luzeena (gaixoa Larrialdi Zerbitzutik ateratzen denetik fibrinolisia hasi bitartekoa), denbora honek osoaren % 40a hartzen duelarik.

Gaixo guztien % 80an sintomatologia hasi eta 4 ordu baino lehenago ezarri zen fibrinolisia.

ONDORIOAK

Gure lan honetatik ondorio hauek atera ditugu:

A.- Oso denbora luzea igarotzen da sintomak hasten direnetik gaixoa Larrialdi Zerbitzura iristen den arte (bi ordu baino gehiago). Gure zerbitzuak gutxi egin dezake horren aurrean, jendearen heziketa sanitarioa hobetzen ez bada.

B.- Atzerapen hau dela eta, kontuan izanik tratamendu fibrinolitikoa ahalik eta azkarren hasi behar dela (hobeto bi ordu baino lehenago), ospitale-barruko jokaera-denborak laburtu beharrean gaude.

C.- Guzti horregatik uste dugu fibrinolisia Larrialdi Zerbitzuan bertan hasi beharko genukeela, M.I.A.k jota dauden gaixoen atentzioaren kalitatea hobetu nahi badugu.

ELEKTROENTZEFALOGRAFIA STATUS EPILEPTIKOETAN

Gurtubay I.G., Carrera B., Morales G., Fernandez F., Ibiricu M.A., Carrero J.I.
Virgen del Camino Ospitaleko Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua. Iruña.

SARRERA

Status epilepticus-a (SE) ordu-erdi baino gehiago irauten duen aktibitate epileptikoari deritzo klasikoki. Beste autore batzuk SEtzat edozein konbultsio-mota hartzen dute, bere iraupena normalaren bikoitza bada, gehienak 5 minutu baino gutxiago irauten badute ere. Definizio hau, bi krisialdi errepikatu dituzten gaixoei ere zabaldu behar zaie, krisien artean konortearen berreskurapen osoa ez badago.

Epileptikoak direnen artean, % 10ek gutxienez SE bat izaten dute bere bizitzan zehar. Bestalde, SEen ia % 50 epileptikotzat diagnostikatu ez direnen artean agertzen dira.

Jatorri traumatiko, tumoral eta kutsakorrak dituzten epilepsien artean SEak dira nagusi, baita lobulu frontaleko epilepsien artean ere. SEak gehienetan sindrome kriptogenetiko eta sintomatikoetan agertzen diren arren, edozein sindrome epileptikotan ager daitezke.

Guztien artean ezagunena diagnostiko nahiko erraza duen SE toniko-klonikoa da. SE partzialek, aldiz, konplexuek batez ere, zailtasun gehiago erakusten dituzte, batez ere berandu agertzen diren ausentzien SEekin, sindrome konfusional baten modura agertzen direlako agureetan.

Larrialdi Neurologiko bat da eta sendabidea BZD, Fenitoina, Barbituriko eta beste sendagai batzuetan oinarritzen da.

HELBURUA ETA METODOAK

SEren bi kasu azaltzen ditugu. Hauetan EEG baten bitartez, episodioaren baieztapena, sailkapena eta tratamenduaren ondoren, bai klinikoki eta bai elektrikoki krisiaren joera ikusten dugu.

ONDORIOAK

SEa larrialdi neurologiko bat da. Bere tratamendu bizkorra nahitaezkoa da organo garrantzitsuetan kaltea eta ondorio latzak prebenitzeko.

SEak dakarren garuneko kalteak zerikusi handia dauka bere iraupenarekin, beraz sendabidea ahalik eta azkarren hasi beharko da, gaixoaren erantzunean eta eboluzio onean eragin gehien izango duen ekintza hori izanez.

SE bat duen gaixoari ahalik eta lehen EEG bat egin behar zaio, zer-nolako krisi-mota duen jakiteko, baita sarritan sintomatologia klinikorik gabeko krisialdi elektrikoak aurkitzen direlako ere eta azkenik tratamenduaren ondoren sendamena ziurtatzeko.

GAIXO LARRIAREN NEUROPATIA

Gurtubay I.G., Carrera B., Navajas D., Morales G.
Virgen del Camino Ospitaleko Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua. Iruña.

SARRERA eta HELBURUAK

Arreta Intentsiboetako Unitatean ingresatuta dauden gaixo larriek, sarritan alterazio neuromuskularrak jasaten dituzte. Gure lanaren helburua bere jatorria zein den eta diagnostikoa ahalik eta lehen egitea izan da.

METODOAK

13 gaixo larrien serie bat aztertu dugu. Gaixo hauei elektroneurografia eta elektromiografia egin zaie. Analitika orokorra, erradiologia, mikrobiologia baita hartzen zituzten sendagaien zenbait datu ere erabili ditugu bere eboluzioa jarraitzeko.

EMAITZAK

Eri guztiak intubatuak zeuden eta bere eboluzioan zehar sepsiaren, akats multiorganikoaren eta malnutrizioaren zeinuak azaltzen zituzten. Guztiek kortikoideak eta aminoglukosidoak hartu zituzten eta hamairutik zortzik blokeatzaile neuromuskularrak. Proba neurofisiologikoek mota axonaleko neuropatia azaldu zuten kasu guztietan, arlo motorean batez ere. Gaixoen % 50a hil egin zen, besteetan neuropatiaren ebuluzioa ona izanez.

ONDORIOAK

Gaixo larriek sarritan mota axonaleko neuropatia garatzen dute. Gure seriean neuropatia horren jatorritzat sepsia eta akats multiorganikoa azaltzen da. Erreflexurik gabeko ahulezia orokor bat edo desintubatzeko zailtasuna azaltzen duten gaixo larrietan patologia hau deskartatzea oso garrantzitsua da.

HODI-BARNEKO GATZAPEN BARREIATUA (H.G.B.)

Zudaire M.T., Ceberio I., Goñi M.A., Mateos M.C., Redondo M., Ezpeleta I., Olcoz M.
Virgen del Camino Ospitaleko Hematologia Zerbitzua. Iruña.

SARRERA

Hodi-barneko Gatzapen Barreiatuaren Sindromea, tronbina plasman aske izatearen ondorioz zirkulazioan suertatzen den fibrina-gordailuan datza. Ondorioz gertatzen den gatzapen-faktoreen eta plaketen kontsumoak, odoljarioak, mikrozirkulazioaren tronbosi butxatzailea eta organoen nekrosi eta disfuntzioak sortarazten ditu.

Hodi-barneko gatzapen barreiatuaren garapena, zergati ezberdinen ondorioz gertatzen den mekanismoaren aktibazio sostengatu batek sortarazten du.

Hodi-barneko gatzapen barreiatuarekin maiz erlazio handia duten entitateak obstetriziako "nahasteak", infekzioak eta kartzinomatosia izan ohi dira.

KLINIKA

Ezin dugu koadro kliniko orokor batez hitz egin, baizik eta patologia erasandako organoen arabera azalduko zaigu.

Sintomatologia komun bakarra odoljario-koadroa litzateke.

DATU BIOLOGIKOAK

Aurkikuntza analitiko nagusienak hauek dira:

-Hemoglobina-kopuruaren beherapena.

-Plaketa-kopuruaren beherapena.

-Gatzapen-faktoreen kopuruaren beherapena.

-Protronbina, zefalina-kaolin eta tronbina denboren luzapena.

-Fibrinogenoaren beherapena.

-Antitronbina III-ren beherapena.

-Fibrinogenoaren degradazioaren ondorioz sortutako produktuen azalpena.

TRATAMENDUA

1.-Oinarrizko eritasunaren tratamendua

2.-Odoljarioa izanez gero ordezkapen-tratamendua:

-Hematie kontzentratuak

-Plaketa kontzentratuak

-Izoztutako plasma freskoa

-Krioprezipitatuak

3.-Tronbinarik sortu ez dadin hemostasi arazoen tratamendua:

-Heparina: bere erabilpena guztiz argi ez dagoen arren, autore askok fenomeno tronbotikoak odoljarioak baino nabariagoak direnenan erabiltzea gomendatzen dute. Dosi baxuak erabili behar dira; kontuan hartu Antitronbina-illren maila baxua izanez gero, aurrez hau ordezkatu beharko litzatekeela.

H.G.B.aren kontrolean funtsezkoa da oinarrizko eritasunaren tratamendua ezartzea, H.G.B.a sortarazten duen estimulua mantentzen bada, ordezkapen-tratamendu egoki bat egin arren, alferrikakoak izango baitira tratamendu guztiak.

TRONBOPENIA PERIFERIKOA

Ceberio I., Zudaire M.T., Goñi M.A., Mateos M.C., Redondo M., Paloma M.J., Ezpeleta I., Olcoz M.
Virgen del Camino Ospitalea. Hematologia Zerbitzua. Iruña.

Tronbopenia odolean mm3-ko 100.000 plaketa baino gutxiago izateari deritzaio.

Tronbopenia ekoizpen-beherakada baten (T. zentrala) edota gehiegizko suntsipen baten ondorio (T. periferikoa) izan daiteke.

Ezaugarri kliniko nagusiak larruazal eta mukosetako odoljarioak dira.

Diagnostikoa egiterakoan garrantzizkoa da plaketen gutxitzea ziurtatzea (pseudo-tronbopeniak alde batera utziz) eta odoleko beste sailetan aldaketak ote dauden begiratzea.

Gure ingurunean purpura tronbopeniko idiopatikoa da arruntena, hau da, zergati nabaririk gabe jatorri inmunologiko baten ondorioz gertatzen den tronbopenia.

Gure artean aldiz, zergati ezaguna duen tronbopeniarik arruntena G.I.B.k sortarazten duena da.

Tratamendua etiologiaren arabera ezarriko da, zergatia ezaguna balitz (farmako bat adibidez) hau ezabatuz.

Purpura tronbozitopeniko idiopatikoaren kasuan tratamendu egokienak glukokortikoideak eta inmunoglobulinak dira. Hauekin erantzunik ezean, esplenektomia litzateke ondorengo pausoa.

Bizitza arriskuan jartzen duen odoljario zoli eta larri baten aurrean beharrezkoa litzateke plaketen transfusioa.

Antifibrinolitiko sintetikoak (azido epsilon-aminokaproikoa eta azido tranexamikoa) ere erabiltzen dira.

Tronbopenia bati aurre egiterakoan funtsezkoena ez da plaketa-kopurua, pertsona zehatz horren ezaugarrien arabera, tronbopenia horrek sortaraziko duen koadro klinikoa baizik.

Beraz odoljariorik gabeko plaketa-kopuru oso txikia batzuetan ez da larrialdi bat izango.

TRAFIKO-ISTRIPUEN EPIDEMIOLOGIA NAFARROAN

Berasategi J.I., Moreno M., Miguéliz N., De Prada M.
Virgen del Camino Ospitalea. Barne Medikuntzako eta Larrialdietako Zerbitzuak. Iruña.

SARRERA

Azken urteotan, trafiko-istripuen garrantzia gero eta handiagoa izaten ari da, eta zenbait adin-taldetan lehen heriotza-arrazoi bihurtu dira.

HELBURUAK

Trafikoko istripuen ezaugarri epidemiologikoak aztertzea.

METODOAK

1993ko ekainaren 1etik abuztuaren 31 bitartean Iruñeko Virgen del Camino Eritetxeko larrialdietara etorritako trafiko-istripuak aztertu dira. Kasu bakoitzean ordua, eguna, hilabetea, adina, sexua eta probintzia aztertu dira. SIGMA programaren datu-basea eta programa estatistikoa erabili ditugu. Bi aldagai kualitatibo uztartzeko X2 erabili da. Onartutako esangura-maila $p<0.05$ izan da.

EMAITZAK

Guztira, 973 kasu ikusi dira. Batez besteko adina 31.74 urtekoa izan da (SD:17.27). Ikusitakoak 15 eta 25 urte bitartekoak izan dira gehienbat, hauen atzetik 26 eta 35 urte bitartekoak datozelarik. Gizonezkoak gailendu dira. Abuztua da zauriturik gehien aurkezten duen hilabetea. Larunbat eta igandeetan kasu gehiago ikusten da. Gehiengoa Nafarroan bizi zen. X2 ezartzerakoan, soilik hemen aipatzen ditugun aldagaiak alderatzerakoan aurkitu dira diferentzia adierazgarriak:

1.-Sexua/ordua: gaueko orduetan gizonezko gehiago agertzen da.

2.-Adin-talde guztietan gizonezko gehiago ikusten da, 36-44 eta >65 taldeetan izan ezik; hauetan, emakumezko gehiago izaten da.

3.-Eguna/ordua: goizez, gehiago igandetan, arratsaldez larunbatetan eta gauez larunbat eta igandetan.

4.- Ordua/adin-taldea:goizez, zaurituak 55 urte baino gehiagokoak izaten dira gehienbat; arratsaldez, 15 urte baino gutxiagokoak, eta gauez, 16 eta 35 urte bitartekoak.

ONDORIOAK

1.- 15 eta 25 urte bitartekoek maizago jasaten dituzte trafiko-istripuek eragindako zauriak.

2.- Sarriago gizonezkoak.

3.- Asteburuetan gehiago ikusten da.

4.- Arratsaldeko orduetan gailentzen dira.

5.- Gehiago abuztuan.

6.- Gehienbat nafarrak izaten dira.

HAURRA URETAN ITOTZEA

Duran G., Landa V., Clerigué N., Romero C., Flores U.
Virgen del Camino Ospitalea. Iruña.

AITZINSOLASA

Uretan itotzea da haurtzaroan maizenik gertatzen diren istripuetako bat. Guztioi tokatu zaigu seguraski, noiz edo noiz, itotako bat atenditu beharra, askotan haur bat. Koadro honen ezaugarriak ongi ezagutu behar ditugu, laster eta behar den bezala biktima atenditzez gero; horri esker lortuko dugu, agian, bizitza bat baino gehiago salbatzea. Pediatrok gogotik bultzatu beharko genituzke prebentzio-neurriak, batez ere igerileku eta hondartzetako segurtasunari buruzkoak.

DEFINIZIOA

«Asfixia» esaten diogu uretan itota hiltzeari, edonoiz edo edonon gertatuta ere. «Urpean ia-ia itotzea» berriz beste hau da: haurra istripua gertatu ondoren denborapuska batean bizitzea edo egoera hori erabat gainditzea.

Istripu hauek 5 urtetik beheitikoen artean eta gaztetxoen artean gertatzen dira gehienbat.

PATOGENIA ETA TRATAMENDUA

Patogenia anoxiaren graduari eta iraupenari lotua dago. Miokardioa eta garuna dira kalterik handiena sufritzen duten organoak.

Itotakoa ospitalizatu behar da beti. Tratamenduaren helburua da hipotermia gainditzea eta eskura ditugun baliabide guztiekin hipoxiaren kontra borrokatzea.