SUSTRAITIK HEZI

MAYOZ I., CIORRAGA M., ENCINAS E.,
LASA G., MANRIQUE P., TRESPADERNE I.
Donostiako Erizaintza-Eskola (II Saila)

SARRERA

Mendebalean jendetza zahartzen doan eran biziaren luzaroa handitzen doa eta jaiotzak gutxitzen. EUSTATek dioenez, Euskal Komunitatean pertsonen % 13k 65 urte baino gehiago ditu eta hauen artean % 8,4k 85 urtetik gora. Gainera 2000. urtean azken talde honen kopurua % 12,3koa izango dela espero da.

Horrelako datuek duten garrantzia dela-eta hainbat talde eta zientzilarik gai hori ukitu dute eta mendetan zehar betirako gaztetasunaren bila ibili dira eta askotan ikusi ohi da zahartzaroa ezin izan dutela onartu.

Ey-k, 4 erreakzio psikologiko negatibo bereizten ditu:

. Depresioa
. Bere bakartasunera bihurtu
. Zahartzaroa ukatu
. Nahasmena

HELBURUA

Jendea hezi, jakinduria, jarrera eta trebezia eskura dezan, zahartzaro onuragarria bizi ahal izateko.

GOGOETA

Zahartzaro onuragarria bizitzeko oinarrizko zutabeak honako hauek dira:

A. Giza errekurtsoak:

- Sanitarioak (erizainak) hezi eta trebatu norberaren eta zaintzen dituzten pertsonen zahartzaroari aurre egiteko. Gune honetan Lehen Mailako Asistentziak leku paregabea du beharrak kontuan hartzeko eta egintzaren plangintza egiteko.

- Enpresetan programa bereziak jubilaziorako hezitzeko.
- Borondatezko lana egiten duten pertsonak.

- Elkarteak bultzatuz.

B. Errekurtso ekonomiko eta kulturalak

B.1. Errekurtso ekonomikoak ezarri
- Eskoletan programa bereziak, bizitzako aroak eta bide batez zahartzaroa ezagutarazteko.
- Hirugarren adinekoentzat programa eta giza laguntza bereziak.

B.2. Baloreak, elkartasuna, onarpena, bultzatu
- Komunikazio egokia lortu belaunaldi baten barruan eta belaunaldi desberdinekoen artean.
- Zaharrei sarbide bat eskaini komunikabideetan parte hartzeko.

ONDORIOAK

Faktore biologiko, psikologiko, ekonomiko eta sozialak eragin zuzena dute zahartzaroan eta hau bereizten dute bakoitzarena deta buelta ezina eginez. Aro honetan pertsonen BEHARRAk era onenean asetzeko derrigorrezkoa da eginbeharrak erakustea eta eginkizun hau oinarrizkoa bihurtzen da Lehen Mailako profesional sanitarioen artean

BIBLIOGRAFIA

FLORES TASCON,F.L. eta LOPEZ BOR,J.M. "Saber envejecer". Edizioa: TEmas de hoy. Madrid 1990

MONEDERO, Carmelo "Psicología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas" 3. Edizioa. Biblioteca Nueva. Madrid 1979

ROPER, NANCY eta lag. "Modelo de Enfermería". Interamerica. Madrid 1982.

KALITATE-KONTROLAREN EBALUAZIOA: ARRISKU-FAKTORE KARDIOBASKULARREN DETEKZIOA

MARAÑON E.*, IBARRA J., MILLAS J.***, SERRANO J.R.******
(* Arrasateko Osasun-Zentroko Erizaina,
** Arrasateko Osasun-Zentroko Familia Medikua,
*** Oñatiko Osasun-Zentroko Familia Medikua
**** Deba Garaiko Eskualde Ospitalea. Medikua)

SARRERA:

Arrasate eta Oñatiko Osasun-zentroetan burututako kalitate-azterketa, 1993ko ekainean hasia. Azterketaren helburua, historia klinikoa, erretzeko ohituraren erregistroa, arteri tentsioa hartzea, eta kolesterol osoaren determinazioa agertzea izan zen, arrisku-faktore bat egonez gero beste bien erregistroa adieraziko zelarik.

MATERIAL ETA METODOA:

4 kalitate-irizpideen ebaluazioa burutzeko, 18 eta 65 urte bitarteko pertsonen 20 historia kliniko sendagileko hautatu ziren, (160 Arrasateko Osasun-zentroan eta 75 Oñatikoan), hautaketa zorizko laginketa sistematikoaren bidez egin zen eta ontzat eman ziren irizpideak ondokoa betez gero:

a) Erretzeko ohitura erregistratua egotea "bai ala ez"

b) Historia klinikoan arteri tentsioa hartzea adieraztea (A.T.>140/90 bada A.T.a beste bi aldiz hartu beharko da 4 aste baino gutxiagoko tartean edo A.H.T.aren aurretiazko diagnostikoa).

c) Kolesterol osoaren determinazioa egotea arrisku-faktoreak izanez gero (A.H.T., erretzea, diabetea, emakumezkoa >45 urte, gizonezkoa >35 urte) eta lehenengo determinazioa >250 mg/dl izan bazen, bi hilabetetan eginiko bigarren determinazioa egongo da edo Hiperlipemiaren aurretiazko diagnostikoa, lehenengo determinazioa >280 mg/dl denean izan ezik.

1993ko ekainean lau irizpide hauen ebaluazioa egin zen Osasun-zentro bietan, emaitzak aztertu ondoren zenbait interbentzio-neurri (zuzentzaileak) jarri ziren martxan, urte betez ezarri zirenak, eta birrebaluazioa 1994ko ekainean burutu zen.

EMAITZAK:

Interbentzio-neurrien ezarpenaren ondoren, lau irizpideen erregistroaren igoera nabarmendu zen bi Osasun-zentroetan, III. irizpideari dagokionean ezik (kolesterol osoaren determinazioa) Arrasaten, eta II. irizpideari dagokionean (Historia klinikoan arteri tentsioa hartzea azaltzea) Oñatin, bi Osasun-zentroetan betetze-maila jaitsi egin baitzen. (Ikus Taulak eta Irudiak)-

ONDORIOA:

Oro har esan daiteke 1994ko ekainean egindako berrebaluazioaren emaitzetan igo egin dela betetze-maila, 1993ko ekainean burututako ebaluazioaren emaitzekin alderatuz gero. Azterketa hau urtero ebaluatuko da.

GAREZURREKO TRAUMATISMOAK LEHEN MAILAKO ASISTENTZIAN

ARGANDOÑA E.G.*, PONPOSO I., MOZAS M.**, ZORRILLA J.**, LAFUENTE J.V.*, GARIBI J.****

(* Neurozientzi Saila. Medikuntza-Fakultatea. EHU.
** Neuroebakuntza-Zerbitzua. Gurutzetako ospitalea.)

Garezurreko traumatismo arinak maiz agertzen dira lehen mailako larrialdi zerbitzuetan. Kasu hauetatik guztietatik gutxik izango dituzte bizitzarako arriskutsuak izan daitezkeen garezur-barneko konplikazioak. Lan honen arazoaren gakoa itxuraz egoera onean dauden gaixoetatik zeintzuk behar dituzten proba erradiologiko osagarriak edota asistentzia bereziagoa erabakitzean datza.

Lehenbizikoz Glasgoweko Koma Eskalaren (GKE) bidezko kontzientzi mailaren balorazio klinikoak arrisku-taldea erabakitzen laguntzen digu.

Glasgoweko Koma Eskala

Begien zabalketa	Erantzun motorea	Ahozko erantzuna
Berezkoa.....4	Aginduak bete.....6	Egokia.....5
Ahoz aginduta.....3	Mina kokatu.....5	Nahastua.....4
Minak eragindakoa..2	Minaren ondorioz aldendu.....4	Hitz ez egokiak.....3
Erantzunik ez.....1	Flexio anormala.....3	Soinu ulertezinak.....2
	Erantzun luzatzailea.....2	Erantzunik ez.....1
	Erantzunik ez.....1	

Bigarrengoz garezurreko Rxa gomendatzen da honako irizpide hauek jarraituz:

1) Konortea galdu izana eta amnesia susmatzea.

2) Sintoma eta zeinu neurologikoak egotea (buruko minak edota gorakoak barne).

3) LZRa edo odola belarritik edo sudurretatik irtetea.

4) Lesio sarkorra susmatzea.

5) Ile-larruaren kontusioa edo lazerazioa.

6) Goragune baten gainetik (>60 zm) edo gainazal gogor batera jaustea (<5 urte).

7) Istripuagatik ez den traumatismoa susmatzea.

8) Fontanela gogorra.

9) Egokia ez den historia.

Kontzientzi mailaren eta garezurreko Rxaz adierazitako garezur-hausketaren arabera, garezur-barneko konplikazioen arriskua atera da serie ugarietan oinarrituta:

		Helduak	**Umeak**
Hausketa gabe	GKE		
Kontzientea	15	1:7866	1:12559
Kontzienzi arazoekin	8-14	1:180	1:580
Koma	< 8	1:27	1:65
Hausketa	GKE		
Kontzientea	15	1:45	1:157
Kontzienzi arazoekin	8-14	1:5	1:25
Koma	< 8	1:3.6	1:12

LEUKOPENIAREN BERRIKUSPENA

ALBIZUA A., ARANCEGUI I., MARTIN A., PEREDA A.
(Denak Galdakaoko Ospitaleko Egoiliarrak)
Atutxa K. (Hematologia Zerbitzua)

LEUKOPENIA

Globulu zurien ohizko zifrak hauexek ditugu: 3.900-10.500/mm^3.

% 55-75 : segmentatuak (neutrofiloak)
% 1-4 : eosinofiloak
% 0,2- 1,2 : basofiloak
% 17-45 : linfozitoak
% 2-8 : monozitoak

1.- Zehaztasuna:

Zifra osoa 1.800/mm^3 baino txikiagoa (segmentatuak + kaiatuak).

Infekzioen aurka oso garrantzizkoak dira; horrela:

1.000/mm^3 neutrofilotik behera: gaixotzeko arrisku haundiagoa.

100/mm^3-tik behera: infekzio konstantea, inflamazio-zeinurik gabe. (Kasu honetan sukarra= infekzioa).

2.- Balorazio klinikoa

A. HISTORIA KLINIKOA: Infekzio birikoen sintomak, tratamendu farmakologikoak, sintoma konstituzionalak, aurretiko gaixoak, toxikoak, eduki dituzten infekzioen karakteristikak (errezidibantea, gaiztoa, umetatik hasiera, infekzioen kokapena...)

B. AZTERKETA FISIKOA: Infekzioen kokapenik sarrienak esploratu egin behar dira, adenopatiak bilatu, hepatoesplenomegalia, erupzio malarra, deformatutako artikulazioak...

3.- Analitika eta proba osagarriak:

Hemograma osoa, AAN, FR, Coombs, B12 bitamina, az.folikoa, Serologia (Brucela, Birusak...), Ekografia abdominala.

Hezur-muineko estudioa kasu hauetan egiten dugu:

- Aurreko estudioak ez dutenean frogatu kausarik
- Odolean beste zitopeniak daudenean.

4.- Orientazio diagnostikoa:

1.- Akats kongenitoa

2.- Sindrome dishemopoyetikoak:

3.- FARMAKOAK induzitutako leukopenia (hau da sarrien gertatzen dena).

* Aurretik hipersentikortasun-erreakzioa eduki dutenak, farmakoek eragindako neutropenia jasatea errazagoa da.

* Berriki agindutako farmakoak eta bestelako nahi ez diren ondorioak eragin dituztenak susmagarriagoak dira.

* Neutropenia ia farmako guztiekin gerta daiteke, eta ahal izanez gero bere administrazioa eten egin behar dugu.

* Aipatu egin behar ditugun farmakoak hauexek dira: analgesikoak, antiarritmikoak, psikotropoak, antibiotikoak... (Posterrean Zerrenda luze bat ipiniko dut).

* Nabarmendu beharrekoa da AGRANULOZITOSISA: Klinika akutua (sukarra, anginak) eta neutropenia garrantzitsua (500/mm^3-tik behera).

4.- Infekzioak:

- Bakterioek eragindakoa: Brucela, Salmonela...
- Birusak
- Beste batzuek: Kala-azar, malaria...

5.- Neutropenia ziklikoa:

- Sintomak (astenia, ondoeza, ahoko ultzerak...). Herentzia autosomiko dominantea. Diagnostikoa neutrofiloen kontaketa errepikatuz egin ohi da (3 bider astero ; 4-6 astetan).

6.- B12 bitamina eta folatoen urritasunak.

7.- Hiperesplenismoak

8.- Beste batzuk: Inmunologikoak.

HEMOKROMATOSIA. BEREIZTEKO DIAGNOSTIKOA. ESPERIENTZIA PERTSONALA

ARANCEGUI I., I.ELIZARAN, I.MOINA, U.MENDARTE, V.ORIVE
(Galdakaoko Ospitalea. Liseri-Aparatu Zerbitzua.)

SARRERA:

- Hepatopatia Kronikoa estudiatzeko garaian askotan aurkitzen da gibelean burdinezko sobrekarga.

- Burdinaren estudioa odolean (sideremia, saturazio-indizea, transferrina, ferritina) screening metodo ona da hemokromatosi primarioa detektatzeko.

- Gibel bat burdinez gain dagoela aurkitzen badugu, lehendabizi hemokromatosi primarioa ezeztatu behar dugu, tratamenduari esker erantzun positiboa duelako.

MATERIAL ETA METODOAK:

- Bereizteko diagnostiko bezala hemokromatosi primarioa azaltzen ziren 26 historio kliniko berrikusten dira.

-Ikertutako parametroak

. Hipertransaminasemia: GOT 37 eta GPT 40
. Burdinaren estudioaren alterazioak
. VHB eta VHCren serologiak

- Hemokromatosi primarioari dagozkion kriterio diagnostikoak

. Histologiarekin bat datorrena

eta . Erantzun ona flebotomiei: sideremiaren normalizazioa anemia gertatu gabe.

eta/edo . Burdina gibel-ehun lehorrean 10.000 mcg/g eta/edo gibel-indizea (Basset) 2.

EMAITZAK:

- Gaixoen distribuzioa:H.P.		Etilikoa	VHC	Aurki gabe
gizonak (adin $\bar{x}$)	9(43,2)	6(51,8)	3(52)	4(49,5)
emakumeak(adin $\bar{x}$)	2(39,5)	2(50,1)	0	0

- Anatomia patologiakoa:H.P.		Etilikoa	VHC	Aurki gabe
. zirrosia/ez zirrosia	3/6	6/1	3/0	2/1
. ez biopsiatua	2	1	0	1
. biopsi elkarkizuna	10x	7xx	3	3xx
. Fe gibel-ehunean	5/6	0/4	0/3	x
. gibel-indizea	6/6	1/4	0/3	x
. erantzun ona flebotomiei	10/10	0/4	0/1	1/3

x Ez biopsiatua baimen-ezagatik
xx Ez biopsiatuak koagulopatiagatik

EZTABAIDA

- Hemokromatosi diagnostikatuen artean etilismoaren intzidentzia altua.

- Hipertransaminasemia azaltzen ez zen bi kasuetan egoera prezirrotikoan aurkitzen ziren.

- Kasu guztietan burdin-estudioaren alterazioak aurkitu ziren.

- Estudio histologikoa ez zen erabatekoa ia inoiz

- H.P.ko kasu guztiek ondo erantzun zioten flebotomiari. Burdina gibel-ehunean ikertu zenean eta ikertu ez zenean ere, diagnostikoa baieztatzeko erabili zen.

ERABAKIAK

- Azpimarratu behar dugu burdinak gibel-ehunean eta indize hepatikoaren (Basset) ikerketak duten garrantzia diagnostikoan.

- Diagnostiko goiztiarrak garrantzi handia du, zeren eta laister, hau da egoera prezirrotikoan hasten diren tratamenduak, bizi-iraupena normalizatzea lortzen dute.

- Zalantzako kasuetan flebotomiarekiko erantzun onak ematen digu erabateko diagnostikoa.

- Histopatologikoki ez dago kriterio argirik diagnostikorako.

EPILEX, EPIDEMIOLOGI HIZTEGI INFORMATIKOA EUSKARAZ

AURREKOETXEA J.*, LARRAÑAGA N.**,
AGIRRE J.***, BIDAURRAZAGA J.****
(* Gipuzkoako Osasun Ordezkaritza
** Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila
*** UZEI
**** Euskal Herriko Unibertsitatea)

Sociedad Española de Epidemiogía delako erakundeak 1993an John Last-en hiztegian[1-2] oinarritutako Epidemiologiari buruzko hiztegi terminologikoarekin batera hiztegi informatiko bat zabaldu zuen bere bazkideen artean. Programak ondorengo hizkuntzatara -ingelesa, frantsesa, gaztelera, italianoa, portugesa, alemana, neerlandesa eta katalanera- edozein termino epidemiologiko itzultzeko balio du. Gainera edozein hizkuntzatatik edozein hizkuntzatara termino bera aurkitzeko ere balio du.

Gure helburua, programa jaso bezain laster, euskarazko bertsioa garatzea izan zen. Berehala, lanean hasi ondoren, tarte zabal bat utzi behar izan genuen OEEren hiztegia[3] prestatzeko. Material gisa Last-en hiztegia[1-2] bera, Termino estatistikoen hiztegia[4], OEEren hiztegia[3], Hiztegia bi mila[5] eta Elhuyar-en hiztegi entziklopedikoa[6] erabili genuen.

Epidemiologiaren alorrean ari garenontzako erabilgarritasun handikoa izango delakoan gaude, termino asko finkatu gabe baitaude. Horregatik, hemen proposatzen den hiztegia ez dugu behin-betikotzat hartzen, tresna lagungarri bezala baizik. Erabili ahala terminoak finkatzen joango dira.

Hiztegi hau edozein profesionalentzako eskura dago eta gainera dohainik. Diskete batean doa eta martxan jartzeko ordenagailu IBM-konpatiblea besterik ez du eskatzen.

BIBLIOGRAFIA

1.- Last JM.A dictionary of epidemiology. Oxford University Press. New York, 1983.

2.- Last JM: Diccionario de epidemiología. Salvat Ed. S.A.Barcelona, 1989.

3.- OEE. Ihardunaldi medikoetako hiztegia. Osasungoa Euskalduntzeko Erakundea. Itxaropena. Zarautz, 1994

4.- UZEI, Eusko Jaurlaritzaren Estatistika Zuzendaritza. Termino estatistikoen hiztegia. Eusko Jaurlaritza. Vitoria-Gasteiz, 1985.

5.- Kintana X, Aurre J, Badiola R, Egileor S, eta lag. Hiztegia bi mila. Elkar. Donostia. 1991

6.- Elhuyar Kultur Ekartea. Hiztegi entziklopedikoa. Elhuyar Kultur Elkartea. Usurbil,1993.

GAIXO KRONIKOEN ZAINKETA BEREN BIZILEKUAN

PEREZ DE ARRIBA J. *, AIZPURU M.(2), NOVILLO A.***, RUESGAS I.******
(* Medikua, Mendaroko Kontsultorioa
** Medikua, Errekaldeko Osasun Zentrua.
*** Erizaina, Mendaroko Kontsultorioa.
**** Erizaina, Errekaldeko Osasun Zentrua.)

SARRERA:

Gaixo kronikoaren zainketa beren bizilekuan, osasunaren lehen mailako berezko jarduera bat da. Hala ta guztiz ere, gaixo hauei atentzioaren oinarrizko zainketa bere familiarengan datza, eta honen barruan zaindari nagusiaren figura nabarmenena izaten delarik.

HELBURUAK:

1. Gaixo kronikoak beren bizilekuan atenditutako osasun egoera eta ezaugarri soziodemografikoak ezaguketa.
2. Zaindari nagusi perfilaren deskribapena.

MATERIALA ETA METODOAK:

1. LAN MOTA: deskriptibo transbersala.

2. IKERKETARAKO POPULAZIOA: Errekaldeko Osasun Zentruko kupo batean eta Mendaroko herrian beren bizilekuan atenditutako gaixo kronikoak, eta horretarako zerrenda batean sartuta. Honetatik kanpo urte osoan zehar aipatutako tokietan bizi ez direnak geratzen dira.

3. NEURKETAK ETA NEURTZEKO INSTRUMENTOAK:

a) Ituanketen bidez jasotako datu soziodemografikoak.

b) Historio klinikoaren arabera osasun egoera.

c) Eguneroko bizitzaren ekintzak Katz Indizearen arauera neurtutako ahalmen funtzionalak.

EMAITZAK:

36 gaixo, 28 emakumezko eta 8 gizonezko ikertu dira.

1. Gaixoen ezaugarriak:

a) Emakumeei dagokienez, bataz besteko adina 82 urte (DE=10) da, eta 79 urte (DE=8) gizonei dagokienez.

b) Kopuru osoaren % 85a klase langilearena dira (IV eta V klase sozialakoak).

c) Famili zabal edo nuklearretan % 69 bizi dira.

d) Ehuneko 16a bakarrik bizi dira.

2. Osasun egoera:

a) gaixo hauek, bataz beste, 14 ordu (DE=4) ohean sartuta egoten dira; 4 urte eta 2 hilabete (DE=4; rango 6 hilabetetatik 20 urtetara) beren etxean daramatzatelarik, haien adinari dagozkion ekintzak egin barik.

b) eritasun kardiobaskularrak (% 27), lokomotor-aparatu eritasunak (% 25), dementzia (% 14), gaizki definitutako eritasunak (% 8), eta beste gaixotasun batzuk (% 26) bere etxean egoteko oinarrizko zergatiak dira. Gainontzezko arazoen artean eritasun kardiobaskularrak (% 44) garrantzitsuenak izanik, eta beste guztiak (% 56): lokomotor eritasunak, itsutasuna eta beste batzuk.

c) Heriotzaren arriskua honako kategorietan banatzen da: arina (% 27), leuna (% 55), eta larria edo oso larria (% 18).

d) Ahalmen funtzionala: % 33a eguneroko bizitzaren ekintzetarako independienteak dira, beste aldetik % 16a guztiz dependienteak dira, eta gainontzekoak menpekotasunaren maila aldakorra azaltzen du.

3. Zaindari nagusiaren perfila:

31 zaindari emakumezkoak dira. Bataz besteko 54 urtez adina izanik (DE=14).

a) Gaixoarekiko harremana famili moetatakoa 31 kasuetan da, gaixoen alabak 18 izanik; 4 kasutan profesional edo lagunengatik izanik; eta pertsona batek ez dauka zaindaririk.

b) Zaindariek haien lana egiteko bataz besteko 5 ordu sartzen dituzte (DE=4).

c) Ehuneko 75eko kasuetan gaixoarekin bizileku berean bizi dira.

EZTABAIDA:

Ikerketako gaixoek etengabeko zainketa behar dute profesionalen aldetik eta familiaren aldetik, gaixotasunaren aurrean independentzia maila

mantentzeko edo hobetzeko. Familiak hartutako zainketen sistema ia beti gaixoaren alaba batengan datza. Kasu gehienetan gaixoarekiko arreta berezia duela urte batzuk hasi egin zen, eta egunero ordu asko eskatzen du. Beraz, gaixo hauei atentzioaren antolaketan, zaindarien baldintza pertsonalak alde guztietan kontutan hartu beharko ditugu, material mailan, psikologiko mailan eta osasunezkoan ere.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alvarez Solar M et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años. Fiablidad del método. Atención Primaria 1992; 10:812-16.

2. Puig C et al. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. Atención Primaria 1992; 10: 550-2.

3. Bilbao Curiel Y et al. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Atención Primaria 1994, 13:188-90.

ANALGESIKOEK ERAGINDAKO ZEFALEAREN PREBALENTZIA ETA BERE TRATAMENDU ANBULATORIOA.

BERGERA A., CALVO A., ALKIZA M.E., SANTA COLOMA I., BERRAONDO I.
(Familia Medikuak)

HELBURUAK:

Analgesikoen neurrigabekeriak eragindako zefalearen prebalentzia ezagutzea.

Analgesikoen bat-bateko etenketa anbulatorio mailan egiterik badagoen baloratzea.

MATERIALA ETA METODOA:

Kasuen identifikazioa: kontsultan eta inguruko hiru botiketan egindako kaptazioaren bidez egin zen.

Kasutzat kontsideratu ahal izateko International Headache Society-k definitutako kriterioak bete behar zituen.

Behin kasuak identifikatu eta gero, espreski onartu zutenengan interbenitu genuen, analgesikoen bat-bateko etenketari ekin genion. Aldi berean alde batetik Amitriptilina 10 mg eguneko eta Naproxeno gehienez 500 mg 12 orduko dosian zefalea presentatuz gero eman genien.

Segimendua kontsultan egin genuen 1., 6., 8. eta 10. asteetan, honetarako fitxa bat erabili zen, fitxa honetan gaixoak egunero erregistratzen zuen izandako zefalearen frekuentzia eta intentsitatea, bestelako sintomak eta erabilitako analgesikoak.

EMAITZAK:

Analgesikoek eragindako zefalea zuten 19 kasu identifikatu genuen (2 gizon, 17 emakume), 12.000 biztanle duen inguru batean. Ergotamina izan zen gehienetan identifikatutako analgesikoa.

2 gaixok interbentzioa ukatu zuten, kasu batek tratamendua utzi egin zuen zefalea intentsoagatik, eta beste kasu bat baztertua izan zen. Beste gaixo

guztietan eguneroko zefalea kronikoa desagertu egin zen, nahiz eta behin-behineko zefalea mantendu. Analgesikoen kontsumoa episodio hauetara mugatu zen.

ONDORIOAK:

Analgesikoek eragindako zefalea arazo frekuente bat da, erlatiboki behintzat eta kontsulta asko eragiten ditu.

Tratamendu ospitalarioaren erabilera alda daiteke anbulatorioan egindako tratamenduaren bidez.

APENDIZEKTOMIA LAPAROSKOPIKOA

ERRAZTI G., TOBALINA E., MOINA I.
(Kirurgia Orokorreko Zerbitzua. Galdakaoko Ospitalea)

Orain dela urte t'erdi egiten hasi ginen laparoskopia bidezko apendizektomien seriea aurkezten dugu.

Kirurgia laparoskopikoaren "boom"-etik asko izan dira bilakatutako teknika berriak, horietariko bat apendizektomia izanik, emaitza onekin.

MATERIALA ETA METODOAK

1992 azarotik 24 apendizektomia laparoskopiko egin ditugu. Kasu eta emaitzen ikerketa erretrospektiboa egin dugu.

24 kasuetatik, 8 gizonezkoak dira eta 16 emakumezkoak.

Gaixoen batezbesteko adina 26 urtekoa da.

EMAITZAK

Kasuetatik 17tan anatomia patologikoz apendizitisa egiaztatu zen. Bi kasutan ez zen egiaztatu.

Paziente guztiak, bat izan ezik lehen 24 orduetan jaten hasi ziren.

Batezbestezko egonaldia 4 egunekoa izan zen.

Konplikazioak: 2 zauriaren infekzio eta sabel-barneko abszesu bat.

ONDORIOAK

Apendizektomia laparoskopikoa teknika egoki bat da eta ikasketa-denboraldi baten ondoren, batezbesteko egonaldiaren gutxitzea eta eguneroko bizimodura itzultze azkarrago bat eskaintzen du, konplikazioen kopuru txikiago baten ondoan.

"CAGE TESTA: MEDIKU JAGOLEEN SAREAREN EMAITZAK BIZKAIAN, 1994."

URTIAGA M., CASTELLS C., MUNIOZGUREN N., ARNAIZ A.
(Bizkaiko Lurralde Ordezkaritza.
Zaintze Epidemiologikoa)

SARRERA

Mediku Jagoleen Sarea Lehen Mailako Asistentziaren Informazio-Sistema da. Bere helburua gaixotasun, sindrome edo arazo patologikoen, baita haien aldagaien intzidentzia ezagutzea da. Honen ebaluazioa, helburu honekin diseinatutako ikerketarik gabe, ezinezkoa litzateke.

Informazio-Sistema hau honako irizpide hauetan oinarritzen da:

a) Parte-hartzea borondatezkoa da.

b) Mediku parte-hartzaileen laginak errepresentakorra izan behar du.

c) Agerpena asterokoa da, urte batean zehar. Epe hau amaitutakoan, agerpen-gaixotasunak birplanteatu egin behar dira.

d) Hautatzen den gaixotasun bakoitzak, Lehen Mailako Asistentziarako garrantzitsua eta adierazgarria izan behar du.

Lan honetan 1994 urtean aukeratutako prozesu baten ondorioak aurkezten dira, "arrisku alkoholikoarenak", hain zuzen ere.

MATERIALA ETA METODOAK

Arrisku alkoholikoa baloratzeko, Bizkaiko berrogeita bat mediku jagolek Cage testa erabili zuten. Test hau lau galderetako inkesta txiki bat da, baina bere sentsibilitatea eta espezifikotasuna nahiko onargarriak dira. Oso interesgarria da, gainera, Lehen Mailako Asistentzian gehiegizko alkohol-kontsumoa detektatzeko.

Hona hemen Cage testaren galderak:

1.Alkoholdun edarien kontsumoa gutxiagotu beharko zenukeela pentsatu duzu?

2. Inoiz kritikatua sentitu zara alkoholdun edariak edateagatik?

3. Inoiz txarto edo errudun sentitu zara alkoholdun edariak edateagatik?

4. Azken 12 hilabeteotan, alkoholik edan duzu goizean (ohetik jaikitzean) nerbioak lasaitzeko edo ajea dela eta?

Ikerketa-aldian zehar, mediku jagoleek egunero egiten zioten testa kontsultara joaten zen 35 eta 69 urte bitarteko lehenengo pertsonari.

Inkestak, Access formatua zuen datu-basean hustu eta EPI-INFO.6 pakete estatistikoaren bidez aztertu ziren. Aldagai kategoriak aztertzeko, ji-karratua (2) froga erabili zen.

EMAITZAK

Agerpen-estaldura, epealdi osoan zehar, % 79'5 izan zen.

Inkesta baliagarriak 3.239 izan ziren, % 49 gizonezkoak eta % 51 emakumezkoak. Adin-taldeak ere nahiko berdintsuak izan ziren . Iharduera aldagaiari dagokionez, laginean ondoko porzentaiak aurkitu ditugu: lanean % 46, langabezian % 8, pentsiodun edo jubilatuak % 17'9 eta etxekoandreak % 27'3.

Orokorrean, % 71'5ek test-galdera guztiei ezetza eman zien, beraz arriskurik gabeko mailan kokatzen dira. % 14k galdera bakar bati baiezko erantzuna eman zion , hau da arrisku txikikoak. Gainontzekoak, % 14'5ek, bi galdera edo gehiagori baietza emanik, alkoholismo-arrisku handian daude.

Galdera bakoitzaren baiezko erantzunaren frekuentzia ezberdina zen. Horrela, % 23k baietza eman zion lehenengo galderari, baina laugarrenari % 2'6k baino ez.

Sexu aldagaia aztertuz, emakumezkoen % 4'9k arrisku handia, eta % 5'2k arrisku txikia aurkezten zuten. Gizonezkoetan, berriz, % 24'4 arrisku handikoa eta % 23'3 arrisku txikikoa topatu dugu.

Aztertu diren adin-taldeen arteko ezberdintasunak ez dira nabarmengarriak izan.

Iharduera aldagaiari dagokionez, langabeen % 48'4k arrisku alkoholikoa, bai txikia bai handia, ageri duela azpimarratu behar dugu. Jubilatuak daude bigarren postuan, % 45 arriskuarekin. Prebalentziarik txikiena etxekoandre-taldeak dauka, % 7'6rekin.

EZTABAIDA

Cage testaren helburu nagusia presuntziozko diagnostikoa lortzea da. Beraz, arrisku handiko pertsonei beste froga espezifikoago bat egin behar zaie, diagnostikoa konfirmatzearren. Galdera bakar bati baiezko erantzuna ematen diotenei, medikuak jarraipen estua egin behar die, beren alkohol-kontsumoa zaintzeko.

Gure emaitzetan topatu dugun alkoholismo-susmoaren prebalentzia, % 14, 1992an egindako EHKAko Osasun Inkestan agertu zena baina altuagoa da, test bera erabiliz. Gure lagina Osakidetzaren Lehen Mailako kontsultara joaten den populaziori dagokiola eta ez populazio osoari, hartu behar dugu kontuan, agian honek azal baitezake agertutako ezberdintasuna.

Oso nabaria da gizonezkoen eta emakumezkoen artean aurkitu dugun alkoholismo-arrisku ezberdintasuna. Hala ere oso interesgarria litzateke emakumezkoen artean benetako erantzunak zenbat diren aztertzea, gaur egun emakumeek alkohola edatea oraindik gaizki ikusia baitago, gizonezkoen artean, berriz, funtzio soziala betetzen du.

Iharduera aldagaia aztertuz, lanik gabe egotea (bai langabeak, bai jubilatuak), eta alkoholismoaren arriskua oso lotuta daudela ikusten da [1].

BIBLIOGRAFIA

1.- Girela E, Villanueva E, Hernandez Cueto C, Luna JD. Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism. Alcohol 1994; 29 (3): 337.

2.- Strecher VJ, Kobrin SC, Kreuter MW, Roodhouse K, Farrell D. Opportunities for alcohol screnning and counseling in primary care. J Fam Pract 1994; 39 (1): 26-32.

3.- Fertig JB, Allen JP, Cross GM. CAGE as a predictor of hazardous alcohol consumption in U.S Army personnel. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17 (6): 1184-7.

4.- de Almeida LM, Coutinho E da S. Prevalence of alcoholic beverage consumption and alcoholism in a metropolitan region of Brazil. Rev Saude Pública. 1993; 27 (1): 23-9.

5.- Jones TV, Lindsey BA, Yount P, Soltys R, Farani-Enayat B. Alcoholism screnning questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients?. J Gen Intern Med 1993; 8 (12): 674-8.

6.- Frank SH, Graham AV, Zyzanski SJ, Vhite S. Use of the family CAGE in screnning for alcohol problems in primary care. Arch Fam Med 1992; 1 (2): 209-16.

7.- Aizpuru F, Anitua C. Osasun Inkesta. 1992. Cuaderno nº 2: Hábitos de Vida. Dirección de Investigación , Docencia y Formación Sanitarias. Departamento de Sanidad.

---

[1] Eskertzen dogu Mediku Jagole guztien lana eta kolaborazioa.

83/93 DEKRETUAREN ERAGINA, MEDIKAMENTUEN FINANTZIAZIO SELEKTIBOARENA, GIPUZKOA ESKUALDEAN

ETXEBERRIA A.
(Gipuzkoa Eskualdeko Farmazilaria)

SARRERA

Lan honen helburuak honako hauek dira:

1.- 1993ko Uztailean indarrean sartu zen Medikamentuaren finantzaketa hautakorrari buruzko 83/93 Dekretuaren eragina aztertzea Gipuzkoa eskualdean.

2.- Dekretuaren eraginari dagokionez, Gipuzkoa eskualdearen eta Gipuzkoako Barrutiaren artean desberdintasunik ba al den aztertzea.

MATERIALA ETA METODOAK

Osakidetzak finantziaturiko eta errezetaturiko medikamentuen kontsumoari buruzko datuak aztertzen eta alderatzen dira, 1992ko azaroa, 1993ko azaroa eta 1994ko azarokoak hain zuzen ere, abuztutik abendurako tartean azaroa baita kontsumorik egonkorreneko hilabetea eta antigripalak bezalako medikamentuak kontsumitzen direnekoa.

Dekretuaren eraginpean dauden talde eta azpitalde terapeutikoei buruzko honako datu hauek aztertzen dira: errezetaturiko ontziki-kopurua, gastua (salmenta-prezioaren araberakoa) eta batezbesteko ontzikien prezioa. Bestalde, eskualdeari eta Gipuzkoako Barrutiari dagozkien preskripzioei buruzko datu orokorrak konparatzen dira 1993 eta 1994 urteetan zehar, errezeta-kopurua, gastua eta batezbesteko errezetaren prezioa.

EMAITZAK

Dekretuaren eraginpean dauden azpitalde terapeutikoak soilik kontuan hartzen baditugu, nabarmena da medikamentuen ontziki-kopuruaren jaitsiera: 30.307 ontziki 1992ko azaroan, 20.994 1993ko azaroan eta 22.619 1994ko

azaroan. Gipuzkoa eskualdeko preskripzio osoa kontuan hartuz, % 3.57ko jaitsiera izan da 1993ko ontziki-kopuruan 1992ko azaroarekin konparatzen badugu, eta % 7.5ekoa Gipuzkoako Barruti mailan. Gipuzkoa eskualdean batezbestekoa baino jaitsiera handiagoa izan duten taldeak A.-Digestiboa eta metabolismo-aparatua (% -19.6), D.-Dermatologia (% -25.2) eta R.-Arnas aparatua (% -20.9) izan dira, Dekretuaren eraginik handiena jasan dutenak hain zuzen ere. Gipuzkoako Barrutian, aldiz, jaitsierak nabarmenagoak izan dira A (% -22.2), D (% -26.4) eta R(% -28.7) taldeetan. Dena den, joera hau ez da mantentzen 1994 urtean zehar, 94ko ontziki-kopuruaren igoera 93ko azaroarekiko % 8.8koa baita eta igoeraren zenbatekoa handiagoa da oraindik Dekretuaren eraginpean dauden A (% +13.9) eta D (% +18.1) talde terapeutikoetan, baina bajuago mantentzen da R taldean (% 1.4ko igoera soilik).

Dekretuaren eraginpean dauden azpitalde terapeutikoak aztertzen baditugu (ikus OHARRA), 1993an 25etik 4 azpitaldek soilik izan dute ontziki-kopuruaren igoera 1992ko azaroarekin konparatuz: A02 (% 7.3), A07(% 11), A12(% 12.45) eta B03(% 14), gainontzekoek behera egin dute nabarmenki. 1993 urtearekin konparatuz, aldiz, 1994an 25etik 11 izan dira batezbestekoa baino igoera handiagoa izan duten azpitaldeak (A01, A02, A05, A06, A07, A12, B03, D08, D11, R01, V03).

OHARRA: AZPITALDE TERAPUTIKOAK

A01: Estomatologikoak A02: Antiazidoak/ultzera peptikoaren aurkakoak A03: Antiespasmodiko eta antikolinergiko gastrointestinalak; A05: Kolagogo eta gibel-babesleak; A06: Laxanteak; A07: Beherakoaren aurkakoak, antiinfekzioso eta antiinflamatorio gastrointestinalak; A08: Obesitatearen aurkakoak, dietetikoak ezik; A09:Digestiboak, entzimak barne; A11: Bitaminak; A12: Mineralen gehigarriak; A13: Toniko eta suspergarriak; A14: Anabolizante sistemikoak; A16:Gose eragingarriak; D02: Emoliente eta protektoreak; D04: Hazkuraren aurkakoak, antihistaminiko topikoak eta beste batzuk barne; D08: Antiseptiko eta desinfektanteak, apositoak ezik; D11:Beste produktu dermatologikoak, txanpu medizinalak barne; R01: Sudurreko deskongestionatzaile eta antiinfekziosoak; R02: Faringeko deskongestiontzaile eta antiinfekziosoak; R04: Rebulsiboak; R05: Gripearen eta eztularen aurkakoak; S01: Begietakoak; V03: Aurrez sailkatu gabekoak.

Gastuari dagokionez, 1993ko igoera 1992 urtearekin konparatuz % 7.1ekoa izan da Gipuzkoa eskualdean eta % 5.41ekoa Gipuzkoako Barrutian. Dekretuaren eraginpean dauden talde terapeutikoetan, aldiz, gastuaren igoera mugatuagoa izan da eskualde-mailan: A (% +3), D (% -6.9), R (% +6.4). Gipuzkoako barrutian, berriz, Dekretuaren eragina askoz ere nabarmenagoa izan da R (% +1.0ko igoera soilik), eta A (% 1.3) taldeei dagokienez, eta txikiagoa, aldiz, D taldean (% -5.6). Orokorki, gastuaren euspen hau ez da mantendu 1994 urtean zehar, 94ko igoera 93ko azaroarekiko % 15.6koa izanik, baina berriz ere, igoera honen zenbatekoa txikiagoa de Dekretuak murrizturiko A (% +10.9) eta R (% 0.3) talde terapeutikoetan, baina ez D taldean (% 21.6). Azpitalde terapeutikoak kontuan hartuz, 1993an batezbestekoa baino igoera txikiagoa ageri da Dekretuaren eraginpean dauden 25 azpitaldeetatik 20tan.

Honako hauek dira salbuespen: A02 (% 16.4), A03 (% 16.6), A09 (% 47.4), A12 (% 29.1), BO3 (% 37.8), D11 (% 50.6). 1994ko datuak 1993 urtearekin konparatuz, berriz, ondorengo azpitaldeak dira batezbestekoa baino igoera handiagoa izan dutenak: A01, A02, A06, A07, A12, B03, D11, R01 eta V03.

Errezetaren batezbesteko prezioa aztertzen badugu, oso igoera nabaria izan du preskripzio guztia kontuan hartzen badugu; Gipuzkoa eskualdean 93ko azaroan % 11.05eko igoera izan du 1992 urtearekiko eta Gipuzkoako Barrutian, aldiz, % 14.1koa. Igoera nabariagoa izan da oraindik Dekretuaren eraginpean dauden talde terapeutiko nagusienetan : A (% 28.2), D (% 24.4) eta R (% 34.4). 1994. urtean, ordea, Gipuzkoa eskualdean igoera mantsotu egiten da (% 6.5ekoa 93 urtearekin konparatuz).

EZTABAIDA

Medikamentuaren finantzaketa hautakorrari buruzko Dekretua indarrean sartu ostean Gipuzkoa eskualdean epe laburrera (1993) ontziki-kopuruak beherako joera hartzen du eta gastuaren goranzko tendentzia geldiarazten du, eta errezetaren batezbesteko prezioan igoera nabaria ematen da, finantzaketatik kanpo geratzen diren botiken batezbesteko prezioa 400 pezeta ingurukoa baita. Aldaketa hauek egonkorrak dira abuztutik abendura bitartean.

Aipatzekoa da, bestalde, Dekretuaren eragina txikiagoa izan dela Gipuzkoa eskualdean Gipuzkoako Barrutiarekin konparatuz. Beraz, pentsa dezakegu Dekretua indarrean sartu aurretik finantzaketatik kanpo geratu diren medikamentuen kontsumoa bajuagoa zela Gipuzkoa eskualdean Barruti-mailan baino.

1994 urtean zehar, badirudi Dekretuaren eragina "zirriborratu" egiten dela eta, Dekreturen eraginpean dauden azpitaldeetako ontziki-kopuruak gorako joera handiegirik agertzen ez badu ere, gastuaren gain ez da eragin gehiegirik nabaritzen.

BIBLIOGRAFIA:

1.183/93 errege-dekretuak ezarritakoaren arabera sendagaiak bereizteko era, osasun-sistema nazionalak nola finantziatu xedea delarik. Informazio Aldizkaria. Osakidetza, 1993ko uztaila.

2. De Marino y Gómez Sandoval. Análisis de la financiación selectiva de medicamentos en España. Farmacia Clínica, Vol 11, nº8, octubre 1994:665-674.

3. 1989ko urriaren 13ko Ordena, 1985eko maiatzaren 13ko Anexuaren edukina aldarazten duena, medikamentuen klasifikazio anatomikoari buruzkoa.

ASALDURA BIKOITZA: EDARI ALKOHOLDUNEN GEHIEGIKERIAGATIK ETA ASALDURA AFEKTIBOEN KOMORBILITATEA

MARKEZ I.*, ALEGRIA M.L., BORDA J.L.****
(* Bermeoko Osasun Mentalerako Zaingunea. Psikiatria
** Bermeoko Osasun Mentalerako Zaingunea. Psikologoa)

Diagnostiko bikoitza —elkarren osagarri diren bi diagnostiko-mota, edari alkoholdunen gehiegikeria edo menpekotasuna dela eta, osasun-arreta eskatzen dutenengan sarri ematen dena da. Tratamendu terapeutikoa egokia izan dadin, guztiz garrantzitsua da beste diagnostiko osagarri batzuk izatea.

Alkoholismo"aren tratamenduan tradizioz eredu biopsiokosozialei jarraitu izan zaie, non biologikoak, mediku-sanitarioak paper nagusia jokatu eta jokatzen duen.

Ikuspuntu honetatik, alkoholak eragindako gaitz organikoa baino ez bada zaintzen gaitz psikikoa egoki baloratu barik, gaixotasunaren uneren batean sortutakoa edo berau baino lehenagokoa izanik, laguntza espezialdua eskatzen duenaren atentzioa sakabanatzen ibiliko gara. Horregatik, ez dauka zentzurik arazo afektiboa tratatu barik alkoholismoa tratazeak, ez edari alkoholdunen gehiegizko kontsumoa gutxitu barik depresio afektiboa tratatzeak ere. Tratamenduan hobeto asmatzeko, ezinbestekoa da diagnostiko onak egitea, horrela emaitza terapeutiko hobeak lortuko baikenituzke.

Oraingoan, Osasun-Zentrotik bideratuak eta beren alkoholismoagatik tratatuak izan diren hogei pazienteko lagin bat ikertu da.

Ikerketa honetan diagnostiko bikoitza azaleratu zaigu, gaitz depresiboagatik morbilitate handia agertuz. Ikerketa burutzeko honako galdeketa hauek erabili ziren: depresio eta alkoholismorako diagnostiko-galdeketa espezifikoak (***MALT, Hamilton D...,***) eta ***SCAN*** elkarrizketa psikiatriko estrukturatua.

Garrantzitsua da asaldura fisikoa ezezik psikikoa ere hasieratik tratatzea. Alkoholismoaren ohizko **desintoxikazio** eta desohitze-tratamenduari baliabide terapeutikoak gehitu behar zaizkio, asaldura afektibo konkomitanteei aurre egiteko. Aukera teraputikoak ugariak dira, asko ez-farmakologikoak, baina medikamentu batzuk erabiltzeak arazo asko konpon ditzake modu erraz batean. Lan honetan **ISRS** antidepresiboak erabili ziren aipatutako laginarekin, beste kontrol-talde batekin erkatua izan zelarik.

TXERTOEN MUNDUA: BERRIKUNTZAK

ALZIBAR J.
(Medikua. Asistentzi-Egitarauetarako Arduraduna)

Orain dela hogeitabost urte jarri zen martxan ume txertaketa programa Euskal Autonomi Elkartean.

Ordundik hona, umeen txertaketa egutegiak, aldaketa handiak jasan ditu eta badirudi aurrerantzean ere gehiago izango dituela.

Azken urteotakoak eta aipagarrienak honoko hauexek dira:

* Hasierako egutegian 3,5,7,15,eta 18 hilabetekin jartzen ziren aurreneko txertoak, gaur egun aldiz 2,4,6,12,eta 18kin.

* 1991 urterarte, hamaika urteko neskatoei, errubeolaren aurkako txertoa ipintzen zitzaien. Harrezgero hamaika urteko neska mutilei eta hirukoitz birikoa.

* 1993an hasita eta hamairu urteko ikasle guztiei, b hepatitisaren aurkako txertoa.

* BCGaren aurkako txertoa 1994ko egutegi ofizialean azaltzen da aurreneko aldiz, nahiz eta nahiko zabalduta egon lehenagotik.

Dokumentu ofizialak egungo egoerara egokitzen saiatzen bagera ere,txertoen munduak daraman abiadura parekatzea ia ezinezkoa gertatzen da eta egunetik egunera ezagutzen dira berrikuntzak.

Jarraian, iragarrita dauden gertakari batzuk aipatuko ditut:

* b motako Haemophilus Influenzaren aurkako txertoa jadanik gure artean dago eta dudarik gabe hemendik aurrera gure haur asko eta askok hartuko dute.

* Barizelaren txertoa berriz, badirudi laster merkaturatuko dela egungoa baina errezago kontserba daiteken bat, eta orduan seguraski hirukoitz birikoarekin batera ipiniko da.

* Kukurruku eztularen aurkako txertoak sor ditzaken ondorioak ekiditeko, txertoaren mota azelular (DTKa) bat prestatu da eta badirudi hau ere berehala merkaturatzekotan direla. Gaur egun 18 hilabetetik gorako umeentzat bakarrik onartua dago.

* B hepatitisaren aurkako txertoa berriz, berehala izango da DTK rekin batera.

* Gaur egun hemendik kanpo erabiltzen diren batzuk:

Txerto tetrabalenteak: DTK / Hib

Txerto pentabalenteak: DTK / PP / Hib

* Espero direnak:

DTKa / Hib

DTKa / Hib / B hep.

DTKa / PP / Hib / B hep.

Haurren txertoetatik kanpo, aspaldidanik hamar urtetik behin gomendatu izan den Td (Tetanoa, helduentzako difteria) aurten merkaturatuko dela dirudi.

Oharra: Polio parenteralari deitu diot PP (IPV ingelesez)

HAURDUNALDIAREN BORONDATEZKO ETENALDIA (H.B.E.) LEHEN MAILAN

BROUARD I., SERRANO J.R., CASASUS A.
(Ginekologia Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea)

ETENA

Kausa sozialak, eugenesikoak edo medikoak direla medio, toki egokienean eta metodo bakoitzeko desegokitasun, arrisku eta horretarako erabili beharreko teknikak ezagutzen dituzten espezialistek haurdunaldian eraginiko etenaldia da abortu terapeutiko edo medikoa. Era honetan haurdunaldiaren lehenengo 12 asteetan abortu goiztiarrak egin ahal izango ditugu.

MATERIALA ETA METODOAK

Errekaldeberriko Laguntza Psikosozialaren Moduluan 1990etik legezko abortu goiztiarrak egin ditugu, 1994ko apirila arte ingresatu gabeko 398 etenaldi goiztiar eginik.

PROTOKOLOA

1. IKUSTALDIA

Indarrean dagoen legearen arabera, pazienteari, dituen aukerak eta egoera azaltzen zaizkio eta behar direnetan psikiatria kontsultara edo zuzenean ginekoloarengana bidaltzen da.

2. IKUSTALDIA

1.- Historia klinikoa
2.- Miaketa
3.- Haurdunaldiaren aldia ezagutzeko ekografia
4.- Rh eta odol-taldearen analitika
Etenaldiaren eguna aurrikusten da.

3. IKUSTALDIA

Anestesia lokala(parazerbikala eta umetoki-sakrokoa) erabiliz eta ekografia baten kontrolpean haurdunaldiaren etenaldia burutzen da. Metalezko tutulu konikoez zerbikalen dilatazioaren ondoren etengabeko huts-sistemari lotutako kanula baten bitartez aspiratzen da.

Prozesu osoak (Osakidetzarako erregistro-inkesta barne) gutxi gorabehera 20-30 minutuko iraupena du. Antibiotikoz babesa berritzen diogu baita nahi duen kontrazepzio-metodoa ere (DIU, pilulak, ...). Rh negatiboa ematen duten pazienteetan D aurkako gammaglobulinarekin profilaxia egiten dugu.

4. IKUSTALDIA

30-40 egun igaro ondoren erabili izan den kontrazepzio-metodoaren miaketa eta kontrola egiten da.

EMAITZAK

1994ko apirila arte 398 haurdunaldiren etenaldi burutu dira. Pazienteen % 59.6 20-30 urte bitartekoa da, 20 urtera %12.3 heltzen ez delarik. % 59.8 ezkongabea da eta % 29 ezkondua. % 96.2 Bizkaian bizi direnak izanik, Bilbokoa % 69.1ekoa da. Goiko mailako ikasketak dituztenak % 20.9 dira. COU/BUP % 20.1 eta Lehen mailakoa % 55.6. Etxean lanean edo paroan daudenak % 43, soldata dutenak % 36.2 eta ikasten daudenak % 16.3. % 54.2ak ez du seme-alabarik, bat dutenak % 21.3 dira eta % 15.7ak bi ditu. Gehiengoak, % 75.8ak ez du aldez aurreko etenaldirik. Haurdunaldiaren 7 eta 10. asteen artean aspirazioa burutzen dugu. 1992ko azaroaren azkenetik hona, etenaldiaren ostean eskatzen diguten erabiltzaileengan DIUak jartzen ditugu (63) ezarpen honez gain bi ehozketa izan ditugu.

Lagundutako 398 bezeroetatik kasu bitan ingresoa eta ondoren metrorrajia zela eta, harraskaketa egin behar izan zen. Gaur arte infekzio, zulaketa edo antzeko konplikazio haundirik ez dugu izan.

ONDORIOAK

1.- Uste dugu, Lehen mailako Atentzio-Zerbitzuetatik emandako informazio goiztiarrak, erabiltzaileek kontrazepzio metodo bat eskuratzeko erraztasunak arintzen dituela, ostean espezialistaren kontrolpean jarririk.

2.- H.B.E.aren susmoa duten haurdunaldien etenaldi goiztiarrak, erabiltzaileak teknika mota honetara heltzera uzten du, eguneroko bizitzan aldaketarik egin gabe, gutxienezko arriskuarekin eta ospitalizazioa behar izaten duten beste teknika guztiak baino merkeagoa izanez.

3.- Haurdunaldiaren etenaldi goiztiarra espezializatutako pertsona batek eginez, profilaxi antibiotikopean eta kontrol ekografikoarekin, konplikazioak adierazpen txikienera eramaten ditu.

BIBLIOGRAFIA

Brouard eta lankideak. DIUS POSTABORTO: Talde-kontrolarekin ikerketan konplikazio goiztiarrak. Espainiako Kontrazepzio-Elkartearen II Batzarre Nazionala. 1993an Santiago de Compostelan.

Dexeus, S. ANTICONCEPCION: ABORTO. Salvat Editores, S.A. 1986.

Jefferson, A. CIRUGIA GINECOLOGICA CON ANESTESIA LOCAL. Ediciones Consulta, S.A. 1988.

OSAKIDETZA (Zerbitzu Orokorretatik jasotako informazioa).