PREBENTZIO EKINTZA KLINIKOAK EUSKAL HERRIKO AUTONOMIA ERKIDEGOAN: MAIZTASUNA ETA FAKTORE DETERMINATZAILEAK

BASALDUA A.
Aurretiko Medikuntza eta Osasun Publikoa. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. EHU.

SARRERA

Hipertentsio arteriala eta hiperkolesterolemia arrisku-faktore nagusi dira gaixotasun kardiobaskularrerako. Ebidentzien arabera, faktore hauen kontrolak eragina izan dezake arrisku kardiobaskularraren gutxitzean.

HELBURUA ETA METODOA

Euskal Autonomia Erkidegoko 1997ko Osasun Inkesta oinarritzat hartuta, Erkidegoko populazioaren egoera aztertu da lan honetan. Horretarako Prebentzio Ekintza Klinikoen erabileraren maiztasuna eta asoziaturiko faktoreak, batez ere, presio arterialaren eta kolesterolemiaren neurketak ikertu dira, 15 urtetik gorako pertsona instituzionalizatu gabeetan.

Aldagai soziodemografikoek eta osasunari lotutako bizimoduek, presio arterial eta kolesterolemiaren neurketen maiztasunean duten eragina neurtu da, hau da, asoziazio gordina eta independentea dagoen ikertu da. Modu berezian aztertu dira: genero-alborapena, aldakuntza geografikoak, heziketa maila eta bizi ohiturei lotutako arrisku-faktore kardiobaskularrak egotea (tabakoa, alkohola eta jarduera fisikoa).

Litezkeen asoziazio hauen ikerketa, osasun zerbitzuen erabileraren erakusle diren premia eta beharrizanaren arabera (adina, osasun subjektiboa eta lehen mailako atentzioko medikuarekin kontsultak) doitu aurretik eta ostean egin da.

EMAITZAK

Emaitzetan zera azaltzen da, populazioaren hein adierazgarri bati ez

zaiola presio arterial eta kolesterolemia neurketarik egin azken urtean. Hau ez datorke bat elkarte zientifikoen gomendioekin eta asistentzia kliniko prebentiboan hobetzeko aukerak leudekeela adieraz dezake. Itxaron bezala, presio arterial eta kolesterolemia determinazioak gehiago dira adinean gora goazenean eta hautemandako osasun egoeraren gaiztotzearekin. Beraz, zerbitzuen erabileran datzaten beharrizan adierazleekin asoziatzen da.

Adin, heziketa maila, bizileku probintzia, tabako eta alkohol kontsumo, jardun fisiko eta hautemandako osasunaren arabera doitu ondoren, emakumeei gizonei baino maiztasun gutxiagoz neurtzen zaie presio arteriala eta kolesterolemia. Proportzio handiagoan neurtu da presio arteriala Gipuzkoako bizilagunengan Araba eta Bizkaikoengan baino. Determinazioen maiztasuna heziketa mailarekin handitu egiten da.

ONDORIOAK

Emaitza hauen bidez, ondoriozta genezake jardun prebentibo hauetan genero-alborapena, desberdintasun geografikoak eta desberdintasun sozioekonomikoak gertatzen direla.

Presio arterialaren eta kolesterolemiaren neurketa ez da modu adierazgarrian asoziatzen bizimoduari lotutako arrisku-faktore kardiobaskularrekin. Beraz, jarduera hauek ez daude egokituta arrisku kardiobaskularraren mailari, adina salbu.

Presio arterial eta kolesterolemiaren determinazioak medikuari egindako kontsulta kopuruarekin igotzen dira. Aurkikuntza honek, hein handi batean itxarotekoa, edonolako topaketa klinikotan edo sendatzailetan, jarduera prebentiboen erabilera modu oportunistan bultzatzen du.

GARUN ISTRIPU AKUTUAREN ARRISKU FAKTOREAK. GURE DATUAK ETA MANEIUA EZAGUTZEN.

Benito del Valle K., García F., González R., Suberbiola I., Paloma E., Zubillaga G.
Barne Medikuntzako Zerbitzua. Gipuzkoako Ospitalea.

SARRERA

Ugariak izaten dira, gure ingurunean, garun istripu akutuak eta hauexek gertatzeko arrisku faktoreak ere. Beraz eta besterik gabe, gure inguruneko arrisku faktoreen datuak ezagutu, istripu motak, bilakaera eta zer nolako prebentzioa egiten dugun aztertu nahi izan dugu.

HELBURUA

Gure ingurunean, garun istripu akutuaren (GIA) arrisku faktoreak, istripu motak, bilakaera eta alta garaian eraman zuten tratamenduak aztertu eta deskribatzea.

METODOA

Gipuzkoako Ospitalean, 1999. urteko lehen sei hilabeteetan GIA diagnosiarekin ingresaturiko gaixoen azterketa zeharkako deskriptiboa egin dugu. Datuak Clinic-etik jasoak izan dira eta Epiinfo sistemarekin izan dira landuak.

Azterturiko datuak honakoak izan dira: adina, sexua, arrisku faktoreak, GIA mota, bilakaera eta alta garaian eraman zuten tratamendua.

EMAITZAK

Barne Medikuntza, neurokirurgia, eta neurologian ingresaturiko 133 gaixoren datuak aztertu ziren, behin-behineko garun iskemia, garun enbolismo,

garun tronbosi, arteria zerebralaren herste, araknoideazpiko odoljario, garezur barneko odoljario eta karotida arteriaren herste eta diagnosiekin ingresaturikoak.

Batez besteko adina 71 urtekoa zen, 46 eta 96 urte tartean (69 gizonezkoengan eta 73 emakumezkoengan).

Sexuari dagokionez %54,8 gizonezkoak ziren eta %45,1 emakumezkoak.

Arrisku faktore garrantzitsuenak honakoak izan ziren: HTA %54,9 (emakumezkoak %54), aurikuletako fibrilazioa %28,5 (gizonezkoak %63), tabako erretzaileak %23,3 (gizonezkoak %96,7), aurretik behin-behineko garun iskemia izandakoak %20,3 (gizonezkoak %66,6), DM %19,5 (gizonezkoak%65,3), karotidaren estutzea %11,3 (gizonezkoak %80), duela gutxi bihotz infartu akutua pasatu izana %6 (gizonezkoak %87,5), ezker bentrikuluaren hipertrofia %5,2 (gizonezkoak %85,7), estenosi mitrala %3 (sexu bakoitzeko %50), eta ahozko antisorgailuak, koagulazioaren asaldurak eta homozisteina % 0,75etan.

Garun iztripu ugarienak honakoak izan ziren: garun tronbosia %52,6, behin-behineko garun istripua %24, garun enbolia %12, garun odoljarioa %9,7 eta araknoideazpiko odoljarioa eta hipoperfusioa %0,75 bakoitza.

Bilakaerari begira, mugimendu-arrastoak %38,3k izan zituzten, goi mailako funtzioen-arrastoak %23,3k, sentsibilitate-arrastoak %4,5ek; hilik %15,8 gertatu ziren eta %36k ez zuen ondorio txarrik izan.

Azkenik, alta garaian eramandako tratamenduari dagokionez, generazio berriko antiagregatzailea %70,5k zuten, %13,3k Aspirina, %5,3k Heparina eta %8,9k ahozko antikoagulatzaileak. Horrez gain, neurobabesleak %9tan, hipertentsioaurkakoak %54tan eta errehabilitazioa %27tan gomendatu ziren.

ONDORIOAK

Oro har, gure lanetik eratorritako datuak bat datoz aurretik argitaraturik diren datuekin.

Batez besteko adina 71 urtekoa da, sexu arteko ezberdintasun esanguratsurik gabe, nahiz eta gizonezkoengan arrisku faktoreak ugariagoak izan.

Tratamenduari dagokionez, bereziki generazio berriko antiagregatzaileak erabiltzen direla ikusi dugu. Aldiz, errehabilitazioa, bizi kalitatean ekar dezakeen onura kontuan izanik, gutxi erabiltzen dela ikusi dugu.

BIRBASKULARIZAZIO AZKARRA MIOKARDIOKO INFARTU AKUTUAN (MIA)

ZUBIA F., TXOPERENA G., REVIEJO K., IBARGUREN K., ZABARTE M., ARRUE R.
Zainketa Intentsiboetako Unitatea. Gipuzkoako Arantzazuko Amaren Ospitalea.

SARRERA

ST segmentuaren igoera duten MIAetan hilkortasuna gutxitzeko neurri nagusia birbaskularizazio azkarra da, bai fibrinolisiaren bidez, bai angioplastiaren bidez. Birbaskularizazio hau zenbat eta azkarrago egin, orduan eta emaitza hobeak lortzen dira. Lan honekin Gipuzkoan izaten diren MIAetan birbaskularizazio azkarraren erabilera aztertu nahi da.

MATERIALA

Gipuzkoako Arantzazuko Amaren Ospitalean 2000ko ekainaren 15etik abenduaren 15era Zainketa Intentsiboetako Unitatean (ZIU) izan diren 143 gaixoen datuak.

METODOA

Gaixo hauen historia klinikoak aztertuz ondorengo datuak bildu dira: hilkortasun orokorra, hilkortasuna birbaskularizaturiko gaixoetan, hilkortasuna birbaskularizatu gabeko gaixoetan, birbaskularizazio-portzentajeak, ez birbaskularizatzeko arrazoiak, birbaskularizazioan izaten diren atzerapenak.

EMAITZAK

ST segmentuaren igoera duen MIAk %14,52ko hilkortasun orokorra du: birbaskularizazio azkarra izan duten gaixoengan %5ekoa da; izan ez dutenengan berriz %20,5ekoa. Birbaskularizaturiko gaixoen portzentaia %60koa da, %53 fibrinolisiaren bidez, %7 angioplastiaren bidez. Galduriko %40tik %25 medikulaguntza eskatzean gertaturiko atzerapenaren ondorioz gertatzen da. Lehen monitorizaziotik birbaskularizazioa egiten den bitarteko denbora ordubete baino

gehiagokoa da 56,5etan, bai Arantzazuko Amaren Ospitalean, bai eskualdeetako ospitaleetan, denbora honek 40 minutukoa izan beharko lukeen arren.

ONDORIOAK

Birbaskularizazio azkarrak hilkortasunaren jaitsiera nabarmena erakusten du. Birbaskularizazio-tasa %60koa da, %25etan hobe litekeena mediku-laguntza azkar eskatuz gero. Ospitaleetan ere denbora gehiegi pasatzen da lehen monitorizaziotik birbaskularizaziora.

BIHOTZEKO ARRITMIA GAIZTOEN TRATAMENDU MEKANIKOA: DESFIBRILATZAILE AUTOMATIKO EZARGARRIAREN ZEREGINA GAUR EGUN

REVIEJO K., PORRES J. M., TXOPERENA G., ZUBIA F., IBARGUREN K.
Zainketa Intentsiboetako Unitatea. Gipuzkoako Arantzazuko Amaren Ospitalea.

HELBURUA

Bihotzeko arritmia gaiztoen tratamenduan DAEren zeregina ezagutzera ematea.

METODOA

1994tik 2000ko abendua bitartean, Arantzazuko Ospitalean DAE baten beharra izan duten gaixo guztien zeharkako ikerketa prospektiboa.

Aldagaiak: adina, sexua, bihotzeko gaixotasuna bi taldetan banatua: iskemikoa eta dilatatua, bihotzaren funtzioa NYHAren sailkapenaren arabera eta EF kontuan hartuta, eta ondorengo 72 hilabeteetan egindako jarraipenean DAEak emandako desfibrilazio egokiak eta gaixo hauen hilkortasuna.

EMAITZAK

Aukeratutako epean, 77 gaixok DAE baten beharra izan zuten gure ospitalean, batez besteko adina 62 urtekoa izanik (gazteenak 26 urte, zaharrenak 79). % 87 gizonezkoak ziren eta % 13 emakumezkoak. Bihotz gaixotasunen artean sarrien gertatu dena iskemikoa da (%62), eta gainontzekoak dilatatu idiopatikoak dira (% 38). Bihotzaren funtzioa sailkatzeko, NYHAk emandako irizpideen arabera banatu ziren gaixoak: Lehenengo klasean % 10, bigarren klasean % 56 eta hirugarren klasean % 34. Bestalde, EF kontuan hartuta batez bestekoa % 37koa izan zen (% 15 gutxienak - % 76 gehienak). Desfibrilatzailea ezartzeko arrazoiak 1. taulan azaltzen dira:

Mantendutako takikardia bentrikular monomorfikoa	% 65
Fibrilazio bentrikularra	% 14
Mantendutako takikardia bentrikular polimorfikoa	% 17
Brugadaren sindromea	% 4

1. taula

72 hilabeteko jarraipena aztertuz: % 55ek desfibrilazio egoki bat jaso zuen gutxienez, eta % 45ek ez zuen tratamendu mekanikoaren beharrik izan. Hilkortasunari dagokionez, % 87k bizirik jarraitzen zuen.

ONDORIOAK

DAEak bihotzeko arritmia gaizto mota batzuei aurre egiteko sortutako tratamendu egokia dirudi.

BAT-BATEKO HERIOTZAREN PREBENTZIOA DESFIBRILATZAILE AUTOMATIKO EZARGARRIAREN BIDEZ: KARDIOPATIA ESTRUKTURALIK GABEKO TAKIKARDIA BENTRIKULAR POLIMORFIKOA

ARRIANDIAGA J.R., BODEGAS A., ARANA J., BARRENETXEA J.I.
Kardiologiako Zerbitzua. Gurutzetako Ospitalea. Bizkaia.

SARRERA

Bat-bateko heriotza kardiakoa (BHK) da kardiopatia duten gaixoetan arazo kardiako baten sintomak hasi eta ordu bateko epean gertatzen den ezusteko heriotza. %90 kasutan kardiopatia iskemikoa (KI) dago oinarrian.

BHKrekin zerikusi duten beste kardiopatia mota batzuk honako hauek dira: miokardiopatia hipertrofikoa (atleta gazteetan agertzen den kausa garrantzitsuena), miokardiopatia dilatatua, eskuineko bentrikuluaren displasia arritmogenikoa, miokarditisa, bihotzaren gaitz elektriko primarioak (QT luze sortzetikoaren sindromea, Brugadaren sindromea, esfortzuko takikardia bentrikular polimorfikoak eta fibrilazio bentrikular idiopatikoa), Wolff-Parkinson-White sindromea, gaitz neuromuskularrak eta farmako eta substantzia arritmogenikoak (antiarritmikoak, antidepresiboak, antibiotikoak, antihistaminikoak, diuretikoak, kokaina, eta abar).

BHK eragiten duten arritmia kardiakoak izaten dira takiarritmia bentrikularrak (takikardia bentrikularra eta fibrilazio bentrikularra), bradiarritmiak eta erritmo sinusala (disoziazio elektro-mekanikoa).

Gaur egun, hiru prebentzio-neurri ezberdin ditugu: farmakoak (antiarritmikoak eta beste mota batekoak), substratu anatomiko arritmogenoaren ablazioa (kirurgiaz edo erradiofrekuentziako kateterraz) eta desfibrilagailu antitakikardiko inplantagarria (DAI). BHK dutenen artean talde berezi bat aurkitzen da: kardiopatia estrukturalarik gabeko alterazio elektriko primarioa dutenen taldea da. Arritmia kardiako hilgarria takikardia bentrikular

polimorfikoa edo fibrilazio bentrikularra izaten da. Anomalia elektrikoak oinarri genetikoa du, eta horixe da bihotzaren zeluletan elektrolitoen trukaketa kaltetzen duena, normalki sodio kanaletan gertatzen dena. Gaur egun BHKren prebentziorako daukagun metodo bakarra DAI bat jartzea da. Pronostikoari buruz esan daiteke gaixoen heren batean eta lehen bi urteko epean BHK errepikatzen dela, nahiz eta farmako antiarritmikoak hartu eta sintomarik gabe egon. Alderantziz, DAI bat jarriz gero, hilkortasun tasa hutsa da.

MATERIAL ETA METODOAK

1995eko urtarriletik 2000ko abendura, Gurutzeta ospitaleko kardiologia zerbitzuan 85 DAI jarri dira takikardia bentrikular gaiztoei aurre egiteko.

EMAITZAK

14 kasutan ez zegoen kardiopatia estrukturalarik (azterketa fisikoa, analitika, toraxeko erradiografia, ekokardiografia eta koronariografia normalak). Batez besteko adina 43 urte zen (17 eta 70 urteren arteko mugak) eta euretatik 6 emakumeak ziren.

14 gaixo horien artean, 4 kasutan helburua profilaktikoa izan zen Brugada sindromea zutelako (eskuin aldeko His adarraren erabateko blokeoa eta milimetro bat baino gehiagoko ST segmentuaren igoera V1 eta V3 arteko deribazioetan). Beste 10 kasutan arritmia sinkopagarri bat izateagatik jarri zen. Azken multzo hau era honetan bana dezakegu: 2 Leenhart sindrome ("torsades de pointes" akoplatze laburrarekin), 6 fibrilazio bentrikular primarioarekin eta 2 takikardia bentrikular polimorfikoarekin. 10 gaixo hauei 2 urte inguruko jarraipena egin ondoren, 3 kasutan berriz arritmia bentrikular gaiztoa agertu dela ikusi dugu. Bitarte honetan ez da hildakorik izan.

ONDORIOAK

Gure esperientziak (BHKren prebentzioa DAIren bidez, kardiopatia estrukturalik gabeko arritmia bentrikular gaiztoa duten gaixoetan) gai honi buruz literaturan agertzen dena baieztatzen du: paziente gazteak dira, arritmia bentrikular gaiztoa errepikatzeko arriskua altua da (%30etan) eta DAI jarriz gero hilkortasun tasa hutsa da.

BAKTERIEMIAK ETA SEPTIZEMIAK MEDIKUNTZA ZERBITZUETAN

AIERBE A., CERDEIRA C., REGUERA A., ZUBELDIA J., SUBERBIOLA I., BENITO DEL VALLE K., ZUBILLAGA G.
Barne Medikuntzako Zerbitzua. Gipuzkoako Ospitalea.

SARRERA

Lehenengo eta behin gure kasuistika ezagutu nahi izan dugu, bakteriemia eta septizemietan. Berauen ezaugarri epidemiologiko, mikrobiologiko eta klinikoen aurrean, faktore eragileak ezagutu nahi izan ditugu, lehen eta bigarren mailako prebentzioa bideratze asmotan.

HELBURUAK

- 1999an zehar Gastroenterologia, Pneumologia eta Barne Medikuntza zerbitzuetan, Larrialdi Zerbitzuak onarturiko bakteriemia guztien ezaugarri klinikoen, mikrobiologiaren eta epidemiologiaren ikerketa egitea.
- Aurretik zituzten gaixotasunak aztertzea (intrintsekoak), gaitza edukitzea errazten dutenak, eta bestalde, gaitza errazten duten arrisku faktoreak aztertzea (estrintsekoak), hala nola, prozedurak, drogak edo iatrogenia.
- Hilkortasun zergatiak aztertzea.
- Tratamenduak berrikustea.

METODOA

Atzeranzko ikerketa egin zen, 260 ohe dituen Ospitalean 1999ko ekaina eta abendua bitartean Larrialdi Zerbitzutik onartutako bakteriemia guztien gainean. Bilaketa aktiboa egin zen odol hazkuntza positiboak bilatuaz Mikrobiologiako Laborategian eta Datu Base konputerizatua erabiliaz honako kodeekin: bakteriemia, septizemia sepsia eta shock septikoa.

EMAITZAK

56 kasu aurkitu ziren 56 gaixotan 1999an zehar. Intzidentzia, zerbitzu hauetan onartutako 1.000 gaixotik 21,1ekoa izan zen. %59 gizonezkoak ziren.

Batez besteko adina 73,3 urtekoa; emakumezkoen batez besteko adina 75 urtekoa zen eta gizonezkoena 71,2koa. Batez besteko ospitaleko egonaldia 14 egunekoa izan zen, antzekoa gizonezko eta emakumezkoetan. Gaixoen %91 Barne Medikuntzan egon ziren.

Arrisku faktoreak gaixoen %82tan agertu ziren.

Arrisku faktore intrintsekoak diabetes mellitusa (%30), biriketako gaixotasun obstruktibo kronikoa (%18), behazun xixkuko harriak edukitzea (%16) izan ziren.

Arrisku faktore estrintsekoak, ordea, duela gutxi ospitalean egon izana (%9), immunosupresoreak (%7), terapia antibiotiko luzea (%5).

Infekzio fokuak: iraitz aparatua (%27), arnas aparatua (%25), sabela (%23).

Odol hazkuntzetan hazitakoak: E. Coli (%34), Staph. Aureus (%23), polimikrobianoa (%5,3).

Klinikoki: %86k tenperatura 38°C tik gora izan zuen, hotzikarak %50ek, 12.000tik gorako leukozitosia %41ek eta ezkerrera desbideraketa %45ek.

Hilkortasuna %19,6koa izan zen diagnostiko klinikoarekin erlazio garbirik gabe eta sexuari dagokionez ezberdintasun esanguratsurik gabe. Hildakoen %81 75 urtetik gorakoak ziren. Guztiek arrisku faktore intrintsekoak zituzten.

Gehien erabili ziren antibiotikoak penizilina beta-laktamikoak izan ziren (%53,5), zefalosporinak (%39), amoxi-klabulanikoa (%36), aminoglikosidoak (%10). Konbinaturiko antibiotikoen politerapia %70etan erabili zen eta monoterapia %30etan.

E. Coli-ak, sentsibilitateari jarraiki, zainetik emaniko zefalosporinak jaso zituen kasu gehienetan, Staph. Aureus-ek kloxazilina eta estreptokokoek zefalosporinak.

Larrialdi Zerbitzuan bakteriemia susmoa izan eta berehala, odol hazkuntzak atera ziren eta zainetik emaniko antibiotikoak jarri ziren.

ONDORIOAK

- Bakteriemia ospitalean sarritan agertzen den arazoa da.

- Gaixo gehienek arrisku faktoreak dituzte.
- Iraitz aparatua eta E. Coli izan ziren sarritasun handiena izan zuten sarbide eta bakterioa.
- Adina eta arrisku faktoreek baldintzaturik, hilkortasun handia dakar bakteriemiak.
- Sarrien erabiltzen diren tratamenduak penizilinak eta politerapia dira.

OSPITALE OROKOR BATEAN PRODUKTU BIOLOGIKODUN TRESNEK ERAGINDAKO ISTRIPUAK: ZIZTADA-EBAKIAK

GÓMEZ H., GALÍNDEZ I., GOIKURIA A., PASCUAL M., SANZ A., AGUADO L.
Aurrezaintzako Medikuntza eta Lan Osasuneko Saila. Galdakaoko Ospitalea. Bizkaia.

HELBURUA

1990eko hamarkadaren hasieratik produktu biologikoren bat larruazalera heltzean gertatutako istripuen erregistroa ezarri zen. Bere helburu nagusiak honako hauek dira:

- Ustekabeko heltze perkutaneoko egoeren kopurua zenbatzea eta istripurik ohikoenak zeintzuk diren zehaztea.
- Halakoetan sarrien erabilitako tresnak eta egindako jarduera ezartzea.
- Heltze perkutaneoaren iturriak ezagutzea eta ondorioz, arriskua balioestea.
- Prebentzio-neurriak proposatzea eta beraiek ebaluatzea.
- Istripua dokumentatua izatea legearen ikuspuntutik.
- Oraingo erregistroa 1995eko abenduan jarri zen abian.

METODOA

Azken bost urteetako istripu guztiak jasotzen dira, beti ere produktu biologiko baten heltze perkutaneoa izan dutenak: adina, aintzinatasuna, lanbidea, sexua, txanda, lan-kontratuaren mota, gertatu den lekua eta modua, kausa eragilea, serologia-iturria, istripua izandakoaren izena, profilaxia. Datuak EPINETAC izeneko programan sartu ziren eta gero estatistika deskriptiboa SPSS 9.0 programarekin egin zen.

EMAITZA

Guztira 312 istripu.

- Sexua: Gizonezkoak: %22 / Emakumezkoak: %78
- Adina: 36,1± 8,37 urte
- Lan-txanda: goizez: %68 / arratsaldez: %22 / gauez: %10
- Lan-kontratuaren mota: Finkoa: %55 / Aldi baterakoa: %37 / Obra-kontratak: %1 / Ikasleak: %7

Kategoriaren araberako banaketa ondoko taula honetan erakusten da:

Kategoria	Med.	BAME	Eriz.	Lag.	Tel.	Garbitz.	Zelad.	Ikasleak
Istripu-kopurua	51	17	157	28	6	26	5	19
Langileak urteko	225	52	324	210	28	64	78	12*
Intzidentzia tasa	%22,7	%32,7	%48,5	%13,3	%21,4	%40,6	%6,4	%158

Iturriaren serologia 71 istriputan ezezaguna izan da, eta positiboa 34 kasutan.

CHB	CHB + BHB	BHB	BHB + GIB	GIB	GIB + CHB
22 kasu	Kasu 1	3 kasu	Kasu 1	2 kasu	5 kasu

Infekzioaren prebalentzia birus hauetako bakoitzarentzat:

CHB: %11,2	BHB: % 2,1	GIB: % 3,3

Prebalentzia hau populazio orokorrarena baino handiagoa da: adierazten diren istripuak arriskurik handieneko egoeretan gertatzen direla adierazten digu horrek.

Gure seriean CHB motako serokonbertsio bat gertatu da profesional sanitario batengan; honek % 3,6 (3,51-ko intzidentzia-tasa ekartzen du. Ez da GIB edo BHB motako konbertsiorik izan (istripua izandakoetatik %86 txertoa hartutakoak dira).

ONDORIOAK

5 urtetan 312 istripuren berri eman da eta beraiek bereziki ospitaleko jarduerarik handieneko garaian gertatu dira.

Iturri-pazienteengan, batez ere CHB eta GIB dutenengan, prebalentzia handiagoa izatearen arrazoia aldez aurretik arriskua duten egoeretan gertatzen diren istripuak gehiagotan adierazten direla izan daiteke.

Gaitzak harrapatuenak erizainak izan dira. Gainera, erizaintzako ikasleengan intzidentzia oso garrantzitsua izan da.

Prebentzioko estrategiak ikertu behar dira pertsonal gazteenarentzat, bereziki erizaintzako ikasleentzat.

Serokonbertsioko kasu bakarra CHB motakoa izan da, mediku batengan eta kalibre lodiko orratzarekin. Intzidentzia-tasa %3,6 ± 3,51koa da (%95eko KT: %0 – 10,8).

Prebentzioa lan-prozedura ziurragoen ezarpenetik abiatu behar da, arretazko neurri unibertsalen betetze zorrotzetik eta BHB txertoa orokortzetik.

1 mm baino gehiagoko argia duten elementu hutsak erabiltzen diren prozedurek lehentasunezkoak izan behar dute segurtasun-metodo eta -elementuak ezartzeko orduan.

OSASUNGINTZAKO PROFESIONALEN ZEREGINA TORTURAREN PREBENTZIOAN

IDOYAGA I., CALLADO K., MORENTIN B., ARRIEN P., GOROSTIAGA E., CINOS A.
Torturaren Aurkako Taldea. EHUko Farmakologia Saila. Bizkaiko Auzitegiko Institutu Forensea. Euskal Presoen Osasunerako Medikuak.

SARRERA

Azkeneko hamarkada honetan, gero eta ardura gehiago sortzen dio Nazioarteko Komunitateari giza eskubideen defentsa eta babeserako medikuen konpromiso aktiboaren beharrak, batez ere torturari dagokionez.

Tortura ez da Hirugarren Munduko herrietan soilik gertatzen den fenomenoa. Estatu batzuetan atxilotu askoren kontra erabiltzen bada ere, bestetan aldiz, Espainian alegia, tortura salaketak arrisku handiko populazioan metatzen dira. Hau da, atxiloketa inkomunikatuetan.

HELBURUA

Komunikazio honen helburua, giza eskubideen babesean eta torturaren prebentzioan diharduten osasungintzako profesionalen esperientzia berrikustea da.

EMAITZAK

1-. Arlo psikologikoa. Ondorio psikologikoak ikertu ondoren, trauma-ondoko sintomatologiaren nagusitasuna ikusi da.

2-. Tortura metodoen azterketa. Kolpeak, itomena eta mehatxuak dira gehien salatu diren metodoak. Tortura sexualaren prebalentzia handiagoa da emakumeen artean. Tortura metodo desberdinen intzidentzia, atxiloketa egin duen gorputz polizialari lotuta dago.

3.- Txosten medikoen azterketa. Ikertutako txosten medikoetatik %32tan

agertzen dira torturaren aztarna fisikoak. Entzutegi Nazionalaren mediku forenseen txostenak berrikusi dira eta kalitatearen eskasia ondorioztatu da.

4.- Gihar ildaskatuaren kontrako antigorputzen ikerketa tortura fisikoa salatu duten atxilotuengan.

5-. Torturaren ebaluaketa mediko-legalean jarraitu behar diren pausoak eta protokoloa: medikuaren identifikazioa, atxilotuaren lekukotasunaren erregistroa, azterketa fisikoa, azterketa psikologikoa, froga osagarriak, ebaluaketa eta ondorioak.

6-. Peritatzea eta Nazioarteko beste erakunde batzuekin elkarlana.

Esperentzia honen ikuspegitik, osasungintzako profesionalok torturaren diagnosi eta prebentzioan dugun ardura azpimarratu nahiko genuke.

GAIXOTASUNA ETA PREBENTZIOA

BARRIOLA J.
M. Magdalena Osasun Zentroa. Errenteria. Gipuzkoa.

SARRERA

Lantxo honetan "prebentzioari" buruzko gogoeta orokor, historiko-filosofiko bat aurkeztuko dut. Gaixotasunaren aurrean prebentzio ekimenak ez dira gizarte modernoaren berezitasunak. Gaur egungo prebentzio mota nagusiak zientziaren eta estatu (botere antolakuntza) modernoaren garapenarekin zer ikusi zuzena du.

Gogoeta hau egiterakoan saiatzen naiz gure (euskaldunen) historia, ohitura eta literaturatik gai honi buruzko gogoeta eta planteamendu sakonak bilatzen eta agerian jartzen.

EDUKIA

Lau atal nagusitan banatzen dut lantxoa:

- Prebentzioaren ikusmira historikoa: konjuru erritualak, koarentena, txertoak.
- Prebentzioa eta gaixotasunaren kontzeptua: *Axularren prebentzio-sistema; gaixotasunaren kontzeptu modernoa (dominazioaren sistema) eta prebentzio zientifiko-teknikoa.*
- "Arriskuaren gizarte" eta "globalizazio" garaietan prebentzioaren kaosari buruzko gogoeta.
- Hizkuntzaren osasunaren ikuspegi berri batek zer aporta dezakeen prebentzio ahaleginetan.

ONDORIOAK

Lantxo hau gonbidapena da. Prebentzioari buruz, gaixotasunari buruz, osasunari buruz, eta azken finean, gure izaerari buruz nagusi den pentsamendu bakarraren hesi estutik gure pentsamendua askatzeko gonbidapena. Gonbidapenaren ondorioak ezin dira aldez aurretik neurtu. Gonbidapena, ezer baino lehen, onartu egin behar da. Bestearen onarpena, berriz, osasunaren iturri funtsezkoena.

AZTERKETA MEDIKOAK FUTBOLARIETAN

GIL S.M., RUIZ F., IRAZUSTA A.
Basurtuko Institutu Medikoa. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. EHU.

SARRERA

Kirolari eskolar, federatu eta unibertsitarioetan azterketa medikoak egitea legez derrigorrezkoa da, baina ez da beti gertatzen. Gainera, azterketa horren minimoak ere argitu gabe daude oraindik. Aspalditik ezarri nahi izan dira azterketa mediko espezifikoak, eeplorazio minimo batzuekin.

HELBURUAK

Futbolari talde batean egindako azterketa medikoa deskribatzea.

METODOAK

59 futbolari: 36 kadete mailakoak (A, n=17 eta B, n=19 taldeak) eta 23 gazte mailakoak, batez besteko adina 15.54, tartea 14-18.

EMAITZAK

Antropometria:

	Pisua (kg)	Altuera (cm)	BMI
Kadete maila B	56.19*	1.68†	19.75‡
Kadete maila A	67.15*	1.75	21.92‡
Gazte maila	75.71*	1.78†	23.62‡

*†‡P<0.05

- *BMI:* Gazte mailako batek >25 izan zuen; kadete A-n batek <20 eta kadete B-an 10ek.

Sistema kardiobaskularra:

- *Tentsio arteriala:* gazte bik 160/80 mmHg eta 155/70 mmHg izan zuten: mediku generalera bidali genituen.

- *Auskultazioa:* Lau soplo sistoliko funtzional azaldu ziren.
- *EKG:* Gazte batek T uhin negatiboa DI, DII, DIII, aVF, V3-V6ra izan zuen, eta kadete batek zalantzazko delta uhinak izan zituen. Biak kardiologoaren kontsultara bidali ziren. Lehenengo kasuan ekografia eta esfortzu froga normalak izan ziren. V1 deribazioan Hiss-en balaren eskuineko adarraren 13 (%22) blokeo ez-oso egon ziren eta beste horrenbeste QRS konplexuaren hozka, luzera normalarekin. D3 deribazioan T uhin negatiboa 12 kasutan agertu ziren (%20).

Sistema muskulueskeletikoa:

- 12 jokalarik eskoliosia izan zuen eta kadete batek zifosia; guztietatik lauk tratamendua zeukaten.
- 9 gazte mailakoek (%39) genu varoa izan zuten eta 5 kadetek (%13.8), guztira %23,7k

ONDORIOAK

Sistema muskulueskeletikoan agertzen diren aldaketak dira ugarienak, aipatzekoa %20k eskoliosia izan zutela azterketa fisikoan.

Genu varoa %23 jokalarik izan zuen, gazte mailakoetan agertzen zen proportzioa haundiagoa zen.

Hipertentsioa kirolari gazteetan ere ager daiteke.

EKGak informazio garrantzitsua ematen digu: kasu bitan behintzat EKG patologikoak aurkitu ziren. Bestalde, V1-eko aldaketa txikiak eta DIII-n T negatiboa sarritan agertzen dira.

Nahiz eta jokalari gazte eta osasuntsuak izan, patologiak aurkitzen dira azterketa mediko espezifiko hauetan; beraz, derrigorrez egin beharko lirateke, minimo batzuk ezarriz.

* Lan hau Getxoko Arenas Club eta UPV/EHU-ko Basurtuko Medikuntza Institutuaren arteko hitzarmen baten bidez egin da; Bizkaia Bizkaialde Fundazioak (Bizkaiko Foru Aldundia) emandako dirulaguntza bati esker.

TXIRRINDULARI ETA FUTBOLARIEN ODOL PARAMETROEN DIFERENTZIAK

GIL S.M., IRAZUSTA A., GIL J., IRAZUSTA J.
Basurtuko Institutu Medikoa. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. EHU.

SARRERA

Iraupen luzeko kirolarietan sarritan odol parametroen asaldurak agertzen dira. Batez ere, burdinaren metabolismoaren adierazle diren parametroak (hemoglobina, hematokritoa, ferritina, etab.). Balio hauek baxu direnean errendimendua gutxiagotzen da. Badirudi hori ez dela beste motatako kiroletan gertatzen, adibidez futbolean.

HELBURUAK

Txirrindulari eta futbolari talde biren odol parametroak konparatzea.

METODOAK

15 txirrindulariz (batez beste 17 urte, tartea 15-20), eta beste 19 futbolariz (21 urte, tartea 18-25) osaturiko talde biren denboraldi batean egindako odol analisiak.

EMAITZAK

Hiru txirrindulari sintomadun zegoen (astenia, nekea, indar gabezia). Anemia makrozitikoa zuen batek, hemoglobina eta ferritina baxu besteak, eta hirugarrenak ferritina baxua.

Kirolari sintomagabeen artean txirrindulari batek anemia normozitikoa zuen eta futbolari batek anemia mikrozitikoa.

Txirrindulariek plaketa, plaketen batez besteko bolumena, basofilo eta kolesterol maila altuago zuten, eta burdina berriz baxuagoa ($p<0.05$). Hala ere, balio guztiak normaltasunaren barruan zeuden.

Hematie maila baxuegia txirrindulari bik izan zuten.

Hemoglobina 14 g/dL baino baxuago txirrindulari bik eta 5 futbolarik izan zuten (guztira %20,6).

Futbolari baten hematokritoaren balioa %50 baino altuago izan zuen (%51,4).

	txirrindulariak	futbolariak	Guztira
Ferritina <minimoa	7 (%50)	2 (%10)	9 (%26)
<60ng/ml	10 (%60)	6 (%31)	16 (%47)
<100ng/ml	12 (%80)	12 (%63)	24 (%70)

Txirrindulari sintomadunen batez besteko ferritina baxuagoa zen (28,66 ng/ml) sintomagabeekin konparatuz (60,09 ng/ml), baina hori ez zen estatistikoki adierazgarria izan.

Transferrina eta burdina kasu guztietan normalak izan ziren.

Bost txirrindularik hartzen zituzten burdin gehigarriak: horien emaitzak normalak izan ziren.

Eosinofilia 10 kasutan agertu zen (7 txirrindulari) eta linfozitosia txirrindularien erdiek izan zuten.

ONDORIOAK

Txirrindulari gazteen artean gehiago, baina baita futbolarietan ere, odol parametro asaldurak agertzen dira.

Bost kasutan anemia agertu zen, horietatik bi sintoma gabekoak.

Txirrindularien erdiek zuten ferritina maila baxuegia, eta gehienek (%80) iraupeneko kirola egiteko gomendatzen dena baino baxuago.

Badirudi iraupeneko kirolek plaketa eta basofiloetan duten eragina ezberdina dela beste kirol mota batzuen aldean.

Nahiz eta sintomagabeak izan, beharrezkoa da odol analisiak denboraldian zehar egitea, batez ere iraupen luzeko kirolarietan.

* Lan hau Getxoko Arenas Club eta UPV/EHU-ko Basurtuko Medikuntza Institutuaren arteko hitzarmen baten bidez egin da; Bizkaia Bizkaialde Fundazioak (Bizkaiko Foru Aldundia) emandako dirulaguntza bati esker.

OHITURA DESEGOKIAK ERIZAINTZAKO IKASLEENGAN

ALBERDI M.J., BARANDIARAN M., SANZ X., URANGA M.J., ZUPIRIA X.
Donostiako Erizaintzako Unibertsitate Eskola. EHU.

SARRERA

Erizaintza eskolako ikasleek dituzten ohitura desegokiak ikertu ditugu. Jasotako datu batzuk hauek dira: loaldi orduak, denbora faltaren sentipena, bazkaltzeko erabiltzen duten denbora, alkohola eta tabakoaren kontsumoa, eta alkohola edan ondoren autoan edo motorrean ibiltzea. Ikasle hauek, etorkizunean osasun prebentzioan lan egingo dute, eta horretarako, norberak ohitura egokiak bereganatzea komeni da.

MATERIAL ETA METODOAK

Ikerketa epidemiologikoa, zeharkakoa. Biztanleria: Donostiako Erizaintzarako Unibertsitate Eskolako ikasleak. Lagina: 2000ko maiatzean eskolan zeuden ikasleak (273). Baztertze irizpidea: 25 urte baino zaharragoak. Behin betiko lagina: 228. % 91,7 emakumezkoak. Adina: 20,4. Datu bilketa: inkesta baten bidez.

EMAITZAK

Tabakoari buruz: % 79,4k inoiz tabakoa probatu du; % 45,3k erretzen du eta % 28,3k egunero erretzen du (batez bestekoa: 9,6 zigarro egunean). Alkoholari dagokionez: % 98,2k alkohola inoiz probatu du; eta kantitate txikia bada ere, % 85,1ek gutxienez hilean behin edaten du; % 69,5ek gutxienez astean behin; % 69,2k asteburu oro; % 7,1ek ostegunero eta % 2,2k egunero. Inkestaren aurreko astean edan zuen ikasleak 8,7 unitate alkohol edan zuen batez beste astean zehar. Lagunekin ateratzean, maiz edo beti: edaten du % 49,1ek, mozkortzen da % 9 eta edan ondoren gidatzen du % 2,6k. Edan duen gidari baten autoan igotzen da, maiz edo beti %5,8, eta batzuetan % 23. Loari buruz esan dezakegu: egunean 7,1 ordu lo egiten dutela batez beste, eta %78,1en pertzepzioa da nahiko lo egiten ez duela. Bazkal ohiturei buruz: % 23,3k

bazkaltzeko 15 minutu baino gutxiago erabiltzen du. Azkenik, oro har % 89,9k denbora falta hautematen du.

ONDORIOAK

Erizaintza Eskolako ikasleen ohitura desegokien artean, ohitura arriskutsuak aurkitu ditugu. Ia hirutik batek egunero erretzen du. Hamarretik bat, lagunekin ateratzen denean maiz edo beti mozkortzen da eta lautik bat, errepideko istripua izateko arriskuan jartzen da. Lautik batek, bazkaltzeko 15 minutu baino gutxiago erabiltzen du. Hamarretik bederatzik, gustuko gauzak egiteko denbora falta hautematen du.

Osasun agenteak hezten ari garenez, ohitura eta jokabide horien prebentzioa eskolan bultzatzea ezinbestekoa dela iruditzen zaigu.

MENOPAUSIA: NIK ERE KONTATU NAHI DUT

ARIZALETA M., AZCONA R., BELASCO M., ESAIN M.J.
Iturramako Osasun Etxea. Nafarroa.

SARRERA

19.349 biztanle dituen Iruñeko auzo batean egiten dugu lan. Hauetatik 2.609 berrogeita bat eta hirurogei urte arteko emakumeak dira.

Adin honetan bai fisikoki bai psikikoki gertatzen diren aldaketak direla eta, garrantzitsua iruditu zaigu adin honetako emakumeekin lan egitea, bere bizi kalitatea hobetzeko asmoz.

HELBURUAK

Emakumeak bere buruarekin hobeki egotea eta bizitzaren gertakariei aurre egiteko dituzten baliabideak eta gaitasuna garatzea.

METODOLOGIA

Tailerrean 2 orduko 10 saio egiten ditugu eta bertan erabiltzen dugun metodologia aktiboa da, eta parte-hartzean oinarritua.

Honako gai hauek dira lantzen ditugunak:

- Menopausia: garai honetan gertatzen diren aldaketak
- Garai honek eskatzen dituen zaintze-lanak: elikadura, soina...
- Erlaxazioa
- Nork bere burua estimatzen ikasi
- Gizarte harremanak
- Osasuna eta aisia

EMAITZAK

Tailerrak egiten 1995. urtean hasi ginenetik 13 talde osatu dira; tailer horietako bakoitzean 18-20 emakumek parte hartu dute.

Urtean bi edo hiru tailer egin dira, eskaeraren arabera, gehienak goizean, bi izan ezik, etxetik kanpo lan egiten duten emakumeei zuzenduak.

Honako hauek izan dira jaso ditugun emaitza orokorrak:

- Gehienek baikor edo oso baikortzat jo dute tailerrean parte hartu izana.
- Aldi berean jorratutako gaiak baliagarriak edo oso baliagarriak izan direla uste izan dute.
- Gehienentzat, eman diren azalpenak oso argiak eta zuzenak izan dira eta tailerraren iraupena egokia.
- Jakin-min handiena sortu duten gaiak honakoak izan dira: autoestima, harreman pertsonalak eta komunikazioa.
- Biziki estimatu dute erabili den metodologia, parte hartzeko aukera eman diegulako guztiei.

ONDORIOAK

Hasi ginenean eskaera handia ez izan arren, eskaintza hedatzen joan den heinean, batez ere parte-hartzaileen zabalpenari esker, gero eta gehiago izan dira izena eman duten emakumeak. Gaia landu beharra ezkutatuta dago batzuetan, beraz.

Hasieran gai batzuk lantzeko beldur baginen ere, taldean tratatzeko oso pertsonalak izan zitezkeelako, argi geratu zaigu emakume gehienek gai hauek landu beharra sentitzen dutela.

Saioen iraupena dela eta, gai batzuk ez dira oso era sakonean landu, baina baliagarriak dira jakin-mina sortzeko eta gure hirian egiten diren ikastaroetan parte hartzeko bultzada gisa balio izan dute.

Gaiak prestatu behar dira baina ongi prestatuz gero, lehendabiziko laguntzan lan egiten dugunok gai gara horrelako saioak gure auzoetan bizi diren biztaleei eskaintzeko, bere burua zain dezaten beste urrats bat emateko.

INFEKZIO GONOKOZIKOEN EZAUGARRI EPIDEMIOLOGIKOAK 2000. URTEAN, BILBOKO SEXU-TRANSMISIOKO GAIXOTASUNEN ZERBITZUAN

LÓPEZ DE MUNAIN J., CÁMARA M.M., BARAIA-ETXABURU J.,. TEIRA R, ZUBERO Z., MUÑOZ J., CISTERNA R., SANTAMARÍA J. M.
Sexu-Transmisioko Gaixotasunen Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea. Bizkaia.

SARRERA

Sexu-transmisioko gaixotasunak (STGak) nahiko prebalenteak dira gure ingurunean. Prebentzio-neurriak oso garrantzitsuak dira bere maiztasuna gutxitzeko. STGei buruzko ikerketa epidemiologikoen bidez gaixotasun hauen prebentzioa, diagnostikoa eta tratamendua hobe ditzakegu.

HELBURUA

Gure inguruan diagnostikatu diren gonokozien ezaugarri epidemiologikoak ezagutzea.

METODOAK

Bilboko STG Zerbitzuan, 2000. urtean diagnostikatutako gonokozia kasu guztien atzeranzko ikerketa. Bizkaiko biztanleria osoa hartzen duen zerbitzu honetan azterketa hauek egiten dira: uretra, faringe, bagina eta ondeste-exudatuko laginen ikerketa mikroskopiko eta mikrobiologikoak (gonokoko, klamidia, mikoplasma, trikomona, herpes, onddoak eta *Gardnerella vaginalis* ikertuz). Gainera, Giza Immunoeskasiaren Birusaren (GBI), sifiliaren eta hepatitisaren serologiak egiten dira.

EMAITZAK

2000.ean, 733 laginetatik 34tan (%5) infekzio gonokozikoa diagnostikatu zen eta 1999an, 631 laginetatik 14tan (%2). Diagnostikoa 28 kasutan kultiboz eta 6 kasutan Gram-ez lortu zen. Denak ziren gizonezkoak, bi emakumezko izan

ezik; %65 homosexualak eta %35 heterosexualak. Adinaren batez bestekoa 33 urte zen. 34 horietatik, %20 aldez aurretik ezagututako GIB + ziren. Aurkitu ziren patologiak: 17 uretritis, 3 proktitis, 2 zerbizitis eta 17 infekzio asintomatiko (11 faringean eta 6 ondestean). Bost kasutan aldi bereko beste infekzio batzuk zeuden: 2 kondiloma, herpes bat eta sifili bat.

ONDORIOAK

STG Zerbitzuan azkeneko urteetan ikusitako gonokozien gorakada biztanlerian gertatzen ari denaren isla izan daitekeenez, STGen prebentzio eta kontrol ahaleginak handitu egin beharko lirateke.

Arrisku-praktikak dituzten pertsonengan infekzio gonokoziko asintomatikoen ugaritasunak STGen bilaketa aktibo batera bultzatzen du.

Aldi bereko infekzioak gertatzen direnez, STGen ikerketa erabatekoa izatea komeni da. Faringeko infekzioek, nahiz eta asintomatikoak izan, ahozko sexu-harremanen bidez STGak transmititzeko arriskua adierazten dute.

Azkeneko urteetan homosexualen artean infekzio gehiago topatzeak, sexu-praktika seguruak gutxitzen ari direla agerian jar dezake.

SUSPERTU, *PREBENTZIOA NERABEZAROAN*

MORENO G., SANCHIS A., LAIZABAL M.B., ARDANAZ A.M., VÉLEZ I., ARTEAGA A.
Suspertu. Gizakia Helburu Fundazioa. Nafarroa.

SARRERA

Orain dela ia 10 urte Gizakia Helburu Programa jaio zen drogaren arazoari aurre egiteko. Ordudanik drogamenpekotasunak eta drogen erabilpenak asko aldatu dira eta errealitate ezberdin horiei erantzuna emateko programa berriak sortu dira.

Suspertu 1997ko otsailean jaio zen, substantziak kontsumitzen hasitako 14-20 urte bitarteko gazteentzat. Gazte hauen kontsumoa aisiari oso lotuta egoten da eta gehienetan ez da desestruktura handirik egoten. *Suspertu,* gazte hauentzat, gaur egun "prebentzio seinalatua" deitzen den programa bat da.

HELBURUAK

Programan gazte bakoitzaren "Arrisku eta Babes Faktoreak" ikertzen dira. Hau da, zeintzuk diren gazte bakoitzak kontsumoarekin arazoak edukitzeko probabilitateak gehitzen dituzten faktoreak (arrisku faktoreak) edo zeintzuk gutxitzen dituztenak (babes faktoreak). Faktore hauek pertsonalak, familiarrak, sozialak etab. izan daitezke.

Suspertu programaren helburu garrantzitsuena arrisku faktoreak gutxitzea eta babes faktoreak gehitzea da.

METODOA

Programara datozen gazte gehienak bere familiarekin bizi dira eta familia arrisku edo babes faktore garrantzitsua da. Honegatik *Suspertu* programan gazteekin eta bere familiekin, batez ere gurasoekin, lan egiten da.

Honez gain, programak "modelo biopsikosozial edo integratzailea" proposatzen du, hau da, pertsona, substantzia eta ingurugiroa kontuan hartzen duena.

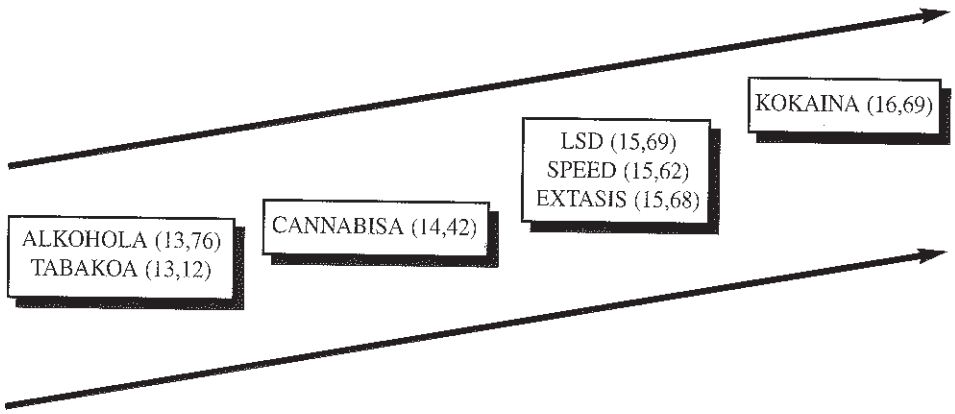
EMAITZAK

Amaitzeko *Suspertu* programaren datu batzuk ikus ditzakegu:

1997-1999 arteko gazte eta gurasoen mugimenduak:

	Informazioak	Sarrerak				
	Kontaktu berriak	Sarrerak	Irteerak	Uzteak	Deribazioak	Beste irteerak
Gazteak	177	137	41	36	14	4
Gurasoak	201	136	65	24	3	2

Kontsumoaren aldetik, 1999ko datuekin, hainbat substantziaren kontsumoa estatistikoki gutxi gorabehera zein adinetan hasten den erakusten dugu.



EUNATE *SUBSTANTZIA BIZIGARRIEN MENPE DAUDENENTZAKO TRATAMENDUA*

LOREA-CONDE I., POMES B., LÓPEZ-GOÑI J.J.
Eunate. Gizakia Helburu Fundazioa. Nafarroa.

SARRERA

Eunate, substantzia bizigarrien menpe daudenei zuzendutako tratamendu programa bat da. 1997 eta 1998. urteetan droga bizigarrien kontsumoaren ondoriozko arazoak ugaltzen ari zirela ikusirik (kokaina, anfetamina, speed-a, diseinuko drogak...), 1999ko hasieran jarri zen abian, Nafarroako "Gizakia Helburu" Fundazioaren babespean.

HELBURUAK

Programa hau drogamenpekotasunaren eta horren tratamenduaren azterketa biopsikosozialean oinarritzen da. Drogamenpekotasunaren ebaluazioa eta esku-hartzea ikuspegi askotatik egiten da (mediko-biologikoa, psikologikoa, gizarte-hezkuntzakoa...) eta horretarako hainbat baliabide erabiltzen dira, ikuspuntu eklektiko batetik abiatuta.

Tratamendu honetan garrantzitsua da bizigarrien menpekotasunen azpian dauden prozesu neurobiologikoak ezagutzea —kokainaren "craving" kontzeptuari heltzeko, esate baterako, oso baliagarria da—, bizigarrien menpe daudenen abstinentzia sindromea nola eraman jakitea eta adikzio hori dutenen alterazio neuropsikologikoak ezagutzea; horiek guztiak ezagutu eta kontrolatuz gero, errekuperazio prozesua eragingarriagoa izanen da, zalantzarik gabe.

METODOAK

Honako hauek dira eskaintzen diren zerbitzuak:

- Drogei buruzko informazio-gunea. Droga guztiei buruzko informazioa ematen da bertan —substantzia bizigarrei buruz zehatzago—, bai drogak hartzen dituztenei, bai horien familiakoei, lagunei eta interesatu guztiei.
- Banakako tratamendu programak, norberaren beharrei egokituak, etengabeko

segimendua dutenak, kontsumotik datozen arazoei eta erabiltzaile bakoitzaren egoera partikularrei heltzeko.

- Taldekako tratamendu programak, abstinentziari eusteko, prebentzioa lantzeko, gizarte-laguntza eskaintzeko eta bizi-estiloak aldatzeko.
- Programaren erabiltzaileen familiako kideentzako eta ingurukoentzako orientazioa eta aholkularitza, tratamenduaren oinarrizko datuak eta egoki laguntzeko bideak azaltzeko.
- Erabiltzaileentzako orientazioa eta aholkularitza aisialdiaren arloan, gizartean hobeki integratze aldera.

EMAITZAK

	1999	2000
Egondako pertsonak	**34**	**43**
Adinaren batez bestekoa (*heina*)	26.97 (19-47)	26.12 (18-39)
Asteroko kontsumoaren batez bestekoa (*heina*)	5,02 gr (0.5-21)	5.33 (1-25)
Kontsumoaren urteak	6.18 *(D.T.=4,68)*	7.95 *(D.T. = 4,62)*
Kontsumoa: Egunero Astebururo Hilabetero	15 (%44) 15 (%44) 4 (%12)	22 (%54) 16 (%39) 3 (%7)
Izandako tratamenduak Bai Ez	22 (%65%) 12 (%35%)	27 (%63) 16 (%37)
Arazo psikiatrikoak Drogak	14 (%64) 11 (%50) **(N=22)**	14 (%52) 19 (%70)

BIZKAIKO IKASTETXE BATEAN EGINDAKO GOSARIAREN AZTERKETA ETA EBALUAZIOA

MARTÍNEZ DE LA PERA C., MARÍN M.
Bilbo. Bizkaia.

SARRERA

Ikerketa askok frogatzen dutenez, goizean goiz haurrek eta gazteek hartzen duten janaria eskasa da. Elikatze desegoki horrek ondorio larriak ekar ditzake, besteak beste, eskola-etekinaren jaitsiera eta egunero beharrezkoa den elikagai-kopurua betetzeko zailtasuna. Hori dela eta, honako azterketa hau egin genuen.

HELBURUAK

Ikastetxeko ikasleek egindako gosaria neurtu (kuantifikatu). Egungo zientzia-gomendioen arabera gosari horren egokitasuna aztertu.

METODOAK

Gosariak inkestaren bitartez aztertzen dira. Inkesta hauek ikasleei zuzen nahiz haien gurasoei edo arduradunei telefonoz egiten zaizkie.

Azterketa egiteko, 841 ikasletatik 100 aukeratzen dira zoriz, sexu eta adinaren araberako proportzionaltasuna mantenduz. Jasotako datuetan energia eta elikagai kopurua kalkulatzeko, Mataix eta laguntzaileen *elikagaien osagai-taula* erabili dugu (1998koa eta aurrekoak). Osagarri gisa, Moeiras eta laguntzaileen taulak hartu ditugu, baita Osasun eta Kontsumoko Ministerioarenak ere.

EMAITZAK

Ikasleen gosaria aztertu ondoren, batez besteko ekarpen energetikoa 391,91±180,2 kcal-koa dela aurkitu dugu. Adinaren arabera, 6 urte baino gutxiago dutenen artean batez besteko elikatze-kopurua 334,333±166,77 kcal-

koa da (345,19±167,9 mutikoena eta 312,63±173,67 neskatoena). Elikatze-kopuru hau gomendatutakoaren %20 da. 6 eta 8 urte bitartekoen artean, berriz, batez besteko elikatze-kopurua 318,87±120,97 kcal-koa da (319,83±170,02 mutikoena eta 318,22±86,85 neskatoena); hau da, gomendatuko elikatze-kopuruaren %16. 9 eta 12 urte bitarteko mutikoek hartutako elikatze kopurua 421,96±126,52 kcal-koa da; neskatoena, berriz, 354,78±93,42 kcal-koa. Beraz, hurrenez hurren, gomendatuko elikatze kopuruaren %16 eta %15. 12 urte baino gehiago dutenen artean, mutikoen elikatze-kopurua 545,92±238,54 kcal-koa da; neskatoena berriz, 405,47±203,64 kcal-koa; hau da, gomendatukoaren %20 eta %16, hurrenez hurren.

Gosariaren portzentaje-banaketa honako hau da: karbohidratoak %50; proteinak %11 eta lipidoak %38, eta gantz-azido aseak elikatze-kopuru guztiaren %22,46 dira. Batez besteko zuntz elikatze-kopurua 1,2±1,02 kcal-koa da.

ONDORIOAK

- Gosari urriak: %25 baino gutxiago, adin guztietan.
- Gosari eskasa egiten dute ia-ia %75 ikaslek.
- Asteburuetan elikatze-kopurua apur bat hobetzen da, gosaltzen denbora gehiago ematen da eta.
- Hamaiketako elikatze kopurua ere oso eskasa da.

ALKOHOLAREKIN ERLAZIONATUTAKO ARAZOEN PREBENTZIOA OSPITALE OROKOR BATEAN

ARRAZOLA X., SÁNCHEZ A., RUIZ M., PÉREZ B., BARRIO S., QUEREJETA I., ALBERDI M. J.
Psikiatria Zerbitzua. Gipuzkoako Ospitalea.

SARRERA

Alkoholaren gehiegizko kontsumoaren ondorio kaltegarriak sobera ezagunak dira.

Alkoholaren kontsumoa eguneroko egoera askotan ikasitako ohitura bat da; hain zuzen, eragile sozial, pertsonal eta beste motatako eragileek sortutako hutsuneak betetzen saiatzen da. Bestalde, gizarteak erakusten duen alkoholaren onarpenak osasunarentzako kaltegarri diren elementuak ezkutuan mantentzea errazten du.

Lan talde desberdinek frogatu dute edale mota desberdinengan esku-hartzea egitea onuragarria dela. Irizpide honek bultzatuta eraman dugu aurrera hemen aurkezten dizuegun programa.

HELBURUAK

Honako hauek dira helburu orokorrak:

- Alkoholarekin zerikusia duen arazoen atzemate goiztiarra.
- Alkohola edateak dakartzan ondorio txarren ulertzea, erraztea eta ezagutaraztea.
- Ospitale barnean abstinentzi gertaeren prebentzioa egitea.

METODOAK

Arazoen atzematea eta diagnosia.

Bi sarrera puntu daude atzemateak egiteko:

- Psikiatria zerbitzuko larrialdiak.
- Ospitale orokorreko larrialdi zerbitzuak.

Diagnosia ezaugarri desberdinetan oinarritzen da:

- Edari unitate estandarra.
- Markatzaile biologikoak.

Programaren ebaluaketa, bai telefonoz bai eskutitzez, lehenengo kontaktutik urtebetera egingo da. Epe luzera orientatua dagoen programa bat da.

TRATAMENDUA

- Abstinentziaren eta konplikazioen tratamendua.
- Desintoxikatzea eta ohitura uztea.
- Bilakaera egokia eragozten duten gaixotasun psikiatrikoen tratamendua.

EMAITZAK

Honako hauek dira 2000-10tik 2001-02ra arteko emaitzak:

<table>
<tr><td colspan="3">PERTSONA KOPURUA</td><td colspan="3">EDALE MOTA (ARRISKUAREN ARABERA)</td></tr>
<tr><td>63</td><td>53 G</td><td>10 E</td><td>Txikia 9</td><td>Tartekoa 10</td><td>Handia 44</td></tr>
<tr><td colspan="6">Abstinentziarako tratamendua 23</td></tr>
<tr><td colspan="6">AUKERATUTAKO ESKU-HARTZEA</td></tr>
<tr><td colspan="2">Telefonozko Kontrola
13</td><td colspan="2">Eskutitz bidezko kontrola
7</td><td>Tratamendua
6</td><td>Besteak
37</td></tr>
</table>

ONDORIOAK

Gaixoak gure eginkizunetarako lagungarri eta ulerkor agertu dira eta gure eskaintzekiko interes handia erakutsi dute gure eskaintzaren aurrean.

Gaixoen ospitale barneko eramatea errazagoa eta egokiagoa izan da.

Gaixoen bilakaerak konplikazio gutxiago eduki ditu.

ALDATU *PROGRAMAREN DESKRIPZIO BAT*

TERRADILLOS J., LANDA N., CRESPO C., LÓPEZ-GOÑI J. J.
Aldatu. Gizakia Helburu Fundazioa. Nafarroa.

SARRERA

Gure gizartean alkoholari loturiko arazoak oso garrantzitsuak dira. Alkohola drogarik hedatuena da, eta honen kostu sozialak oso inportanteak dira.

Arazo honi aurre egiteko, Gizakia Helburu Fundazioaren eskutik 1997an *Aldatu* programa sortu zen. Bere helburu orokorra alkoholarekin izandako arazoak gainditzea da. Horretarako, bai menpekotasuna duen pertsonari, bai familia edo lagunei laguntza eskaintzen zaie.

HELBURUAK

Programaren helburua abstinentzia edo arriskurik gabeko kontsumoa da. Arriskurik gabeko kontsumo bat proposatzeko, aldez aurreko diagnostikoa egin behar da. Epe luzerako tratamendua da eta bai talde-terapia bai bakarkako lana erabiltzen da.

METODOLOGIA

Entzun eta helbideratze Zerbitzuarekin hasten da tratamendua. Hemen tratamenduaren eskaerak ikertzen dira. Eskaera egokitzat baloratzen bada, hurrengo urratsera pasatzen da. Ezegokitzat baloratzen bada, deribazio bat proposatzen da.

Erabiltzailearekin, entrebista indibidualak antolatzen dira hiru arlo ezberdinak ikertzeko: medikoa, psikologikoa, eta hezgarria. Era berean, talde saioak erabiltzen dira: estrukturatuak edo terapeutikoak, eta ez-estrukturatuak edo hezgarriak (aisialdirako, eta lana aurkitzeko edo lanerako hezkuntza).

Familia eta lagunekin bakarkako saioak izaten dira, helbideratze eta laguntza emateko. Familia eta lagunen interbentzioa oso baliotsua da drogomenpekotasunen arloan, eta zuzenki, alkoholari lotutako problemetan.

EMAITZAK

	1998	1999	2000
Izandako pertsonak	41	87	115
Deribazioak	4	2	2
Informazioak	50	65	2
Azterketa jarraituko familiak	23	27	51
Programan jarraitzen dute (abenduaren 31n)	22	47	-
Altak (beren borondatez)	9	23	29
Altak (sendatu ondoren)	0	0	8
Sartu berriak	22	50	63
Berriz sartuak	2	2	6
Tratamenduari ezetza eman diotenak	0	15	9

%87 tratamenduan hasten da. Datu hau oso garrantzitsua da mota honetako tratamenduetan. Programaren ebaluaketa orokor bat da gure egitasmoa.

C SEROTALDEKOEN GAIXOTASUN MENINGOKOZIKOA BIZKAIAN, TXERTAKETA KANPAINAREN ONDOREN

CASTELLS C., MUNIOZGUREN N., SAROBE T., GOIRI M., ALONSO E., BIDAURRAZAGA J., DE CASTRO V.
Zaintza Epidemiologikoa. Bizkaiko Lurralde Ordezkaritza. Osasun Saila.

SARRERA

Meningitisa eta infekzio meningokozikoaren bestelako mota inbaditzaileek gizarte-alarma handia sortzen dute. Sarri gertatzen ez badira ere, ia beti haurren artean gertatzen dira, eta heriotza-arriskua eta itzulezinezko ondorioak izaten dituzte.

Gure inguruan, eta oro har Europa guztian, gehien sortzen den meningokokoa B serotaldekoa da. Euskal Autonomi Erkidegoan 1993ko urtean C meningokokoaren maila igon egin zen, eta 1996ko urtean bere maila gorenera heldu zen. Horregatik, 1997ko udazkenean EAEn C serotaldekoen gaixotasun meningokozikoaren kontrako txertaketa orokorreko kanpaina egin zen. Xede-taldea 18 hilabete eta 20 urteko adinen arteko biztanleria izan zen. Txertaketa-hedadura orokorra %88,7koa izan zen.

HELBURUA

C serotaldekoen gaixotasun meningokozikoaren intzidentzia deskribatzea Bizkaian. Bizkaiko txertaketa kanpainaren eraginkortasuna ebaluatzea.

METODOA

Intzidentzi tasak kalkulatzeko Aitortu Beharreko Gaixotasunen Sistemaren datuak aztertu ditugu.

Txertaketaren eraginkortasuna kalkulatu dugu [1-(tasa txertatuengan / tasa ez-tzertatuengan) x 100] bezala.

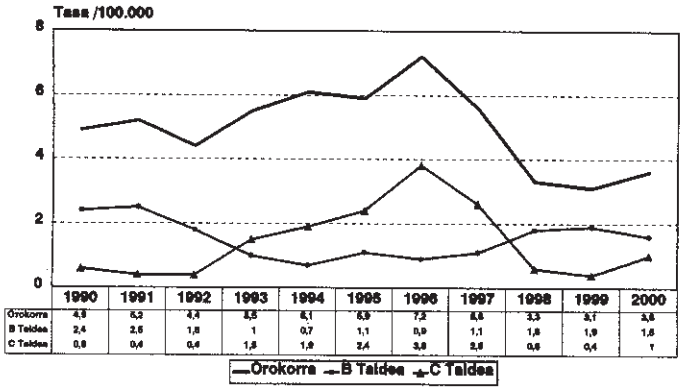
EMAITZA

Bizkaian, 1990 eta 1992 arteko urteetan, C gaixotasun

meningokozikoaren intzidentzi tasak 0,4 eta 0,6/100.000 biztanle artekoak izan ziren. 1993an tasa 1,5era igo zen, eta B gaixotasun meningokozikoarena gainditu zuen. Hurrengo urteetan C gaixotasunaren tasak gero eta gorago joan ziren, 1996ko urtean bere balio handienera heldu arte (3,8/100.000 bizt). Txertaketa kanpaina egin ondoren tasak berriro itzuli ziren haien oinarrizko mailetara. Hiru urtetan (1998, 1999 eta 2000) neurtutako eraginkortasun tasa gordina %90ekoa da. Bizkaian 27 kasu prebenitu direla kalkula dezakegu.

GAIXOTASUN MENINGOKOZIKOA

Aitortu Beharreko Gaixotasunak. Bizkaia. 1990-2000ko urteak



ONDORIOAK

Txertaketa kanpaina egin eta gero, C gaixotasun meningokozikoaren inzidentzi tasak nabarmen jaitsi dira. Txertaketaren kanpainak eraginkortasun handia izan du.