ZAHARREN HIZKERA ETA KOMUNIKAZIOA

UGARTEBURU I
EHU - Medikuntza Fakultatea

1. Arazo interdisziplinarioa

«Zaharren hizkera» gaia gehiago da Hizkuntzalaritzakoa Gerontologiakoa baino, baina kontutan hartu beharra dago zaharrez arduratzen den mediku edo profesionalarentzat hizkuntza dela zaharrarekin harremanetan jartzeko bide nagusia (zaharrak gaitasuna erabat galduta ez badu behintzat). Eta hizkuntzaren azterketak ere datuak eman ditzakela zahar horren egoera hobeto ezagutzeko.

2. Hizkuntzaren funtzioak

Hizkuntzak betetzen dituen funtzioen artean (Buhler) hiru dira batez ere gure lanerako kontutan hartu beharko genituzkeenak: funtzio erreferentziala («zerbaiti buruz» hitz egiten da), funtzio adierazkorra («zerbait adierazteko» hitz egiten da), funtzio konatiboa («zerbait eskatzeko edo agintzeko» hitz egiten da).

Funtzio komunikatibo adierazkorrari dagokionean gogoratu behar dugu hizkuntza ez dela komunikabide bakarra, badirela hizkuntzarik gabeko bideak, keinu-meinuetatik barne-tentsioen somatizaziora edo agerpen hipokondriakora. Hizkuntzazko komunikaziorako oztopo somatiko edo sikiko finkaturik ez duenak hala hitz egin diezaguke: (1) «beherakoa daukat azken egunotan», (2) «ez nago ongi... uste dut tentsioa gaizki dudala», (3) «ez dut lorik egiten, pastilak behar ditut».

3. Azterketa

Hiru adibide horien azterketa egingo da, hizkera bakoitzetik zein ondorio atera daitekeen aditzera emanez. Ondoren, kontsulta batean emakume nagusi batek medikuari esandakoaren azterketa laburra egingo da, emakume honek zer esan zuen eta bere esanarekin aditzera zer eman nahi zuen bereizi eta zehaztuz.

4. Ondorioak

Medikuarengana jo duen zaharraren eta medikuaren artean gerta daitezkeen hizkuntz egoera desberdinetan arreta berezia jarri beharko zaie ondorengo puntuei:

– Zaharraren eta medikuaren arteko komunikazioa ziurtatu beharko da zaharrak esaten duena behar bezela jaso ahal izan dezagun: pazientzia izan berarekin, hitzekin lagundu, gaira eraman, jario gehiegikoa baldin bada moztu eta elkarrizketa moduak errespetarazi (S.Pilberg eta K. Hosty, 1985).

– Zaharraren mezua zuzen jasotzen eta ulertzen ahalegindu, bereziki hitzez eta zenbait baliapide erretorikoren bitartez izkutuan dagoen zerbaiten berri eman nahi digunean.

Hori dena testuinguru jakin batean emango da, jakina. Jarioa, zaharrak erakutsiko duen konfidantza maila, eta abar desberdin izango baitira etxean, ospitalean,... Eta, zer esanik ez dago, egoera oso bestelakoa izango da komunikazio arazoak beste arrazoi baten ondoren baldin badira: gaitz organiko edo sikikoa, medikazioa,...

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE-REN ISOLAMENDUAK ARNAS APARATUKO INFEKZIOETAN (1988-1992)

ALVAREZ M.; PRIETO B.; MELERO P.; AMEZUA B.; BUSTO C.; VELASCO P.; ASTIGARRAGA J.; CISTERNA R.
Mikrobiologia Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea.

SARRERA

Streptococcus pneumoniae da oraindik ere bere maiztasunagatik eta bere birulentziagatik patogeno garrantzitsuenetako bat. Gainera, azken urteotan, betidanik penizilinarekiko izan duen sentikortasuna aldatu egin du eta gero eta zepa erresistenteagoak isolatzen ditugu antibiotiko horrekiko.

MATERIALA ETA METODOA

Bost urtetan zehar (1988-1992) 65 urte baino gehiago gaixoen arnas aparatutik eta/edo hemokultibotatik isolatutako *Streptococcus pneumoniae*-ak aztertu ditugu. Guztira 173 isolamendu lortu genituen. Isolamendu horien iturria 144 gaixo izan ziren. *Streptococcus pneumoniae* hemokultibotan isolatu genuen 61 (%35) aldiz eta esputotan edo bestelako arnas jariotan 112 aldiz. Bestalde, aztertu ditugu, baita ere, aipaturiko gaixoak aldi berean beste gaixotasunen bat zeukaten ala ez.

Azkenik, isolatutako neumokokoak penizilinarekiko zeukaten sentikortasun-erresistentzia aztertu dugu baita ere. Antibiograma disko-plaka metodoaren arabera egin zen Agar-Triptikasa sojadun medioan eta zenbait aldiz KIMak (Kontzentrazio Inhibitzaile Minimoak) ere egin ziren.

EMAITZAK

Gure laborategian aipaturiko bost urtetan 965 *Streptococcus pneumoniae* isolamendu lortu ditugu, hauetatik 173 (%18) 65 urtetik gorako gaixoengan izan dira. Gaixoak 144 izan dira, hauetatik 74ek (%52) neumonia bat izan zuten eta azken hauetatik 42ek (%57) hemokultiboan neumokokoa izan zuten.

Penizilinarekiko erresistentzia 48 (%27) zepek agertu zuten eta erresistentzia hauek nabariago izan dira edo maizago agertu dira azken urteotan.

Oinarrizko patologiari begiratzen badiogu, esputotan isolatutako neumokokoak lotura haundiena bronkitis kronikoarekin eta biriketako kartzinomarekin zeukaten. Hemokultibotan, berriz, alkoholzaletasuna, hemopatiak, diabetea, kirurgiaren ondorioak eta kartzinoma ezberdinak dira lotuen dakusagun diagnostikoak.

ONDORIOAK

Gure azte
(%18) isolamen
haundia suposat
positibo izatea.
bakteriemia sor

Munduan
pneumoniae-ak
Egoera hau geh

ONDORIOAK

Gure azterketan ikus daitekeenez, zaharrengan lortutako neumokoko isolamenduak (%18) isolamendu guztien zati haundi bat betetzen dute. Neumoniek 74 (%52) portzentai haundia suposatzen dute eta are deigarriago iruditzen zaigu neumonia hauetan 42 hemokultibo positibo izatea. Bigarren honek esan nahiko luke mikroorganismo honek zaharrengan bakteriemia sortzeko ahalmen haundia duela.

Munduan beste leku askotan legez, gure inguruan isolatutako *Streptococcus pneumoniae*-ak gero eta erresistentzia haundiagoa agertzen digute penizilinarekiko (%27). Egoera hau gehien bat Espainian eta Hego-Afrikan ikusi da.

TUBERKULOSIA ZAHARTZAROAN (1988-1992)

ALVAREZ M.; PRIETO B.; MELERO P.; UMARAN A.;
BUSTO C.; AMEZUA B.; VELASCO P.; CISTERNA R.
Mikrobiologia Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea.

SARRERA

Tuberkulosia asko gutxitu da Mendebaldeko herrialde aurreratuetan, batez ere mendearen erdialdetik aurrera isoniazida, estreptomizina eta rifanpizina aurkitu zirenetik. Hala ere, intzidentzia eta hilkortasun tasak 65 urtetik gorako gaixoengan nahiko haundiak dira, beste edozein adin tarteko gizakiengan ematen direnak baino haundiagoak dudarik gabe.

Horretaz aparte, arazo hau, edozein arraza edo etniako gizakiengan aurkitu liteke. Esate baterako, EEBBetan 15-44 urte tarteko biztanleriari dagokion tuberkulosi intzidentzia 10^5etik 4-6 den bitartean, 55-74 urte tarteko biztanleriei 10^5etik 150-200ko tuberkulosi intzidentzia dagokio.

MATERIAL ETA METODOA

Gure laborategian bost urtetan zehar (1988-1992) diagnostikatu ditugun 675 isolamendu berri aztertu ditugu. Diagnostikoa, noski, mikrobiologikoa izan da eta baziloskopia edo/eta kultibo positiboa izan duten kasuak baino ez ditugu aztertu. 675 kasu horietatik 95ek (%14) 65 urte baino gehiago zeukaten eta hauexek dira hain zuzen guri interesatzen zaizkigunak.

Bestalde, 95 gaixo hauen tuberkulosi era klinikoak ere aztertu ditugu eta horretarako laginen iturria eta mediku klinikoen erizpideak izan ditugu kontutan. Isolatutako baziloen sentikortasun-erresistentzia kasu gutxitan egin bada ere, egindakoa azaltzen dugu.

Azkenik, isolatutako mikobakterien espeziea ere kontutan hartu dugu azterketa honetan.

EMAITZAK

Bost urte hauetan isolatutako 675 kasutatik 95 (%14) 65 urte baino gehiago duten andregizonengan aurkitu ditugu. Sarrien ikusitako tuberkulosia, normala denez, arnas aparatukoa izan da 74 kasuarekin (%78). Gutxitxo ikusitako tuberkulosi eren artean ondorengo hauek ditugu: 3 tuberkulosi miliar, 2 hezur-tuberkulosi, 4 gangliotako tuberkulosi, 1 meningeetako tuberkulosi.

Beste tuberkulosi era batzu are bakanago izan dira.

Mikobakte
Mycobacteruim
espezieak hauek
fortuitum 1, M.

Isolatutak
erresistente aurk

ONDORIOAK

Gure ingu
urte baino gehi
talde batzuen ar
da eta mikobakt

Isolatutak
etanbutol eta es
izan ziren eta, k
normala iruditz

Mikobakterien espeziei begiratzen badiegu, uste izan zitekeenez ia kasu guztiak *Mycobacteruim tuberculosis*- agatik sortutako gaixotasunak izan dira. Isolatutako beste espezieak hauek dira:*M. bovis* 1, *M.kansasii* 1, *M. gordonae* 2, *M. aurum-vaccae* 1, *M. fortuitum 1*, *M. avium-intracellulare* 1.

Isolatutako 28 *M. tuberculosis*-ei antibiograma egin genien eta 2 zepa isoniazida erresistente aurkitu ditugu

ONDORIOAK

Gure inguruan ematen diren tuberkulosiaren portzentai haundi samar bat, %14a, 65 urte baino gehiago duen biztanlerian ikusten da. Biztanleria honen artean ere, beste adin talde batzuen artean bezalaxe, gehien ematen den era klinikoa arnas aparatuko tuberkulosia da eta mikobakteria espezie garrantzitsuena dudarik gabe *Mycobacteruim tuberculosis-a.*

Isolatutako *M.tuberculosis*-ak ia beti sentsibleak izaten dira isoniazida, rifanpizina, etanbutol eta estreptomizinarekiko. Guk aurkitutako bi zepa (%7) aurretiko erresistenteak izan ziren eta, kasu kopurua edo muestra txikia dela kontutan harturik nahiko portzentaia normala iruditzen zaigu.

BIHOTZ EZASKITASUNA ZAHARTZAROAN

LETAMENDI URRESTI P.
Deustuko Anbulategia.

Bihotz ezaskitasuna oso arrunta da zaharrengan. Adinaren 5.rren hamarkadan hasita, bere prebalentzia, 10 urtenaka gizonengan eta 7naka emakumeengan bikoiztuz joaten da.

%75 kasutan, zaharren bihotz ezaskitasuna, hipertentsio eta kardiopatia iskemikoarekin batera garatzen da.

Sindrome honen diagnostikoa zein tratamenduak egokiak izan daitezen, beharrezkoa da adinak sistema kardiobaskularrean duen eragina sakonki ezagutzea.

Adinarekiko aldaketa morfologikoak

– Bihotz-geneen espresioa gutxituz joaten den heinean, proteina kizkurtzaileen eta energia iturrien sintesia ere murriztuz joaten da.

– Hipertrofia, fibrosia eta gantz infiltrazioa direla medio, miokardioa zurrunagoa bihurtzen da.

– Koronarietan, miokardio barneko kapilareen kopurua zein berauen erreserba funtzionala murriztu egiten dira.

– Sistema elektrikoan, nodu sinusala eta His-en abarkadura eta faxikuluak degeneratuz joaten dira.

– Arteriak ere aldaketa degeneratiboak jasaten dituzte, zurrunagoak bilakatuz eta hodi sistema osoaren sekzio-azalera murriztuz.

Aldaketa fisiologikoak

1/ *Sistolea*

a) *Kizkurpena.* Gehienetan normal mantentzen da, baina eskaeren aurrean bihotzak frekuentzia azkartzeko zuen gaitasuna galduz joango da.

b) *Ostezama*
Gehituz joaten da, beste faktoreen artean tentsio sistolikoak ere gora egiten duelako.

2/ *Diastolea*

a) *Aintzinzama.* Gutxitua izaten da.

b) *Konplianzea*

(Erlaxapena eta distentsibilitatea). Hauxe da gehien eta arinen galtzen den parametroa. Bihotz zaharrari asko kostatzen zaio erlaxatzea, eta bera lortzen konsumitzen duen 0_2 eta energia-kantitatea normala baino handiagoa izaten da. Ondorio legez, bai bolumen diastoliko azkena zein gastu kardiakoa murriztu egiten dira. Horrez gainera konpentsazio mekanismoen porrota arruntagoa izaten denez, sinkopeak jasateko joera areagotu egiten zaie pertsona zaharrei.

Tratamendua

Diastolearen porrotak sorturiko ezaskitasuna, kaltzioantagonistak, β-Blokeatzaileak eta AKE-aren aurkakoak erabiliz tratatu behar da. Sistolearen porrota, aldiz, digitala, diuretikoak eta basodilatatzaileekin tratatzen dira.

CROHN-EN ERITASUNA ETA ULTZERADUN KOLITISA ZAHARTZAROAN

MUJIKA F.; GOENEGA M.A.; VAQUERO J.M.; HUARTE I
Gipuzkoako Ospitalea Donostia

Hesteetako gaixotasun suztagarria batez ere gazteengan (bigarren - hirugarren hamarkadetan) gertatzen da, bainan bere intzidentziak bostgarren - zazpigarren hamarkadetan beste gorakada nabarmen bat izaten du.

Zahar eta gazteengan nahiko berdinak izaten dira Ultzeradun Kolitisa eta Cronh-en eritasuna azaltzeko moduan, bilakaera klinikoan, tratamenduan, hala nola tratamenduarekiko erantzunean. Hala ere, zaharrengan joera berezi batzu ematen dira.

Ultzeradun Kolitisaren kasuan honako hauek dira berezitasunak: Lehenbiziko erasoaldia larriago eta hilkortasun handiagoa alde batetik eta kolon eta ondesteko tumore arrisku txikiagoa izatea besterik.

Crohn-en eritasunaren kasuan ordea, batez ere kolona soilik ukitzen duela, bilakaera ona eta hilkortasun eta gaixoberritze kopurua txikiagoa izatea dira berezitasun nabarmenenak.

Gure Ospitalean atzeranzko ikerketa egin dugu ingresatutako gaixoen artean. Adinaren arabera bi taldetan sailkatu ditugu eta gonbaratu. Ondorio hauek lortu ditugu:

Crohn-en eritasuna ez da hain bakana eta ebakuntza kirurgikoari buruz, nahiz eta kopuru aldetik desberdintasunik ez egon, ba dago ebakuntzaren arrazoiaren aldetik. Bestalde, gure zaharren ebakuntza kopurua literaturan azaltzen dena baino handiagoa da eta horren arrazoia gure kasurik gehienak ileo-kolonekoak izatean dago.

Ultzeradun Kolitisaren kasuan, adineko gaixo asko ez dugunez, gure emaitzek ez dute balio estadistikorik.

Berrogeit
ditugu, bederat

Adineko
(askotan izkutu

Eboluzio
adierazgarriak

Gaixo za
eboluzio txarra
azpimarratu eg

HIES-A ETA ZAHARTZAROA

AGIRREBENGOA K.; IGLESIAS J.; MONTEJO M.; OTERMIN I
Gurutzetako Ospitalea

Berrogeitamar urtetik gorako gaixoengan emandako hamaika HIESa kasu aurkezten ditugu, bederatzi gizon eta bi andra, sei urtetako epearen barruan gure ospitalean ikusiak.

Adineko gaixoengan GIBek eragindako infekzioaren garrantzia, trasmisio-bideak (askotan izkutuak), ezaugarri klinikoak zein epidemiologikoak eztabaidagai ditugu.

Eboluzioa ez da ona eta diagnostiko berandutua ohizko da,susmo ezagaitik sintoma adierazgarriak egon arren.

Gaixo zaharrengan HIESaren ezaugarri propioak agertzen direnean edo edozein eboluzio txarra eta ez ohizkoren aurrean GIBek eragindako infekzioa susmatzearen beharra azpimarratu egiten da.

ADINAREN ERAGINA ERITASUN ONKOHEMATOLOGIKOEN INTZIDENTZIA ETA PRONOSTIKOAN

FURUNDARENA J.R.
Gipuzkoako Ospitalea. Donostia.

Eritasun onkohematologikoek adin ezberdinetan agertzeko joera dute eta pronostikoa biziraupenari dagokionez ere oso ezberdina da batetik bestera. Zahartzaroak bi puntu hauekin dituen loturak agertzen saiatuko naiz eta hortarako Donostiako Arantzazuko Amaren Ospitalean eta literatura medikoan jasotako datuak erabiliko ditut.

1. SINDROME MIELODISPLASTIKOAK (SMD)

Gehienetan 50 urtetik gorako pertsonetan agertzen dira eta leuzemia akutura eboluzionatzeko joera dute. Serie askotan 70 urtetik gorako pazienteen batezbesteko biziraupena(BB) laburragoa izaten da. Ondoren 2 serie handitako (503 eta 1081 pazienteetakoak) emaitzak aipatuko ditugu F.A.B. sailkapeneko 5 SMD klaseei dagokienez.

– Anemia errefraktarioa:BB hilabeteetan:32 eta 50. Transformazio leuzemikoa (TL): %8 eta %12.

– Anemia errefraktario sideroblastikoa: BB:45 eta 51. TL:%3 eta %8.
– Anemia errefraktarioa blasto gehiegirekin: BB:19 eta 11.TL:%20 eta %44.
– Anemia errefraktarioa blasto gehiegirekin transformazioan: BB:11 eta 5 TL:%53 eta %60.
– Leuzemia mielomonozitiko kronikoa: BB:15 eta 11.TL:%23 eta %14.

2. SINDROME MIELOPROLIFERATIBO KRONIKOAK (SMK)

2a) Leuzemia mieloide kronikoa

Eritasun hau ere adineko pertsonetan agertzen da batez ere. 678 pazientez osatutako serie batean Nazioarteko Erregistroko Taldean agertzen den eritasun hau sendatzeko posibilitate bakarra 50 urtetik beherako pertsonetan bakarrik egin daitekeen hezur-muin trasplantean (HMT) datza, horrela tratatutako kasuetan %45 eritasunik gabe agertzen dira 4 urtetara fase kronikoan egin ezkero.

2b) Mielofibrosi idiopatikoa

Batipat 6. hamarkadan agertzen da, oso arraroa umeengan. Zenbat eta urte gehiago orduan eta pronostiko okerragoa. 5 urtetara %58k bizirik diraute.

2d) Tronb

Intzidentzia
urtekoa izaten da

2e) Polizite

Baita ere ad
erabilitako 3 auke
P32-rekin: 11,8 e

3. LEUZEMIA

Guk ikusita
Biziraupena 5 eta

4. GAMMAPAT

4a) Esangu

70 urtetik
Diagnostikoaren
da: %37an aldak
neoplasiak garatz
ondoren.

4b) Walde

Gaixo hau
toleratzen da eta
ez dutenean eta 9

4d) Mielon

1987ko Urt
adina 64 urtekoa
3 urtetara %55ek
diagnostikatutak

5. LEUZEMIA

5a) LA lin

Gure ospit
batera PETHEM
tratatu ziren. Hau
Adinak eragin pr
(EGB) %55 eta
Kimioterapiareki
pazienteak hez
autotrasplanteare
beherakoak).

2d) Tronbozitemia primarioa

Intzidentzia handiena 50 eta 70 urte bitartean agetzen da. Eritasun honen BB 10-11 urtekoa izaten da, gutxiago 60 urtetik gorakoetan.

2e) Polizitemia Vera

Baita ere adineko pertsonetan ikusten da eta 431 pazienteko nazioarteko serie batetan erabilitako 3 aukera terapeutikoekin lortutako BB hau izan zen: kloranbuzilarekin: 8,9 urte, P32-rekin: 11,8 eta flebotomiarekin: 13,9.

3. LEUZEMIA LINFOIDE KRONIKOA (LLK)

Guk ikusitako 150 pazienteko serie bateko batezbesteko adina 65 urtekoa izan da. Biziraupena 5 eta 10 urtetara:%62 eta %38koa. 70 urtetik gorakoetan apalagoa.

4. GAMMAPATIA MONOLONALAK (GM)

4a) Esangura ezezaguneko GM (EEGM)

70 urtetik gorago pertsonen %3an eta 50 urtetik beherako %1ean atzematen dira. Diagnostikoaren unean eritasun gaiztorik ez baldin badago ere eboluzioa honako hau izaten da: %37an aldaketarik ez, %39an beste arrazoiengatik hiltzen dira eta %19k B zelulen neoplasiak garatzen dituzte (hauetako %70 mielomak) batezbesteko 8 urteko bitarte baten ondoren.

4b) Waldenström-en makroglobulinemia (WM)

Gaixo hauen batezbesteko adina 60 urtetik gorakoa izaten da. Orokorrean ondo toleratzen da eta batezbesteko biziraupena 4-5 urtekoa izaten da tratamenduari erantzuten ez dutenean eta 9-10 urtekoa erantzuten dutenengan.

4d) Mieloma

1987ko Urtarriletik 1922ko Uztailera diagnostikatu ditugun 70 pazienteen batezbesteko adina 64 urtekoa izan da. Batezbesteko 19 hilabeteko jarraipen baten ondoren biziraupena 3 urtetara %55ekoa da eta adinak ez du eragin pronostikorik agertu. Dena den 1976tik 1986ra diagnostikatutako 95 mielometan adinak eragin pronostikoa agertu zuen.

5. LEUZEMIA AKUTUAK (LA)

5a) LA linfoblastikoa (LAL)

Gure ospitalean diagnostikatzen diren pazienteak Estatuko beste kasu askorekin batera PETHEMA protokoloarekin tratatzen ditugu. 1984eko protokoloarekin 367 kasu tratatu ziren. Hauetatik 241 16 urtetik beherakoak ziren eta 21 bakarrik 45 urtetik gorakoak. Adinak eragin pronostiko negatiboa agertu zuen: eritasunik gabeko biziraupena 5 urtetara (EGB) %55 eta %15ekoa izan zen (p 0,01) lehen aipatutako bi adin-taldeetan. Kimioterapiarekin bakarrik tratatu ezkero birgaixotzeko posibilitate handiak dituzten pazienteak hezur-muin trasplante batez tratatu daitezke (60 urtetik beherakoak autotrasplantearekin eta emaile konpatiblea izan ezkero alotrasplantearekin 45 urtetik beherakoak).

5b) LA ez-linfoblastikoa (LAEL)

Paziente hauek adintsuagoak izaten dira. Orientazio modura CALGB taldeko 326 pazienteko serie bateko datuak aipatuko ditugu. Batezbesteko adina 52 urtekoa izan zen. Biziraupena 5 urtetara 40 urtetik beherakoetan: %18 eta 60 urtetik gorakoetan: %3. Lehen aipatu ditugun adinetan emaitzak hobetu daitezke HMTaren bidez.

6. HODGKIN-en ERITASUNA (HE)

1980ko protokoloarekin 94 paziente tratatu genituen. Batezbesteko adina: 37 urte. Biziraupena 4 urtetara %64ekoa izan zen, laburragoa 60 urtetik gorakoetan. Azken hauek programatutako kimioterapia hartzen zailtasunak izan zituzten konplikazio ugariengatik.

7. EZ-HODGKIN LINFOMAK (EHL)

7a) Gradu bajuko EHL

1972ko Martxoatik 1991ko Martxoa bitartean 81 kasu diagnostikatu ditugu. Batezbesteko adina 62 urtekoa izan zen. Talde osoaren biziraupena 5 eta 10 urtetan %61 eta %83koa izan zen hurrenez hurren. Adinak eragin pronostiko negatiboa agertu zuen eta honela biziraupena 5 eta 10 urtetara 65 urtetik beherakoetan %66 eta %53koa izan zen bitartean 65 urtetik gorakoetan %35 eta %0ekoa izan zen (p=0,01).

7b) Gradu ertaineko eta altuko EHL

Lehen aipatutako epe berean 106 kasu diagnostikatu dira eta batezbesteko adina 57 urtekoa izan da. Tratamenduan erabilitako eskema kimioterapikoak ez du eraginik izan emaitzetan; honela biziraupena 2 eta 5 urtetara %50 eta %33koa izan da. Adinak eragin pronostiko negatiboa agertu du: 65 urtetik beherakoen biziraupena 2 eta 5 urtetara %58koa eta %36koa izan zen bitartean, 65 urtetik gorakoetan %34ekoa eta %22koa izan zen (p=0,028).

ONDORIOAK

– Eritasun onkohematologiko gehienak zahartzaroan agertzeko joera dute

– Hauetako askok eboluzio kronikoa dute eta biziraupena nahiko luzea. Hala ere hauexek dira sendakaitzenak.

– Besteetan eboluzioa azkarra izaten da -leuzemia akutuetan batipat baina hauek dira kimioterapia edo/eta HMTarekin senda daitezkeenak. Dena dela zaharretan ezin da HMTrik egin eta kimioterapia eta erradioterapia behar bezala hartzeko gaitasun mugatua dute. Konplikazioak erraz sortzen direlarik.

– Paziente adintsu asko, elkartuta edukitzen dituzten beste eritasun arruntak direla medio hilko dira.

ZAINET

ZIRU

TXIKI

SARRERA

Hankaga
biriketako enb
patologiaren a
arteko %50ear

HELBURUA

PMTHal
HAOa duten p

MATERIAL

45 pazie
jokabidea ona

Ebaketa
arte arazo tr
bakoitzarenga
zeharretara et
hartzen da eba
azterketa klini
bi hanketan. P
osteko 2. ordu

EMAITZAK

ZTSa 4
urrunekoa.

ONDORIOA

– ZTS h
egilek egindal

ZAINETAKO TRONBOSI SAKONAREN (ZTS aren) PREBENTZIOA PROGRAMATUTAKO ZIRUGIAREN BARNE ARTROPLASTIA DUTEN PAZIENTEENGAN, PISU MOLEKULAR TXIKIDUN HEPARINAREN (PMTHaren) BIDEZ.

LEKUE I.; AGUIRREZABAL A.; ALVAREZ M.; CHAVARRI E.;
DE JUAN A.; OBALDIA B.; PLAZA M.E.; RUIZ DE VELASCO E.;
SANTOS I.; VILELLA M.L.; YURREBASO M.J.;
Botika Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea

SARRERA

Hankagainetan artroplastia osoa (HAO) jasatzen duten pazienteengan, ZTSa eta biriketako enbolismoaren (BEaren) eragina oso handia da. Zirugia bera, adina eta lotutako patologiaren arabera da eragin hori. ZTSa inolako profilaxirik erabiltzen ez den pazienteen arteko %50ean agertzen da gutxi gorabehera, eta BEa %1-5ean.

HELBURUA

PMTHak profilaxi tronboenbolikoan duen eraginkortasuna eta segurtasuna neurtzea HAOa duten pazienteengan.

MATERIALA ETA METODOA

45 paziente ikergaitzat izanik egin da ikerlana, aldez aurretik jarraian zehazten den jokabidea onartu egiten dutela sinatu behar izan dutelarik.

Ebaketa aurreko aldikadan Anestesiologia Zerbitzuaren eskuetan egon dira, ordura arte arazo tronboenbolikoekin zerikusia zuten gertakizun guztiak jasoz paziente bakoitzarengandik. Ondoren, anestesia epiduralpean ebaketari ekin zitzaion, gaixoak zeharretara eta albo baten gainean zetzala. Galera eta berreskuraketa hematikoen kontu hartzen da ebaketak irauten duen bitartean eta ebaketa ondorengo aldikadan. Bi hanketako azterketa klinikoa egiten zaie egunero eta 10 $\pm$ 1 egunean kontraste-flebografia egiten zaie bi hanketan. PMTHa Teldeparina (Fragmin) izan zen eta dosia 2.500 u.i.koa ebaketa egin osteko 2. orduan eta biharamonetik aurrera 24 orduko 5.000 u.i.ko neurrian.

EMAITZAK

ZTSa 4 pazientetan agertu da (%8,8an), beraietako 2rengan hurbila eta 4rengan urrunekoa.

ONDORIOAK

– ZTS hurbila eta urrunekoaren eragina, guk egindako ikerlan honetan beste hainbat egilek egindakoetan ikusitakoarekin bat dator.

– Diagnostikorako beharrezkoa izan dugu flebografia egitea, pazienteak asintomatiko mantendu bait ziren. Sintomatologia klinikoak ez du eraginik diagnostikoan.

– Ez da ikusi inolako arazo septikorik, ez odolgaltzerik, ezta zauri edo sabel-beltzunerik ere, tratamendu medikoa eskatzen dutenak bestalde.

– ZTSaren Diagnostikoa eta profilaxirako protokoloak sortzearen beharrizana ezinbestekotzat jotzen da.

Zainetak
intzidentzia h
enboliak erag

Ebaketa
zainetako gutx
enbolia pairat

Antigatz
heparinaz eta
delarik. Baina
burmuineko o
heparinaz eta
zaharrengan.
larriaren arrisl
gaixoek dituzt
jarraitzeko eta

Odoljari
hastea, edo tra
hala nola nah
direnean, kaba
prebentziorak

Azken u
perkutaneoki
birrenbolia po

Gure os
hauetako gehi
emaitzak adie
eta kabaren tr

Kabako
antigatzatzaile
birrenbolia.
antigatzatzaile
aukerazko trat
gaixoengan.

BEHEKO BENA KABAKO IRAGAZKIA. ZAINETAKO GAIXOTASUN TRONBOENBOLIKOAREN TRATAMENDU AUKERAGARRIA ZAHARRENGAN

ARRIZABALAGA R.; LOBO J.L.* ;
SEGURA R.; HURTADO K.; AZPIAZU A.
Erradiologia eta Neumologia * Sailak. Txagorritxu Ospitalea. Gasteiz

Zainetako gaixotasun tronboenbolikoak eta bere ondorio larrienak, biriketako enboliak, intzidentzia handia dute munduan (500.000 kasu urtero Estatu Batuetan). Tratatu gabeko enboliak eragindako hilkortasuna %30koa da.

Ebaketak, ohe-egonaldi luzeak eta enbolia errezten duten gaixotasunak (Kardiopatiak, zainetako gutxiegitasun kronikoa) direla medio zainetako tronboenbolia eta beraz biriketako enbolia pairatzeko arriskua handiturik dago zaharren artean.

Antigatzapen sistemikoa da aukerazko tratamendua gaixotasun honetan, haseran heparinaz eta jarraian ahozko antigatzatzailez, honela hilkortasuna %2.5era murrizten delarik. Baina antigatzapena debekaturik dago kirurgia gogorra jasandako gaixoengan eta burmuineko odoljarioa dutenen artean. Bestalde, odoljario larriaren arriskua %5-10ekoa da heparinaz eta %4.1-16.7koa ahozko antigatzatzailez. Portzentaia hauek gehitu egiten dira zaharrengan. 65 urtetik gorakoen artean ahozko antigatzatzaileek eragindako odoljario larriaren arriskua 3.2 aldiz biderkatzen da gazteekin konparatuz. Gainera jakina da adineko gaixoek dituzten zailtasunak hainbat hilabetetan tratamendu antigatzatzailea modu egokian jarraitzeko eta laboratorioko kontrolak behar bezela egiteko.

Odoljario larriaren arriskua dela eta ezinezkoa denean tratamendu antigatzatzailea hastea, edo tratamendua eten egin behar denean konplikazio hemorragikoak sortu direlako, hala nola nahiz eta antigatzatze maila egokia lortuz biriketako enbolia berriak gertatzen direnean, kabaren interrupzio partziala iragazki baten bidez aukera efikaza da birrenboliaren prebentziorako, kontutan izanik enboloen %90 hanketako edo pelbiseko zainetatik datozela.

Azken urteotan iragazki mota ezberdinak erabili ohi dira. Gaur egun, iragazki hauek perkutaneoki ezartzea teknika erraza eta konplikaziorik gabekoa bihurtu da. Ezarri eta gero birrenbolia portzentaia %5ekoa da.

Gure ospitalean azken hiru urte hauetan 24 iragazki ipini ditugu beheko kaban, hauetako gehienak 70 urte baino gehiagoko gaixoengan. Ezartzeko erabilitako teknika eta emaitzak adierazten ditugu, hala nola teknikak berak eragindako konplikazioak, birrenbolia eta kabaren tronbosi osoaren portzentaiak.

Kabako iragazkia ezartzeko indikazio onartuenak hauexek dira: Tratamendu antigatzatzailearen debeku osoa, odoljario larria eta antigatzapen egokiaz gertatutako birrenbolia. Guk uste dugu adinak berak eta erantsitako gaixotasunek tratamendu antigatzatzaileen arriskuak gehitzen dituztenez zaharrengan, kabako iragazkia ezarpena aukerazko tratamendua dela zainetako gaixotasun tronboenbolikoan 75 - 80 urtetik gorako gaixoengan.

GIPUZKOAKO BIZTANLEGOARENGAN GERTATUTAKO MOKORREKO HAUSTUREN AZTERKETA EPIDEMIOLOGIKOA ETA SOZIOEKONOMIKOA

ARRIETA J.; FONTANEDA J.M.;
ESNAOLA P.; USABIAGA J.
Donostiako Arantzazuko Amaren Ospitalea-Traumatologia

Intzidentzia. Mokorreko hausturen intzidentzia bikoizten ari da 5 edo 10 urtero, biztanlegoaren kopurua berdintsu mantendu egin den arren. Gainera, biztanle zaharren hazkundea askoz txikiagoa dela ikusirik, % 12a gutxi gora behera, adin altuaz aparte beste arrazoi batzuren eragina garbi ikusten da, bai osteporosiaren bai erorketen gehitzea, giza-ohituren aldaketen eraginaz.

Patologia honek 75 eta 85 urteren artean du intzidentziarik altuena. Eta emakuneengan gizonengan baino hiru bider maizago ematen da.

Salamancan 31,6 hausturetatik 100.000 biztanleko eta urteko 1980. urtean, 57,6 hausturetara 100.000 biztanleko eta urteko 1985. urtean pasatu zen.

Probabilitatea. Salamancako probintzian 50 urte baino gehiago pertsona batek bere bizitza guztian mokorreko haustura bat sufritzeko duen probabilitatea % 4,74aren inguruan dago emakumeengan (%7,25a) gizonengan baino altuagoa bada ere (%2,21). Estatu Batuetan emakume zuri batek bere bizitzan zehar mokorreko haustura sufritzeko duen probabilitatea %15a da, gizon zuriarena %5a, eta emakume beltz batena %5a.

Aldaketa funtzionala gertatzen da mokorreko haustura sufritzen duten zaharrengan. Funtzionalitate ona dutenen kopurua %71tik %42ra pasatzen da, eta funtzionalitate eskasa dutenen kopurua %29tik %58ra igotzen da. Haustura honek eragiten duen funtzio ezintasun nabarmenagatik gaixo askok etxebizitzaz aldatu behar izaten du. %16tik-30ra giza-instituzioetara, zaharren erresidentzietara eta ospitale psikiatrikoetara bidaliak izaten dira.

Hilkortasuna gaixo hauengan bere adin berekoengan baino altuagoa da. Heriotza tasarik handiena hausturaren ondorengo lehenengo hilabetean ematen da, %10a izanik, lehenengo hiruhilabetekoan %18-20koa da, lehenengo urterdian %22a,%24 lehenengo urtean, eta bostgarren urtetik aurrera bere adin berekoen parean jartzen da heriotza tasa.

Kostuak arazo bihurtzen ari dira azkenengo hamarkadetan, suposatzen duen zama sozioekonomikoagatik, biztanlego ez-produktiboarengan eragiten badu ere. Espainian 1982an 27.100 haustura eman ziren, eta 1984an 31.000; bakoitzaren kostua 500.000 pezeta inguru izanik 31.000 miloietara urreratu zen kostu guztia urte horretan. 1991an haustura bakoitzaren kostua 708.646 pezetakoa izan da. 2000 urtean 1.214.470 pezeta ingurukoa izango da, eta 2050.urtean 3.918.220 pezetakoa izan daiteke.

Traumatologiako oheen indize okupazionala arrazoi honegatik gehituz doa urteak pasa ahala. Salamancan 1983an ospitaleko sarrera traumatologiko guztien %10,52a mokorreko

hausturagatik bazen 1988an %14,23ra igo zen, mende honen amaieran %25,11a izan daiteke, eta 50 urte barru %52a.

Hartu beharreko neurriak hausturen profilaxiarekin hasten dira. Alde batetik osteoporosiaren gutxitzearekin: bizitza fisiko aktiboago bat eginez, eguzkia gehiago hartuz, kirola eginez. Eta bestalde erorketen arriskuaren gutxitzearekin.

Ez da ahaztu behar gizabanako hauen ebaketa-ondorengo zainketarako giza-instituzio berriak sortu beharko direnik.

IZTERRONDOKO ETENAREN KIRURGIA PROGRAMATUA HIRUGARREN ADINEAN. ARRISKU KIRURGIKOAZ IKERKETA KONPARATUA.

LOIZATE A.; PALOMAR M.; TUBIA J.;
PARTEARROYO N.; GIL J.; GALARRAGA I.
Kirurgia Orokorreko Zerbitzua. Mendaroko Ospitalea

SARRERA ETA HELBURUAK

Izterrondoko etena hirugarren adinean ohizko patologia da. Adin horretan kirurgiaren morbi-mortalitatea handiagoa izaten da, eta arrazoi honengatik, patologia honen ebakuntza programatua sahiesteko joera egon da. Patologia hau sendabide medikoz sendatzen ez denez, joera honek luzera arazoak sor ditzake, eta pazientea larrialdi egoeran (urkaketa edo gartzelaratzea) operatu beharra lekarke, horrela ebakuntza arriskuak gehituz. Operatu ezik bizitza kalitatea ere nabarmen eskasagoa da. Anestesia orokorraz at anestesia mota berriak garatu direnean, eta izterrondoko etenaren sendabiderako kirurgia teknika berriak garatu direnean, interesgarria iruditu zaigu 3. adinean patologia honen ebakuntzak duen arriskua ezagutzea. Aztertu diren faktore ezberdinak, paziente gazteagoekin alderatu dira, modu horretan patologia honen aurrean ebakuntza programatua agintzea komenigarria den ala ez ezagutzeko.

MATERIAL ETA METODOA

Deba Beheko eskualdean 1991 urteko abuztutik, 1992 urteko abuzturaino izterrondoko etenagatik operatutako 164 paziente aztertu dira. Hauetatik 71 3. adinekoak ziren (65 urtetik gorakoak), eta beste 93 gazteagoak. Erabilitako anestesia motak, anestesia orokorra edo eskualdekoa izan dira anestesistaren arabera. Teknika kirurgikoen arloan, aipatu ohizko teknikez at, prolenezko mallak modu estandarizatu batez erabiltzen hasi ginela. Adina, sexua, aurre-arrisku faktoreak, anestesia mota, teknika kirurgikoa, ospitale egonaldia eta ebakuntza ondorengo nahasketak aztertu dira. Datuak estatistikoki landu dira, ezberdintasun estatistikoak aztertuz eta horretarako «p» eta «CHI 2» hartu dira oinarritzat.

EMAITZAK

Sexuaren arabera 3. adinekoetan %91,5 gizonezkoak eta gazteagoen artean %79,6 gizonezkoak. Arrisku faktoreen artean arterietako tentsio garaia (ATG), bihotzeko patologia, biriketako patologia, loditasuna eta diabetea hartu dira kontutan. 3. adinekoen artean %53,3k zuen arrisku faktoreren bat, eta gazteagoen artean %33,3k.

Erabili den anestesia mota: 3. adinekoetan anestesia orokorra %26,8 eta eskualdekoa %73,2 , eta gazteagoen artean orokorra %35,5 eta eskualdekoa %64,5. Nahasketa larri bi

egon dira, bat
taldean, bena s

Nagusiet
kasutan (p<o,0

Hirugarr
gero mina (5),

Ospitale
egunekoa.Ezb

ONDORIOA

Emaitza
kirurgia progr
bragero ortope

Hauek e

egon dira, bat 3.adinekoen taldean, miokardioko infarto akutu bat, eta bestea gazteagoen taldean, bena sakonetako tronbosia, baina kasu biak ongi atera ziren. (Hilkortasun tasa %0).

Nagusietan nahasketa arinak %29,6 kasutan gertatu dira, eta gazteagoetan %12,9 kasutan (p<o,05).

Hirugarren adinekoen taldean, nahasketarik arruntena hematoma izan da (8 kasu), gero mina (5), infekzioa (3), gernu infekzioa (2) eta eskrotoko hantura(2).

Ospitale egonaldia 3. adinekoen taldean 4,3 egunekoa izan da eta gazteagoetan 3,1 egunekoa.Ezberdintasun estatistikoki esanguratsua (p<0,001)

ONDORIOAK

Emaitza hauen aurrean, uste dugu 3. adineko pazienteetan izterrondoko etenaren kirurgia programatua kasu guztietan egitea zuzena dela. Horregatik gaur egun ez dago bragero ortopedikoak eta antzerako sostengu sistemak erabiltzeko indikaziorik.

Hauek eta datu gehiago erakutsiko dira komunikazioaren aurkezpenean.

MINIMENTAL STATE-a: ZAHARREN INTELIGENTZI-FUNTZIOEN EGOERA AZTERTZEKO TRESNA ERRAZ BAT

ZUPIRIA X.
Euskal Herriko Unibertsitatea (Doktoregoa)

Ez da arraroa zaharrek dementzia aurrerakorra edo eta depresioa edukitzea. Batzutan depresioa dementzia balitz bezala agertzen da. Bestetan, dementziaren hasieran, animu-egoeraren aldaketak bakarrik nabarmentzen dira. Askotan dementziaz gainera depresioa izaten da. Adineko pertsonek edukitzen duten dementzia gehienetan aurrerakorra da (Alzheimer, multiinfartoa) eta ez dago sendatzerik. Bestalde, depresioa tratatu liteke, horrela bizitza maila hobetuz. Beraz gure lehenengo egin beharra mediku bezala inteligentzi-funtzioen gutxitzea dagoen ala ez aztertzea da.

Horretarako bada hainbat tresna psikometriko espezifiko. Folstein eta laguntzaileek osatutako «Minimental state» eskala, espezifikoa izateaz gainera, erabiltzen erraza da eta ez du behar inolako entrenamendurik. Eskala honetan gehienez hogeitamar puntu lor daitezke: hamar orientazioari dagozkio, sei oroimenari, bost arreta eta kalkuluari eta zortzi hizketari. Egileek adierazten dute kontutan eduki behar direla gaixoaren aurreko giza-ezaugarri eta ikasketak, berezko argitasuna eta eduki dezaken ansietatea. Hogeitamar puntutatik zortzi hizkuntzari dagozkiola eta, zer esanik ez dago hizkuntza ondo ezagutzeak daukan garrantzia. Hizkuntzaren zailtasunari depresioaren gogotxarra eta adintasun falta erantsiz gero, gertatu liteke depresioa duen zahar euskaldun batek eskala honetan emaitza txarra ematea, duen baino inteligentzi funtzioen gutxitze nabarmenago adieraziz eta berez dementzia duela susmatu araziz. Hau dela eta interesgarria da eskala hau euskaratu eta balidatzea. Lehenengo pausu bezala, eskala euskaratua izan da.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Minimental state. A practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189.

Sasideme
agertzen diren
eta ez diagnost
deitu behar ger
DSM-III-Ran

«Sasiden
errepresentatze
puntu bat. Ko
agerarazten d
gaitasuna.(Bul

Sasiment
daude (alterazi
artean sarrien
sindromea, eg

Edozein
(X=55urte) ba

Defizit k
antezedente ps

Diagnost
sasidementzia
tan, adib.) oso
versus irreber
gutxiagoko eb
depresiboa dut

Hala eta
asko dagoela, b
datu biologiko

Diagnost
infartu anitzek
zahartzaroaurr
arazoa zailtzer

ZAHARTZAROKO SASIDEMENTZIA DEPRESIBOAK

ORTIZ A.*; GRIJALVO J.**; MENDEZONA J.I.**;
OTXOA A.*; TOTORIKA K.*;
*EHU-UPV. **Uribe-Kosta Osasun Mentaleko Zentrua

Sasidementzia hitzak erreferentzia egiten die dementzia izan gabe honen antzera agertzen diren koadro medikoei, psikiatrikoei guri dagozkigunean. Izen deskriptibo bat da, eta ez diagnostikoa; agian, «narriadura kognitibo edo depresioetako alterazio kognitiboak» deitu behar genukeena, errakuntzak ekiditeko. ICD-9an izen hau ez da horrela agertzen eta DSM-III-Ran depresio nagusi eta dementzia apartatuetara jo behar dugu.

«Sasidementziak» prozesua baino gehiago, egoera kliniko batzuren bilduma errepresentatzen du, etiologia desberdina duten koadro patologikoetarako konbergentzi puntu bat. Koadro patologiko hauen denominadore amankomuna hauxe da: kognizioa agerarazten duten mekanismoei gaitasuna kentzea edo kognizioa bera narriatzeko gaitasuna.(Bulbena, Berrios, 1986).

Sasimentziazko egoera kliniko gisan zenbait nahaste mental organiko eta neurologikoak daude (alterazio metaboliko endokrinoak, urritasun sindromeak etab.) nahaste mentalen artean sarrien agertzen dena depresioa delarik. Beste zenbait histeria, mania, depribazio sindromea, egoera postraumatikoak, beste neurosi batzu... etab.

Edozein adinetan ager daiteke, nahiz eta adin inbolutibo eta zaharretan agertzen den (X=55urte) batez ere.

Defizit kognitibo eta intelektualak duten sintomatologiarekin elkartutako depresioen antezedente psikiatrikoak predisposizioa duten faktore gisa agertzen dira.

Diagnostiko diferentzial zuzen baten beharra nabaria egiten da zaharrek duten sasidementzia depresiboetan, zeren nihilismo terapeutikoak (antidepresiboei erantzun faltan, adib.) oso diferentzia handia suposa bait dezake (sasidementzien errebertsibilitatea versus irrebertsibilitatea dementzietan). Zenbait ikerketen arabera sei hilabete baino gutxiagoko eboluzioa benetako dementzia bezala agertzen diren %7-24 pazientek koadro depresiboa dute benetan.

Hala eta guztiz ere, jakina da zahartzapen, depresio eta dementziaren artean harreman asko dagoela, baita esandako harremanetan kausalitate edo predisposizioa inplika dezaketen datu biologiko eta estruktural asko ere badirela.

Diagnostiko diferentzialaren unean, dementzia (Alzheimer-ena, arterioesklerotikoa, infartu anitzekoa) eta depresioaren arteko elkarketa nahiko naharoa da (zahartzaroko edo zahartzaroaurreko dementzia, depresio motakoak ICD-9 209.2). Aipatutako elkarketak arazoa zailtzen eta konplikatzen du.

Diagnosirako datu interesgarriak dira:

a) Bere progresioaren hasiera eta arintasuna.

b) Lehenago zer agertzen den, alterazio kognitiboak edo depresioa.

d) Antezedente psikiatrikoak eta depresio antezedente familiarrak.

e) Defizit kognitiboen kexu subjetiboak.

f) Sintomatologiaren aldaketa zirkadianoak.

g) Test psikologikoak (adib. WAIS).

h) Depresio markagailu biologikoak.

i) EEG erregistroa.

j) Burmuineko TAC-a.

Buruhilke
jokabidearen p
uste dute heldu
liratekela.

Zaharrek
errepidera bota

Orokorre
dago emakume
gutxiago agertu

Alargunt
dituzte alargu
bakardadeagati
halaber, ezkon
pertsona hauek

Egoera
eragindako he
goraka egiten

Era bere
baino.

Buruhilketare

Gaixotas
depresioa da s
harremana eza
burua.

Alkoholismoa

Buruhilk
populazio orok

Eraberea
Buruhilketa, ka

BURUHILKETAZKO JOKABIDEAK ZAHARTZAROAN

VILLASANA A.; ORTIZ A.;
URKIOLA M.; OTXOA A.
EHU-UPV

Buruhilketa saialdiak zahartzaroan serioak dira orokorki, eta normalean buruhilketazko jokabidearen porrotak, sarritan aurrikusigabeko zirkunstantzietan du jatorria. Autore askok uste dute helduengan gertatutako buruhilketa saialdi gehienak hutsegindakotzat jo beharko liratekela.

Zaharrek metodo bortitzagoak erabiltzen dituzte: urkatzea, amiltzea, burua trenera edo errepidera botatzea etab.

Orokorrean, gizonezkoen taldean, metodo bortitzagoak erabiltzeko joera haundiagoa dago emakumezkoenean baino. Horrela, buruhilketa saialdi batetan salbatzeko probabilitate gutxiago agertuz.

Alarguntasunak eta dibortzioak, buruhilketarako arrisku altua duten taldeetan jartzen dituzte alargunak eta dibortziatuak, ez bakarrik bikotekidearen galerak sortutako bakardadeagatik, baizik eta erruduntasun eta porrot-sentimenduagatik ere. Ezaguna da, halaber, ezkontzak babesle gisa buruhilketetan egiten duen funtzioa. Areago oraindik pertsona hauek sozializaturik agertzen direnean.

Egoera ekonomikoari dagokionez, 60 urtetik gorako pertsonengan, buruhilketak eragindako heriotzak gutxituz doaz maila sozioekonomiko altuetan, baxuenetan, berriz, goraka egiten dutelarik.

Era berean, buruhilketa arrisku handiagoa aurkitu da hirialdeetan baserrialdeetan baino.

Buruhilketarekin erlazionatutako gaixotasunak

Gaixotasun mentalen artean, zahartzaroan buruhilketak eragindako heriotzarekin depresioa da sarrien elkartzen den faktorea. Hale ere, depresioa eta buruhilketaren arteko harremana ezaguna izan arren, zahar deprimituen taldean, %5ek bakarrik hiltzen dute beren burua.

Alkoholismoa

Buruhilketek eragindako heriotz arriskua hamar bider handiagoa da alkoholikoengan populazio orokorrean baino.

Eraberean, gaixotasun fisiko portzentai altuak aurkitu dira atso-agure suizidengan. Buruhilketa, kasuotan, estres sakona eta dependentzia ekiditeko aukera bat izan daitekeelarik.

Zergatik hiltzen dute beren burua pertsona zaharrek?

Oinarrizko arrazoia buruhilketa gehienetan eta edozein adinetarako, pertsonarentzat jasangaitz gertatzen den egoera bati bukaera emateko desira da.

Hauexek dira zahartzaroko buruhilketazko jokabideetan arrazoirik nabarmenenak:

1.– Gaixotasun organiko kronikoak.

2.– Bikotekidearen heriotza.

3.– Instituzionalizazio edo dependentzia.

4.– Jubilazioa edo gizartean zuten jarrera aktiboaren bukaera.

5.– Alterazio psikologiko edo/eta psikiatriko serioak.

6.– Alkoholismoa eta drogomenpetasuna.

7.– Bikote-erlazio edo erlazio sozial nahasiak.

BU

Buruhilket
batez ere herri
heinean.

Mota hon
konsideratzen da
da. Honek, bizitz
Are gehiago, no
bere inboluzioa

Sarritan er
askotan indepen
eta melankolia e

Ez da arrar
desira bultzatu e

Ikerketa h
Bilboko Anator
pertsonek, 90 gi
erabiliz. Hauetat

Gizon/ema
65 urtetik gorak
1ekoa.

Urte honet
horietatik, %59
beherakoentzat

Erabilitak
itotzeak jarraitze
guztira %7,14a
zituzten: amiltze

Buruhilket
gehienak ezkon
gabeko ezkondu
zirenek eta azke

BURUHILKETAN PARTE HARTZEN DUTEN FAKTOREAK : BIZKAIAN 1992 an

URKIOLA M.* ; ORTIZ A.*; PORTERO G.**;
OTXOA A.*; VILLASANA A.*;
*EHU-UPV **Bilboko Institutu Anatomiko Forensea

Buruhilketaren arazoak adineko pertsonengan gero eta interes haundiagokoak dira, batez ere herri industrializatuetan, adin honetako taldearen bizi-itxaropena gora doan heinean.

Mota honetako gizarteetan, 65 urte betetzen direnean zahartzaroan sartzen dela konsideratzen da, batez ere besteen menpe lan egiten duten horientzat jubilazioa garaia iritsi da. Honek, bizitza osoan zehar burutu duten zereginarekin bapateko etendura suposatzen du. Are gehiago, norberak bizitzaren une honetan bere gorputzaren aldaketa azkarra jasaten du, bere inboluzioaz jabetzen hasten delarik.

Sarritan ere, gaixotasun endekagarri kroniko eta baliogabeerazleak azaltzen dira, kasu askotan independentziaren galera, bakardadea, inpotentzia, desbabesa, autoestima galera eta melankolia eragiten dituztenak.

Ez da arraroa zirkunstantzia guzti hauek une batetan norbere existentziarekin bukatzeko desira bultzatu eta eragitea.

Ikerketa honetan erabilitako datuak Bizkaiako Lan Tanatologikoa bateratuta daukan Bilboko Anatomiko Forenseko Erregistrotik hartuta daude. Bizkaian 1992 urtean, 121 pertsonek, 90 gizonezkok eta 31 emakumezkok, hil zuten beren burua, metodo desberdinak erabiliz.Hauetatik, 42 pertsona 65 urtez gorakoak ziren, 25 gizonezko eta 17 emakumezko.

Gizon/emakumezko erlazioa 2,93/1ekoa izan zen, adin guztietakoak kontutan harturik; 65 urtetik gorakoentzat erlazioa 1,48/1ekoa izan zen eta 65 urtetik beherakoentzat 4,64/ 1ekoa.

Urte honetako buruhilketa kasu guztietatik, %34,71a 65 urtetik gorakoek osatzen dute; horietatik, %59,52a gizonezkoak eta %49,48a emakumezkoak. Hala ere, 65 urtetik beherakoentzat %82,27a gizonezkoak izan ziren eta %17,73a emakumezkoak.

Erabilitako metodoei dagokienez sarrien erabilitakoa amiltzea zen %53,38az, urpeko itotzeak jarraitzen diolarik, %26,19az; gero urkatzea, toxikapena eta trenak aurretik eramatea, guztira %7,14a betetzen dutelarik. Gizonezkoek frekuentzi ordenean hauexek erabili zituzten: amiltzea, urpeko itotzea, urkatzea eta trenak aurretik eramatea.

Buruhilketa ekintza unean zeukaten egoera zibila eta kontzientziari dagokionez, gehienak ezkonduta zeuden eta seme-alabekin bizi ziren; gero alargunak eta sema-alabarik gabeko ezkonduak edo beste senitartekoekin bizi zirenak; jarraian erakunde batetan bizi zirenek eta azkenik bakarrik bizi zen emakume bat.

Historial mediku-psikiatriko ezagunik ez zutenak 16 izan ziren, 8 emakumezko eta 8 gizonezko. Historiala zutenak berriz, 26 izan ziren, 10 emakumezko eta 16 gizonezko. Horietatik:

– diagnostiko eta tratamendua, 7 emakumezkok eta 16 gizonezkok izan zuten.

– erakunde psikiatrikoan ingresoa izan zutenak, 2 emakumezko eta 4 gizonezko izan zen, kasu batzuetan ingreso bat baino gehiago zutelarik.

– aurreko buruhilketa saialdiak izan zutenak 3 emakumezko eta 3 gizonezko izan ziren.

– 3 emakumezkok eta 5 gizonezkok gaixotasun kroniko izan zuten.

– eta, ez zegoen drogazaletasun zein alkoholismo kasurik batere.

K

Buruhilke
gutxikoak ditug
drastiko bat har

Pertsona g
arrazoiak eta
objetibagaitzak
bezalaxe.

Lan hau,
egindako ikerk
kasuak kontuta
100.000 biztanl

Kasu kop
Guztira 117. Ka
zor diegularik.
pertsonengan n

Gizon-em
emakumezko b

Buruhilke
100.000 biztanl

Aukeratu
eta urpeko itotz
amiltzea delaril

– Amiltze
– Urkatze
– Medika
emakumezko.
– Trenak
– Suharm
– Harma

Sexuz se
urkatzea, urpek
Emakumezkoe
harma zuria, su

BURUHILKETA ZAHARTZAROAN: KASU KOPURUAK BIZKAIAN 1990-91.ETA 92.URTEETAN

ORTIZ A.*; URKIOLA M.*; ALCARAZ R.**;
VILLASANA A.*
*EHU-UPV **Bilboko Institutu Anatomiko Forensea

Buruhilketa jokabidea ulertzen lagundu diguten hainbat ikerketa izanik ere, balio gutxikoak ditugu pertsona bat edo bestek bere bizitzako une berezi batetan irtenbide hain drastiko bat hartuko duen ala ez aurresateko.

Pertsona guzti hauek amankomunean daukatena heriotza aukeratu dutela da, bakoitzaren arrazoiak eta aukeratutako metodoa oso desberdinak direlarik. Arrazoi hauek oso objetibagaitzak dira, urte batetik bestera buruhilketen kopurua aldarazten duten bariableak bezalaxe.

Lan hau, 65 urtetik gorakoengan buruhilketak eragindako heriotzen eboluzioaz egindako ikerketei aportazio bat da, 1990, 1991 eta 1992 urteetan gertatutako heriotza kasuak kontutan hartuta. Datuok Bilboko Institutu Anatomiko Forenseak hartu ditu; 100.000 biztanleko tasen kalkulurako Euskal Urtekari Estatistikoa erabili dugularik.

Kasu kopurua, sexu biak hartuta, 1990ean 35 izan ziren; 1991an 40 eta 1992an 42. Guztira 117. Kasuen kopurua goraka doa azken hiru urte hauetan, gorakada hau sexu biei zor diegularik. Hiru urteotan buruhilketen kopurua 65 urteetatik 74 urteetara arteko pertsonengan nagusiago dela eta ikusten da baita ere, gizonezkoen kasuan batik bat.

Gizon-emakumezko erlazioa, hiru urteak batera hartuta, 1,54 gizonezko izan zen emakumezko bakoitzeko; 65 urtetik beherakoentzat erlazio hau 3,76/1ekoa izan zelarik.

Buruhilketak eragindako heriotzen tasei dagokienez, 1990ean 65 urtetik gorako 100.000 biztanleko 29,14a izan zen; 1991an 33,31a eta 1992an 34,94a.

Aukeratutako metodoak, 1990 eta 1991, urteetan, lehenengo amiltzea gero urkapena eta urpeko itotzea izan ziren. 1992.ean aldaketa txiki bat ikusten da, sexu bietan erabiliena amiltzea delarik, bigarrena urpeko itotzea eta hirugarrena urkatzea. Hiru urteetan, beraz:

– Amiltzea, 61 kasu; 29 gizonezko eta 32 emakumezko.
– Urkatzea, 22 kasu; 19 gizonezko eta 3 emakumezko.
– Medikagai edo kaustikoek eragindako toxikapena, 4 kasu; gizonezko bat eta 3 emakumezko.
– Trenak aurretik eramatea, 7 kasu; 5 gizonezko eta 2 emakumezko.
– Suharmaz, 3 gizonezko.
– Harma zuriz, 2 kasu, gizonezko bat eta emakumezko bat.

Sexuz sexu, gizonezkoek hauek izan zituzten nahiago, ordenean jarrita: amiltzea, urkatzea, urpeko itotzea, trenak aurretik eramatea, suharma, harma zuria eta toxikapena. Emakumezkoek: urpeko itotzea, toxikapena eta urkatzea, trenak aurretik eramatea eta harma zuria, suharma kasu bat ere ez dagoelarik.

BURUHILKETA JOKAEREN PREBENTZIORAKO PROPOSAMEN BAT

VILLASANA A.; URKIOLA M.; ORTIZ A.; OTXOA A.
EHU-UPV

Lehen mailako prebentzioak, mementurarte buruhilketa joerako sintoma edo/eta signorik agertzen ez duen pertsona taldeari zuzenduta dauden neurriekin zerikusia du. Maila honetako prebentzioa, noski, eraginkorrena litzateke, baina praktikara eramateko zailena, bestalde.

Bigarren mailako prebentzioak edo *interbentzioak* krisialdietango interbentzio estrategiak erabiltzen ditu.Krisialdietango Interbentziorako Zentruak, Buruhilketaren Prebentziorako Zentruak, 24 ordutako Telefonoak (Hot-Line-ak, Itxaropeneko telefonoak...), Psikiatriko Instituzio edo Ospital Orokorretako Urgentziatako Zerbitzuak etab.

Hirugarren mailako interbentzioa edo *postbentzioa* gertaeraren ondorengo ekintzei deritzegu. Bai buruhilketaz hil, zein buruhilketazko saialdi bat jasan dutenen bizirik diharduten senitarte, ahaide eta ingurukoei prestatu beharrezko laguntza da. Halaber, hemen kokatuko genituzke osasun arloko langileei zuzendutako programa bereziak, gaixoren bat buruhilketaz hiltzen zaienean.

Programak eta instrumentuak

1.– Buruhilketaren Prebentziorako Zentruak.
2.– Buruhilketa saialdiengatik ospitalean tratatutako gaixoen zaintza-osteko programa.

Azken 30 urteotan asko nagusitu da, buruhilketa saioak direla eta, ospitalean ingresatu edo tratatu egiten diren gaixoen kopurua. Atenditutako paziente guztien %20-40ak aurreko saialdiak izan dituztela estimatzen da, errepikatze joera bat ikusten dugularik. Errepikatzeko joera haundiagoa da ospitaletik atera ta hurrengo lehen hilabeteetan; gutxi gora behera, % 10ak saialdi berri bat burutuko du lehenengo hiru hilabeteetan eta %15ak urte osoan zehar. Orohar, 10-15 urtetako jarraipen luzeetan kopurua %30-40ra heltzen da. Edonola ere, aurreko saialdiak izan dituzten pertsona haiek etorkizunean buruhilketaz hiltzeko arrisku haundiko taldea osatzen dute, arriskua biztanlego orokorrean baino 50-100 bider haundiagoa delarik.

3.– Krisialdietango tratamenduak.
4.– Epe luzeagorako tratamenduak.

Lehendabizi pazienteak agertzen duen arazo psikiatriko, psikologiko eta soziala txikiagotu edo irtenbideratzen saiatu behar dute. Bigarren, etorkizunean gerta daitezkeen

krisiak aurrikus
bizitzako arazo

Nahiz eta
prebentziorako
Nazioarteko El
gia nazionalak

1.a Buruh
psikosozial alde

2.a Atentz

3.a Profes
eta osasun infor

4.a Arrisk

krisiak aurrikusteko, irtenbide eta estrategia alternatiboak aurkitu behar dituzte, hau da, bizitzako arazoei aurre egiteko modua aldatzen saiatu.

Nahiz eta honako arazo bati irtenbiderik ematea zaila izan eta oraindik buruhilketen prebentziorako programen sorkuntzan gauden, BPNE-ak (Buruhilketaren Prebentziorako Nazioarteko Elkarteak) eta M.O.E.-ak zahartzaroko buruhilketaren prebentziorako estrategia nazionalak garatu dituzte:

1.a Buruhilketa jokaeren inguruko ikerketak eragitea, epidemiologiko, biokimiko eta psikosozial aldetik.

2.a Atentzio klinikorako programa eta zerbitzuen diseinua.

3.a Profesional eta erakunde zein populazio orokorrarentzako buruhilketaren prebentzio eta osasun informazio orokorra.

4.a Arrisku handia duten taldeetan iharduteko estrategia edo tekniken formulazioa.

HIRUROGEI URTE BAINO GEHIAGO ETA GUTXIAGOKOEN ARTEKO AZTERKETA GONBARATIBOA ERIAUTO IRTENALDIETAN (90/91/92).

GARRIDO M. A.; RIANCHO G.; ASTOBIZA G.;
OLEAGORDIA A.
Bilbo Udaleko Eriauto Zerbitzua

SARRERA

Bilbo Udaleko Eriauto Zerbitzua 1.917. urtean sortu zen.Harrezkero Gizartearen beharrei erantzun die, garai bakoitzeko aurrerapen teknikoez baliaturik. Gaur egun, Sanital Garraio Lagungarria egiten du Eriauto Medikalizatuez.

LANGAI/GAILUAK ETA AZTERBIDEA: Bi talderen arteko azterketa gonbaratiboa egin da (A:>60; B:<60 urte) ondorengo parametro hauek ikertuz: deia, lekualdatze, eritegi sarrera eta patologiak. Burututako eriauto irtenaldien xehetasunak IBM S-36 ordenagailu baten barneraturik daude, eta QUERY erabidearen bitartez aztertuak izan dira (9.271 guztira).

EMAITZAK

Lagunduriko 7.066 (%76) pertsonetatik 1.711k 60 urte baino gehiago zuten, Eritegitara eraman izan direnen ehuneko honenbestea antzekoa da bi taldeetan (A: %74; B: %73), gehienetan Basurto Eritetxean sartuak izan direlarik (A: %88; B: %92).

Ezgarraioren zioak berriz, hauexek izan dira: laguntza «in situ» (A: %78; B: %90), heriotza (A: %16; B: %5) eta beste batzu (A: %6; B: %5).

Alboko taulean «A» eta «B» taldeetan aurkitutako patologien ehuenko honenbesteen kenketarako konfidantzazko baloreartekoa ematen da.

«A» taldean, haustura (%21), konorte galera (%52), sorreria (%27) eta alkoholak (%73) nahiz keak (%24) eragindako toxikapenen portzentaia handia aurkitu dugu. «B» taldean ostera, droga neurrigabekeria (%45), konbulsio krisialdiak (%35), politraumatismoak eta buruhezur-garuneko traumatismoak nabarmendu dira.

EZTABAIDA

«A» taldeak %24an erabili du gure Zerbitzua, Bilbo hiriko biztanlegotik %18,2 bada ere.

Bi taldeetan, garraiatu eta ezgarraiatuen arteko erlazioa antzekoa izan arren, alde handia aurkitu dugu ezgarraioren zioa exitus izan denean.

Oso esanguratsu deritzogu «A» taldean, Nerbio Sistema Zentrala, Bihotz-Ibilbide, Arnas Aparatoa eta Sabeleko gaitzen portzentaiari. Halaber, Traumatismo, Toxikapen, eta Psikiatriko gaitzak adierazgarritat jo ditugu «B» taldean.

Arduragarriak dira Zahartzaroko hezur hausturak (batez ere aldaka hausturaren %37a), Sorreria eta Alkoholak nahiz Keak sortutako Toxikapenak.

	B TALDEA	A TALDEA
TRAUMA	0.61974	0.22367
ARNAS APARATUA	–0.05804	–0.03202
BIHOTZ-IBILBIDEA	–0.13143	–0.09380
SABELEKO GAITZAK	–0.03970	–0.01592
TOXIKAPENA	0.08538	0.11588
PSIKIATRIKOAK	0.01336	0.03158
NERBIO SIST. ZENTR.	–0.15841	–0.11646
BESTEAK	–0.00779	0.01398

K.: %95

PERTSONA ZAHARRAREN OINARRIZKO BALIOZTAPENA

AIZPURU M.; GORROÑOGOITIA A.; SANTESTEBAN M.;
GOROSTIZA J.; OLASKOAGA.
Errekaldeberriko Osasun Zentrua

ZIOA. Galera funtzionalaren goiz ezagutzea zaharrenganako interbentzioaren alde garrantzitsuenetariko bat da, lehen mailako atentzioan.

ASMOA. Bere eguneroko ihardunean, Osasun Zentroko mediku eta erizainek balorazio geriatrikoa erabiltzen duten ezagutzea.

HELBURUAK. 1) 75 urte edo gehiago dutenen historietan balioztapen funtzionaleko datoak aztertzen diren ezagutzea.

2) Erregistro hau egon ezean, mediku-erizainek pazienteon ahalmen funtzionala ezagutzen duten aztertzea.

METODOA. Estudio deskriptiboa

Ikerketa populazioa: Errekaldeko Osasun Zentroko 7 kupotan, 75 urte edo gehiago duten pertsonek (1991en).

Muestra: 249 gizaki (83 gizonezkoak, 166 andrezkoak)

Informazio iturria: Historia klinikoa, kupoetako mediku eta erizainei eginiko inkesta.

EMAITZAK. Histori klinikoaren ohizko datuetan agertzen da erregistro-portzentai handiena:

– Aurretiko patologia (%95)

– Ohiturak (alkohola %55 eta tabakoa %51)

Aztertutako gainontzekoak (bizikideak, entzumena, ikusmena, mugikortasuna, egoera psikikoa, kontinentzia, eguneroko eginbeharratarako ahalmena), kasuotako herenean erregistratzen dira, gutxi gorabehera.

Bestaldetik, ikertutako aldagaiei buruz mediku-erizainek duten ezagupena %75-89 bitartean kokatzen da.

ONDORIOAK. Oinarrizko balioztapen geriatrikoko datoak ez dira ohituraz jasotzen historia klinikoetan.

Hala eta guztiz ere, balorazio horren ezaugarri gehienak ezagunak dira, pazienteon mediku-erizainentzat.

A

Iruñako Al
74), talde honen
kasu askotan etx

Egoera ho
osasun laguntza

Komunika
arazoak azaldu

1989an 20

Osasun ar

– Zahartza

– Psikikok

– Kasu ge

Urtean et
osasun taldeko

Etxeetarak
iristen.

Kalitate o
koordinatua iza
antolatzea.

Zailtasuna
orduan.

Egitarau

ALDE ZAHARREKO OSASUN ZENTRUAK ETXEETARA ESKEINTZEN DUEN OSASUN-LAGUNTZA EGITARAUA: HIRU URTETAKO ESPERIENTZIA

ALVAREZ M.I.; EDERRA M.; EGURZA I.;
JIMENEZ M.; LASAGA CH. OTERMIN L.
Iruñako Alde Zaharreko Osasun-Zentrua

Iruñako Alde Zaharreko zonaldean, 65 urtetik gorako pertsona aunitz bizi dira (%24-74), talde honen egoera sozio-ekonomiko eta kulturala behe mailakoa da eta horretaz aparte kasu askotan etxebizitzak ez dute betetzen baldintza egokirik.

Egoera horren aurrean, Alde Zaharreko osasun taldeak, 1989ko otsailean etxeetara osasun laguntza egitaratua eskeintzeari lehentasuna eman zion.

Komunikazio honen bidez hiru urte hauetan lortu diren ondorioak eta agertu diren arazoak azaldu nahi dira.

1989an 201 pertsona atendituak izan ziren, 1990an berriz hori %12,5 igo zen.

Osasun arazo garrantzitsuenak berriz hauek izan ziren:

– Zahartzaroa % 27.

– Psikikoki nahasketak % 31.

– Kasu gehienetan polipatologiak.

Urtean eta pertsona bakoitzeko bataz besteko 7 ikustaldi, aurrez egitarauak egin ditu osasun taldeko langileak.

Etxeetarako deialdiak berriz, pertsona bakoitzeko urtean behin izatera ere ez dira iristen.

Kalitate oneko laguntza emateko beharrezkoa da profesional desberdinen arteko lana koordinatua izatea eta osasun eta gizarte zerbitzuen arteko elkarlaguntza sistematikoki antolatzea.

Zailtasunak izan dira Osasun Heziketarako ekintzak egiteko eta ondoren neurtzeko orduan.

Egitarau hau martxan ezartzea ona izan da Alde Zaharreko Osasun Taldearen iritziz.

65 URTE BAINO GEHIAGOKOEN ARTEAN SARRIEN EMATEN DIREN HAMABOST PATOLOGIEK SORTERAZTEN DUTEN BATEZBESTEKO OSPITAL EGONALDIAREN AZTERKETA

ELEXPE X.; ALDASORO E.; LETONA J.
Sanital Asistentziarako Zuzendaritza Osakidetza

HELBURUA

65 urte baino gehiago dutenen kopurua gero eta handiago bihurtzen ari da; egoera honek sekulako ardurak sortu ditu, pentsatzen bait da petsona-multzo honengan gertatzen diren gaixotasunek sarriago gertatzeaz gain, ospital egonaldi luzeagoak ondorioztatzean, sanital gastuaren igokada dexentea suposatu dezaketela. Ikerketa honek, 65 urte baino gehiagokoen artean sarrien gertatzen diren hamabost patologien batezbesteko ospital egonaldiak baloratzeaz gain, gonbaratu egiten ditu gaixotasun berberek 65 urte baino gutxiagokoengan duten batezbesteko ospital egonaldiekin, baieztatzeko gaixotasun horiei dagokielarik, zahartzaroan dauden gaixoek benetan batezbesteko ospital egonaldi luzeagoak eta, beraz, sanital gastu handiagoa suposatzen duten ala ez.

MATERIAL ETA METODOAK

Azterketarako P.M.C. («PATIENT MENAGEMENT CATEGORIES») delako gaixoen sailkapenerako case-mix sistema erabili zen, zeina hurrengo ospitale hauetako altaldietara aplikatua izan bait zen: Gurutzeta, San Eloy, Galdakao, Bidasoa eta Gipuzkoa. Altaldiak, 1992.eko lehen seihilabetekoari zegozkion.

Zehaztuezinezko P.M.C.-ak ezabatuak izan ziren azterketarako, eta 100 altaldi baino gehiagok zuten P.M.C.-ak hogeitahiru izan arren, azkenean lehen hamabostak soilik aukeratu ziren analisia burutzeko. Aipatu bezala, hamabost patologia hauetariko bakoitzeko, 65 urte baino gehiagokoen batezbesteko ospital egonaldia, 65 urte baino gutxiagokoenarekin gonbaratu zen.

Metodo estatistikoari dagokionez, batezbesteko egonaldiak banaketa normala erakutsi zueneko kategorietarako Student-en T-a proba erabili zen, eta banaketa hori segitzen ez zuten kategorien kasuan, Mann-Whitney-en U-a.

EMAITZAK

Zehaztuezinezko P.M.C.-ak kendu ondoren, aipaturiko bost ospitaleetatik 11452 altaldi prozesatu ziren. Sarrien gertatu ziren hamabost P.M.C.-ak 4930 altaldiei zegozkien, hau da, %43ko portzentaia akumulatua suposatzen zuten.

65 urte baino gehiagokoen batezbesteko ospital egonaldia luzeagoa izan zen (hots, estatistikoki adierazgarri suertatu zen) ondorengo kategorietan: Bronkitis kronikoa/Asmena, Kardiomiopatia/Gaixotasun Hipertentsiboa, Angina Egonkorra, Neumonia Bakterianoa, Arritmia Kardiakoa, Bronkitis Akutua eta Gaixotasun Baskularra.

Bi adin-taldeen arteko aldea ez zen estatistikoki adierazgarri gertatu hurrengo P.M.C.-etan: Katarata, Enbolia Kardiobaskularra, Cor Pulmonale, Hipertrofia Prostatikoa, Birika Ezaskitasun Akutua eta Femurraren Haustura.

Aldiz «Bestelako artritisak» eta «Eten abdominal birjarrigarria» direla eta izandako altaldietan zahartzaroan ez zeudenen batezbesteko ospital egonaldia luzeagoa izan zen.

GRIPEAREN AURKAKO TXERTAKETA MAILAN DIFERENTZIAK 64 URTE BAINO GEHIAGOKO GIZON ETA EMAKUMEEN ARTEAN

MUNIOZGUREN N.; FRAILE B.; ALONSO E.;
BIDAURRAZAGA J.; CASTELLS C.; GOIRI MD.
Bizkaiako Osasun Sailaren Lurralde Ordezkaritza

1989tik aurrera gripearen aurkako txertaketak irailan eta urrian kanpaina modura egin ohi dira. Txertoa (konposaketa Munduko Osasun Erakundeak urtero gomendatzen duena) beste zenbait taldeez gain 64 urte baino nagusiagoak direnei, nahiz eta beste arrisku berezirik adierazi ez (Biriken Eragozpen Kronikoaren Eritasuna, kardiopatia,...) zuzentzen da. Urtero 64 urte baino nagusiago den populazioaren gutxieneko txertaketa maila adierazten duen helburu operatibo bat finkatu egiten da.

Helburu hauek lortu egin dira adin talde honetan 1989az geroztik, txertaketa mailak %60.5 (73222 dosi) 1989an; %67.3 (82954 dosi) 1990ean; %72,8 (88085 dosi) 1991ean; eta %58,2 (89698 dosi) 1992an izan direlarik. 1992an ikusten den jaitsiera erabilitako zenbakitzaileen aldaketaren menpe da (1988ko Udaletako indikadoreak 1989, 1990 eta 1991rako; 1991eko Populazio Zentsua 1992rako), halan da guzti emandako dosien kopurua absolutoa igo egin da.

Helburuen lorpen honek, halere, gertakari garrantzitsu bat eztaltzen du: 64 urte baino gehiagoko emakumeengan lortutako txertaketa maila gizonengan lortutakoa baino sistematikoki txikiagoak dira.

Hauek dira txertaketa mailak:

	GUZTIRA	GIZONAK	EMAKUMEAK
1989*	%60.50	%70.20	%58.10
1990*	%67.30	%76.60	%64.30
1991*	%72.80	%82.00	%67.90
1992**	%58.20	%62.50	%55.30

* Oinarrizko populazioa: 1988ko Udaletako indikadoreak
** Oinarrizko Populazioa: 1991eko Zentsua

Sexuen arteko diferentzia hau adierazgarria da. %4tik %12ra igo delarik lau urte hauetan.

Ez dakigu zehazki zeintzuk diren 64 urte baino gehiagoko emakumeen arrazoiak gizonak baino gutxiago gripearen aurka txertatzera osasun asistentziara joateko. Egoera hau azaltzeko zenbait hipotesi daude:

1.– Oroko
lehen mailako a

2.– Zerbit
erabili.

3.– Aurre
mailako asisten

4.– Nahiz
artean nolabaite
gora eta gaine
gizonezkoetan.

1.– Orokorrean, 64 urte baino gehiagoko emakumeak, gizonak baino gutxiago doaz lehen mailako asistentziara.

2.– Zerbitzu prebentiboak gutxiago erabiltzen dute, nahiz eta beste zerbitzuak gehiago erabili.

3.– Aurreko 1 eta 2 puntuetan emandako arrazoiak kultur edo sozialak dira, lehen mailako asistentziarekiko urrun egotea barne.

4.– Nahiz eta kanpaina bera sexu bietara era berdintsu batean zuzendu, osasungileen artean nolabaiteko joera legoke gripearen aurkako txertaketaz informatzeko batez ere 64tik gora eta gainera arriskuko patologia dutenei, eta honelakoak, gehiago ematen dira gizonezkoetan.

INSTITUZIOETAN DAUDEN ZAHARREKIN ERLAJAZIOAREN TREBATZEKO PROGRAMA

LETURIA ARRAZOLA F.J.; YANGUAS LEZAUN J.J.;
ARAGON CORTAZAR I.
Gipuzkoako Foru Diputazioaren Eibarko Nagusien Egoitza

Gipuzkoako Foru Diputazioaren Eibarko Jubilatu eta Pentsionisten Egoitza-Etxean dauden zaharrekin aplikatutako erlajazioa trebatzeko programa azaltzen dugu.

Programa honenbidez ansiedadea, fobia eta gaitz hauekin zerikusirik duten arazoak tratatzen ditugu psikologiaren ikuspegitik. Egoitzan bertan egoteak, estresa sortarazten du eta bertako zaharren aktibitate fisiologiko eta jokaera-ekintzak gutxitu egiten dira.

Taldea 60-81 urte bitarteko 20 lagunek osatzen dute. Batzuk preskripzio psikologikoz eta beste batzuk, eskeintza irekia egin ondoren haien borondatez daude programan.

Aplikatzen dugun *metodoa* Jacobson-en «erlajazio progresiboa» da eta honetan aritzeko lehenengo gorputz atalen topografia eta perzepzioaren psikomotrizidade eta jokaera aldaketa teknikak erabili genituen.

Ebaluazioa maila desberdinetan egin dugu:

1) Ansiedadea eta bizitzarekiko satisfakzio maila neurtu genuen tratamendua hasi baino lehen (91ko Irailan), lehenengo ikasturtea bukatutakoan (92ko Uztailan) eta 2. trebatze aldian hasi ginenean (92ko Irailan). Erabili genituen testak honako hauek izan ziren: Cautela-ren testa, BARS, Lawton-en satisfakzioaren testa.

2) Erlajazioaren sentsazioa saioak bukatuta norberak erregistratzen zuen, bestetik galdetegi bat prestatu eta programak iraun zuen bitartean hiru aldiz egin genuen.

Emaitzak, batezbesteko puntuazioak:

1) Cautelan: 91ko irailan: 4,8; 92.ko uztailan:5; 92ko irailan: 4,91.

2) BARS: 16,8-14,6.

3) Lawton: 7,9-8,9-9,29. Norberaren erregistroan 6,5/10-7,8/10.

Talde mailako galdetegiak partizipazio eta taldearekiko, eta programari buruzko espektatibak bete zirela baita erlajazioaren trebatzea lortu zela erakusten du.

Ondorioak: Tratamendu honen bidez gorputzaren kontrola lortu eta ansiedadearen sintoma fisiologikoak eta jokaera problemak gutxitu egiten dira, baita bizi poza haundiagotu ere. Horregatik programa hau egokia eta gomendagarria da instituzioetan bizi izanik ansiedade arazoak dituzten zaharrei aplikatzeko.

«ALD

Gipuzkoako
baterako egonaldi
eta Etxean martx
zuten Gipuzkoak
ondoren, kontutar

«Aldi batera

1) Programa
duen egoera hobe

2) Zaharrek

Aldi baterak
ezaugarri hauek
narriadura kognit

Ebaluaketa
programa bukatu
egitaratu baten bi
adimen funtzioak
eskala; BRS porta

Frogen ema

1) Orientabi
pertsona nahiz obj
duten arazoak tra

2) Terapia
ahalmen eta trebet
lortu nahi du.

3) Musika
erabili zen alde b

4) Ludoteka

Zeharo pun
txarrenak ematen
eta emaitzek diote
ebaluaketan.

«ALDI BATERAKO EGONALDIAK» IZENEKO PROGRAMEN AZTERKETA

YANGUAS LEZAUN J.J.; LETURIA ARRAZOLA F.J.;
GUTIERREZ EIZAGIRRE B.; MARTIN IRIGOIEN I.
Gipuzkoako Foru Diputazioaren Eibarko Nagusien Egoitza

Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzu Departamentutik sortu zen «Aldi baterako egonaldiak» Programa. Programa hau Eibarko Jubilatu eta Pentsionisten Egoitza eta Etxean martxan jarri zen 30 pertsonentzat. Programak, senideen artean zaharren bat zuten Gipuzkoako familiei lagundu nahi zien. Behin behineko zenbait arazo konpondu ondoren, kontutan hartu behar da familia izango dela zahar honekin arduratuko dena.

«Aldi baterako egonaldiak» zituen helburu nagusietatik bi hauek aipa genitzake:

1) Programak zaharrengan eduki zitzakeen ondorio kaltegarriak konpondu eta zaharrak duen egoera hobetzea,

2) Zaharrek haien etxeetan ez duten atentzio integral bat izatea.

Aldi baterako egonaldi hauetan parte hartu zuten zaharrek ondoren aipatuko ditugun ezaugarri hauek zeuzkaten: batezbesteko adina: 82,4 urte; %43,9 elbarrituak, %34,4ek narriadura kognitiboak zituzten; %48,6 inkontinenteak,...

Ebaluaketa bi momentu desberdinetan egin genuen: programa hasi bezain pronto eta programa bukatu baino lehen. Ebaluaketa hau ondorengo frogetan oinarritutako elkarrizketa egitaratu baten bidez egin genuen: SPMSQ(Short Portable Mental Scheme Questionary) adimen funtzioak neurtzeko; GDS(Geriatric Depression Scale); HOLDEN komunikazio eskala; BRS portaera eskala eta LAWTON Scale, satisfakzio maila neurtzeko.

Frogen emaitzak ikusita, tratamendu bat diseinatu zen, teknika hauen oinarri gisa:

1) Orientabide errealitatea (OE). OE nahasketa, orientazio eza, oroimen galtzea pertsona nahiz objetuen ezagutze arazoak, etab, oro har, zahartzaroko zorotasunak zerikusia duten arazoak tratatzeko metodo bat da.

2) Terapia Okupazionala (TO). TO-k eskulanaren bitartez beso, esku eta abarren ahalmen eta trebetasun psikomotorea, koordinazio ikus-motorea, etab. garatu eta mantentzea lortu nahi du.

3) Musika eta irakurketa: kulturarekin zerikusirik duten aspektu batzuk lantzeko erabili zen alde batetik, beste aldetik errealitatearekin lotura indartzeko.

4) Ludoteka: astialdiaren erabilpen positiboa bultzateko.

Zeharo puntuazio positiboak izan ziren, batez ere, hasierako ebaluaketan puntuazio txarrenak ematen zituztenengan, programak zekartzan ondorio txarrak gainditu ziren zeharo eta emaitzek diotenaren arabera zaharrek, orokorrean puntuazio hobea lortu zuten bigarren ebaluaketan.