BULARREKO KARTZINOMA 65 URTETIK GORAKO EMAKUMEETAN. DONOSTIAKO INSTITUTU ONKOLOGIKOKO ESPERIENTZIA.

ALFARO J.; REZOLA R.; ALBERRO J.A.;
VAZQUEZ S.; CARRERAJ.M.
Institutu Onkologikoa.Donostia

Lan honetan, Donostiako Institutu Onkologikoan 1980ko Urtarriletik, 1991ko Abendua bitartean, 65 urtetik gorako emakumeetan diagnostikatu eta trataturiko bularreko kartzinoma infiltranteak aztertzen dira.

Gaixo-kopurua = 285, batezbesteko adina 72±5 urte eta arrangoa (65-89). Horietatik, 184 (%64) 75 urte baino gutxiagokoak eta 75 urtetik gorakoak gainontzeko 101 gaixo (%36).

Estadioekiko banaketa honakoa da: I.Estadioan: 22(%8); IIA.Estadioan: 49(%17); IIB.Estadioan: 69(%25); IIIA.Estadioan: 43 (%15); IIIB.Estadioan 60(%21); IV.Estadioan: 40(%14). Errezeptore estrogenikoen azterketa, positiboa (>10ng/mg) izan zen, 129(%45) kasutan, eta negatiboa (<10ng/mg), 156(%55) kasutan. Errezeptore progesteronikoen azterketa positiboa (>5ng/mg) izan zen 108(%38) kasutan eta negatiboa (<5ng/mg) 177(%62) kasutan. Ezarritako tratamendu kirurgikoak honakoak izan ziren: Biopsia soilik 80(%28); tratamendu kontserbadorea 46(%16); Mastektomia Sinplea 13(%4); Mastektomia Erradikal Modifikatua 145 (%51); Titibietako Mastektomia 1(%0.3). Gunea eta ingurunea erradioterapiaz tratatutakoak 111 gaixo (%39) izan ziren; Kimioterapiazko tratamenduren batekin 87 gaixo (%31) eta Hormonoterapiaz 209 gaixo (%75). Metastasien gehiengoa hezurretan kokatu zen (metastasi guztien %47a), ondoren biriketan (%12), gibelean (%8) eta garunean (%2). 5 eta 10 urtetara batezbesteko biziraupena (Kaplan-Menier metodoa), hurrenez hurren, %53ko eta %34eko emaitzak frogatzen ditu. Biziraupen kurbak, Log-Rank probaz alderatu ondoren, diferentzia esanguratsuak ($p<0.001$) eskaintzen ditu estadio desberdinetan, 5 eta 10 urtetarako biziraupenaren ehunekoak honakoak izanik, hurrenez hurren: I.Estadioa %78 eta %78; II.Estadioa %65 eta %47; III.Estadioa %47 eta %30; IV.Estadioa %22 eta %2,5. Errezeptore estrogenikoei buruzko biziraupen kurben konparaketak, diferentzia esanguratsuak aurkezten dituztenen artean.

BRONKIO-BIRIKETAKO MINBIZIA LIZARRAKO OSASUN-BARRUTIAN

SCAVUZZO H.; AKAITURRI G.; ANTON C.;
GONGETA M.J.; INDURAIN J.M.
Garcia Orcoyen Eskualde Ospitalea. Lizarra

Bronkio-biriketako minbiziak garrantzi handiko arazoa izaten jarraitzen du, gizonezkoen artean heriotz lehenengo kausa eta emakumezkoen artean bigarrena delarik. Era berean, globalki heriotz bigarren kausa da, atzean bihotzeko gaixotasunak eta istripu-traumatismoak dituelarik.

Bronkio-biriketako minbiziari buruzko gure benetako egoera ezagutzeko asmoarekin, urte oso batetan, 1991, bronkio-biriketako minbiziaz diagnostikatu ziren gaixoekin atzeranzko ikasketa epidemiologiko bat egin genuen gure ospitalean, zeinek erreferentzia populazioa 60.000 biztanlekoa duen.

Ikasketa protokolizatuaren aldagarriak: adina, sexoa, arrisku faktoreak (tabakoa, irritagarrien arnas hartzea, e.a.), aldez aurreko biriketako gaixotasun kronikoa, lehenengo sintomak, aurkitze erradiologikoak, diagnostikatzeko sistemak (bronkoskopia barne delarik), histopatologia eta minbiziaren maila.

EMAITZA:

– Kasu berrien intzidentzia, urtean 100.000 biztanletik, 40koa izan zen.
- Gizonezkoak % 96a, eta emakumezkoak % 4a.
- Gehienak 70 - 80 urte zutelarik.

– Tabakoa bronkio-biriketako minbiziarekin erlazionatutako arrisku faktore bezala kasuen %96an agertzen da. Erretzen ziren zigarroen kopuru erdia 30,2koa izan zen.

– Aldez aurreko biriketako gaixotasun kronikoa kasuen %88an.

– Kasuen %100ean egin zen bronkoskopia, %95eko errentagarritasun diagnostikoarekin.

– Histologikoki, gehienetan agertzen dena epidermoidea izan da kasuen %62,5ean, eta bigarrena adenokartzioma (kasuen %16an).

ONDORIOAK:

Gure esperientzia bat dator beste nazioarteko edo atzerritar ikerketa batzurekin, baina gure osasun barrutian, bronkio-biriketako minbiziaren gehikuntza adierazgarri bat nabari daiteke.

MOZTUTAKO URDAIL-MOTZEKO MINBIZIA 3. ADINEAN

LOIZATE TOTORIKAGUENA A.;
FERNANDEZ VAL J.F.
Mendaro Ospitalea. Gurutzeta Ospitalea

SARRERA ETA HELBURUA

Gaixotasun onberagatik moztutako urdailean, urteen ondoren gelditutako urdail ondarrean, minbizia garatzen bada, horri «moztutako urdail-ondoko minbizia» deitzen zaio.

Ingelesez «gastric stump carcioma» eta espainolez «cáncer de muñón gástrico» deiturekin ezagutzen da. Patologia onberen ondorioz eginiko urdailaren mozketa ez-osoak, ikerketa luzeetan erakutsi du, lau aldiz gehitzen duela urdaileko minbiziaren intzidentzia. Horrela uste da gaixotasun onberengatik urdaila moztea arrisku faktorea dela. Patologia honen lehen deskribapena 1922 urtean egin zuen Balfour-ek, eta 1950 urterarte soilik 30 kasu zeuden literatura medikoan. 1986 urtean 2.000 gora zueden. Literatura medikoan gaia aztertu duten egile ezberdinei kasu eginez, minbizia garatzeko denbora tartea 20± 5 urtetakoa da. Gastrektomia jasandako urdailetan behazun errefluxuak, gastritis kronikoa omen dakar, eta gastritis horren barnean garatzen dira «heste itxurako metaplasia» eta minbizi aurreko aldaketa displasikoak. Patologia honen diagnostikoa egiteko bitartekorik egokiena gastroskopia da, biopsiarekin lagunduta. Literaturan 3. adinean maizago kausitzen den gaixotasuna bezala agertzen da. Lan honen bidez, gure ingurune berezian, gaixotasun honen nondik norakoa ezagutu nahi da, eta baita 3. adinekoen artean dituen berezitasunak.

MATERIALA ETA METODOA

Gurutzetako ospitalean, kirurgia orokorreko zerbitzuan 1977-1988 urteak bitartean operatutako 41 urdail-motzeko minbizi aztertu dira. 41 pazienteetatik 23 hirugarren adinekoak ziren. Ikerketan sartzeko baldintzak dira: 1-Urdaila operatzera eraman zuen haserako lesioa onbera izatea; 2-Bost urtetako tarte askea; 3-Epiteliotik sortutako minbizia izatea.

Moztutako urdail-motzeko minbizia izan dutenengan, adina, sexua, denbora tarte askea, tumore estadioa, diagnosirako bitartekoa, ebakuntza teknika eta gainbizitza aztertu dira. Datuak estatistikoki landu dira.

EMAITZAK

Gorago esan bezala, 41 pazienteetatik 23 hirugarren adinekoak ziren (%56), eta talde honen batezbesteko adina 67,4 urtekoa izan zen (66-75 tartea). Talde osoaren batezbesteko adina 59,7 urtetakoa izan zen.

Sexuari begiratuz soilik bi emakume, bat talde bakoitzean. Gizonezkoak %96,4. Denbora tarte askea, 6 eta 40 urte bitartekoa zen, baina ezberdintasun estatistikoki esanguratsuak zeuden hirugarren adinekoen eta gazteagoen artean. Gazteagoen artean batezbesteko denbora tarte askea 16 urtekoa zen bitartean, 65 urtetik gorakoetan tarte hau 26 urtekoa zen. Lehen ebakuntza sortarazi zuena ultzera ongarria izan zen kasu guztietan, duodenokoa %90,2 kasutan. Ultzeragatik egin zitzaien ebakuntza Billroth-I 9 kasutan, eta Billroth-II 32 kasutan. Hirugarren adinekoetan 21 kasutan lehen ebakuntza Billroth-II izan zen. Ebakuntza ondorengo nahasketa gehiago 3. adinekoengan %52,2 (besteetan %17,6), eta ebakuntza barneko hilkortasun tasa ere 3. adinekoengan esanguratsuki handiagoa (%21,7) eta talde osoan %14,6. Hirugarren adinekoen taldean bi urte terdira bizirik soilik %17 , eta gazteagoen taldean %50 (ezberdintasun estatistikoki esanguratsua). Gainbizitza tumore-estadioaren araberakoa da, eta horrela estadio goiztarretan (I eta II) bost urtetara %35,2 daude bizirik, eta estadio aurreratuetan (III eta IV) bat ere ez %0.

ONDORIOAK

1.– Pronostikoa diagnosi goiztarrean oinarritzen denez, ultzeragatik operatutakoei, 10 urte iragan ondoren urtero egin behar zaie gastroskopia eta biopsiak hartu, gutxienez 6 biopsia lagin.

2.– Patologia honen pronostikoa 3. adinekoengan eskasagoa da.

65 URTETIK GORAKO GAIXOENGAN GERNU INFEKZIOTAN ISOLATUTAKO GERMENAK

SANCHEZ J.; PRIETO B.; ESTEBAN V.;
ALVAREZ M.; CISTERNA R.
Mikrobiologia Zerbitzua. Basurtuko Ospitalea.

SARRERA

Herrialde garatuetan, zaharrentzako medikuntzan, gernubideetako infekzioek prebalentzia handia dutenez, morbilitate eta eragin ekonomiko handia dute. Halere, infekzio guzti hauetatik kasu gutxi batzuk bakarrik frogatzen dira kultibo mikrobiologikoekin.

MATERIALA ETA METODOA

Gure lan honetan, 1992an 65 urte baino gehiagoko 221 gaixo ospitaleratuen gernubideetako infekzioetan lortutako emaitza mikrobiologikoak aztertzen ditugu. Isolamenduen sentikortasuna ere aztertu dugu. Ontzat eman diren urokultiboek bi erizpide betetzen zituzten: bata, espezie 1 edo gehienez 2 isolatzea eta, bestea, 100.000 KFU/ml isolatzea.

EMAITZAK

221 gaixoetatik 83 gizonezkoak dira eta 138 emakumeak. 17 gaixoen kasuan ez da urokultiborik egiten diagnostikorako. Lagina kutsatu egiten dá gizonezkoen kasuan 8 aldiz (%9,6) eta emakumezkoen kasuan 9 aldiz (%6,5). Urokultiboa negatiboa da 15 (%18,1) gizonezkoengan eta 36 (%26,1) emakumezkoengan. Urokultiboa positibo ematen da 136 (%61,5) gaixoengan, 53 gizonezko eta 83 emakume. *Escherichia coli* da sexu bietan sarrien isolatutako germena, 88 (%64,7) aldiz. Gizonezkoengan 31 (%58,5) isolamendu izan dira eta emakumezkoengan 57 (%68,7).

Isolatutako 88 *E.coli* zepen artean 47 (%53,4) anpizilinarekiko erresistenteak izan dira, 21 (%23,8) trimetropim-sulfametoxazolekiko, 6 (%6,8) norfloxazina eta ziprofloxazinarekiko. Hiru kasutan bakarrik agertu da tobramizina eta gentamizinarekiko erresistentea eta zepa hauek amikazinarekiko eta hirugarren belaunaldiko zefalosporinekiko sentikor izan ziren. Oportunistak deituriko beste germenak, hau da *Pseudomonas, Serratia eta Candida*, 9 aldiz (%17) gizonezkoengan eta 9 aldiz (%10,9) emakumezkoengan, isolatu dira.

ONDORIOAK

E coli da, begi bistakoa denez, maizen isolatzen dugun mikroorganismoa. Anpizilina ez da, gure inguru ospitalarioan behintzat, tratamendu egokiena, ze erdia baino gehiago erresistenteak baitira. Beraz, egokiago dirudi amoxizilina-klabulanikoa (erresistenteak %16) edo kinolonak erabiltzea.

Infekzio grabeetan edo larrietan badirudi zuzenena hirugarren belaunaldiko zefalosporinak direla aukera zuzenena.

NEUROI
BER

Idazoxan,
dituen farmako

Gaixotasu
dioen hipotesial
tratamenduan e
tu du.

Hala ere,
adrenalina neu
dituzten beste e
Hartzaile hauei

Ikerketa
murrizpen garr
IBS-aren ezaug

[^{3}H]-idaz
fixapena blokea
dentsitatea) eta
pertsona kontr
garuneko korte

Alzheime
aldaketarik age
mg protein) ko

Adinarek
kontrakoa den
mitokondrialar
hipotesiaren fa

Entitate b
egon, farmako
farmakoentzat,

** Ikerke
izan da.

IMIDAZOLIN HARTZAILEAK : NEUROFARMAKOLOGI ENTITATE BERRIA ETA BERE EBALUAKETA ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIAN

CALLADO L.F.; MARTIN I.; RUIZ J.;
BARTUREN F.; MEANA J.J.
Farmakologi Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa. Bizkaia.

Idazoxan, antagonista moduan α2-adrenozeptoreekiko afinitate eta selektibitate altuak dituen farmako imidazolinikoa dugu.

Gaixotasun afektiboekin erlazionaturiko hartzaile hauen hipertsentsibilitatea egoteak dioen hipotesiak (Meana et al. Biol Psychiatry 31:471-490, 1992) depresio endogenoaren tratamenduan eduki dezakeen erabilgarritasuna dela eta, saio klinikoen aurrerapena bultzatu du.

Hala ere, [^{3}H]-Idazoxan, beste farmako imidazolinikoak bezala, noradrenalina/adrenalina neurotransmisore endogenoarekiko intsentsibleak diren hartzaile ezaugarriak dituzten beste egitura biokimikoak markatzeko gai badela orain dela gutxi frogatu izan da. Hartzaile hauei «imidazolin hartzaikeak» edo IBS deritzegu.

Ikerketa honetan Alzheimer dementzian, non dagoeneko α2-adrenozeptorearen murrizpen garrantzitsua frogatua izan da (Meana et al, J Neurochem 58:1896-1904, 1992), IBS-aren ezaugarri biokimikoak aztertzea izan dugu helburutzat.

[^{3}H]-idazoxanaren (0.6-30 nM, 8 puntu) fixapen espezifikoa, α2- adrenozeptoreekiko fixapena blokeatzeko helburuarekin (-) adrenalinaren (10^{-6} M) presentziaz, B_{max} (hartzaileen dentsitatea) eta K_D (afinitatearen inbertsoa) parametroen bidez neurtu zen. Hau dena, 9 pertsona kontrol eta Alzheimer motako dementzia zuten beste 9 pertsonen postmortem garuneko kortex prefrontalean egin zelarik.

Alzheimer motako dementzia zuten pertsonen laginetan IBS-etako K_D baloreetan aldaketarik agertu ez ziren bitartean (7.7-8.3 nM), hartzaileen dentsitatea (B_{max}=63±6 fmol/mg protein) kontroletan (B_{max}=38±5 fmol/mg protein) baino altuagoa izan da.

Adinarekin gertatzen den moduan eta α2-adrenozeptorearen portaerarekiko (gutxipena) kontrakoa den gehikuntza hau MAO B-rekin batera koexpresatzen den eta mintz mitokondrialari atxekitutako IBS-aren batipateko kokagune gliala defendatzen duen hipotesiaren fabore datorrela dirudi.

Entitate berri honen funtzio eta fisiopatologi aldetik duen eragina nahiz eta ezagutzear egon, farmakologiaren ikuspegitik «hartzaile» honen agonista edo antagonista diren farmakoentzat, aurrerantzean zenbait erabil terapeutikoak eduki litzakeela ikus daiteke.

** Ikerketa hau DGICYT PM 91-0069 eta PGV 91018 proiektuen bidez finantziatua izan da.

BURDIN ETA FOLATO MAILEN BALORAZIOA 60 URTETIK GORAKO POPULAZIOAN

JAIO M.*; BIDAURRAZAGA I.**; MARZANA I.*
*Osasun-Publiko Laborategia, **Epidemiologi Unitatea.
Bizkaiako Lurralde Ordezkaritza. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

Herrialde garatuetan nutrizio arazo zabalduenetarikoen artean burdin eta folatoaren urritasuna dateke. Hauen ezaugarri bereziak kontuan izanik, adineko pertsonek defizit hauekiko arrisku talde berezia osatzen dute. Lan honen helburua, burdin eta folatoarekin zerikusia duten zenbait parametro biokimikoen balioak finkatzea da, eta Euskal Komunitate Autonomoko populazioaren nutrizio-egoera aztertzen duen programa baten barne dago.

Populazio heldua ordezka lezakeen auzaz lorturiko lagin batekin lan egin dugu. Lagina 60 urtetik gorako 98 pertsonek osatu zuten, 35 gizon eta 63 emakume, denak edozein erakundetik at eta Bilbo bizilekutzat zutenak. Kasu bakoitzean hurrengo parametroak neurtu zitzaizkien odolean: Hemoglobina (kontagailu hematologikoaz), sueroko burdina (Ferrozine metodo kolorimetrikoaz), ferritina, B12 bitamina, sueroko folatoa, eritrozitoetako folatoa (erradioinmunosaioz), transferrina eta proteina C erreaktiboa (inmunoturbidimetriaz), azken hau inflamazio-prozesuak bereiztearren. Hurrengo taulan lorturiko balioen perzentil-banaketa aurkezten da.

		GIZONAK (n=35)			EMAKUMEAK (n=63)			GUZTIRA (n=98)		
		P10	**P50**	**P90**	**P10**	**P50**	**P90**	**P10**	**P50**	**P90**
Hb	g/dl	12.8	14.5	15.9	12.1	13.3	15	12.2	13.6	15.3
Fe	ug/dl	63	83	146	63	83	108	63	83	116
Ferritina	ug/l	42	156	512	15	55	169	21	67	239
Transferrina	mg/dl	220	275	353	248	298	371	240	293	362
B12	pg/ml	146	330	548	156	365	820	152	345	645
Seroko folatoa	ng/ml	2.8	3.5	7.1	2.7	4.3	8.8	2.8	4.2	7.7
Eritr. folatoa	ng/ml	142	228	331	150	223	327	145	225	330

Sexuaren arabera, desberdintasun adierazkorrak aurkitu ziren hemoglobina eta ferritinan. Hemoglobina maila baxuak gizonen %15.6an (Hb <13 g/dl), emakumeen %9.7an (Hb <12 g/dl) eta guztira laginaren %11.7an azaltzen ziren.

Azpitalde honen barruan, burdina edota ferritina maila eznormalak aurkitu ziren kasuen %50ean (anemia ferropenikoa) eta PCE balioak 10 mg/l baino haundiagoak %36an (inflamazio-prozesua). Honez gain, lagin osoaren %5.8, %5.6, %2.2 eta %4.4ak balio eznormalak azaldu zituzten hurrenez hurren burdin, ferritina, transferrina eta B12 bitaminan. Folato mailei dagokienez, laginaren %10.6a eritrozitoetako folatoan eta %18.5a sueroko folatoan murritzak ziren. Ondorio bezala, aurkitutako prebalentziak mota honetako murriztasunak aintzakotzat hartzeko bezain adierazkorrak dirudite adinekoengan. Honez gain, talde honen balorapen biokimikoa hobetzeko lagungarri litzatekeen erreferentzia balio espezifikoak finkatzeko beharra nabaria da.

DEBA BEHEKO ESKUALDEAN, HIRUGARREN ADINEKOEN OSPITALE MAILAKO URGENTZI ESKARIA

LOIZATE TOTORIKAGUEMA A.; ELORRIAGA ZUBIAGIRRE J.R.;
GARATE GISASOLA E.
Kirurgia Orokorreko Zerbitzua. Mendaro Ospitalea

SARRERA ETA HELBURUA

Mendaro Ospitaleak, Deba beheko eskualdeko ospitale asistentzia bermatzen du. 90.000 biztanleren osasun ardura hartzen du bere gain ospitale honek, eta horretarako 102 ohe ditu. Kontutan izanik gure ingurunean biztanlegoaren joera zahartzerakoa dela, eta eskualde ospitaleak ohe gutxirekin aurrikusten direla, 3. adineko pazienteek arazo larriak planteiatzen dituzte, eta sarritan eskualde ospitaleen funtzionamendua kolokan jartzen dute.

Eskualde ospitaleak, «komarkalak» bezala ezagutzen direnak, egoera patologiko akutuak tratatzeko aurrikusten dira, eta 3. adineko pazienteek tratamendu luzeagoak eskatzen dituzte sarritan. Hemen aurkezten den lan honetan, 3.adineko populazio talde honek sortarazten duen ospitale mailako urgentziazko asistentzia eskaria aztertu nahi da. Adin talde honetako pazienteek sortarazten dituzten ingreso kopurua eta ospitale egonaldia ere aztertu nahi dira, gazteagoak diren paziente edo jazale taldearekin datuak alderatuz.

MATERIALE ETA METODOA

1992 urtean zehar, Mendaro Ospitalean sortutako urgentzi eratako eskaria aztertu da. Kontutan izan behar da, Mendaro Ospitaleak, bere oheak 1992ko Apirilean zabaldu zituela. Urgentzi zerbitzuetan ikusitako pazienteak, adinaren arabera sailkatu dira, eta alde batetik 65 urtetik gorakoak eta bestetik gazteagoak. Adin talde bakoitzak sortarazi dituen urgentziak aztertu dira, hala nola ingresoak eta ospitale egonaldia. Urtean zehar, hile ezberdinetan sortutako eskaria ere aztertu da. Datuok biltzeko, ospitaleak muntatuta duen informatika sistema erabili da.

EMAITZAK

Urte guztian zehar, beti ere kontutan izanik Apiriletik daudela oheak zabalik, Mendaro Ospitaleko urgentzia zerbitzuek 6790 paziente atenditu dituzte guztira. Hauetatik 5909, 65 urtetik beherakoak ziren (%87), eta 881 65 urtetik gorakoak (%13). Hirugarren adinekoen taldean, urgentzietako zerbitzuetan ikusi direnetatik 241, hau da %27,3 ingresatu beharra izan dute, eta gazteagoen artean soilik ingresatu dira %4,6 (n=275). Urgentzietako zerbitzuetan atendituak izan ondoren, ingreso tasari begiratzen badiogu, eta 3.adinekoen eta gazteagoen artean datuak alderatu, aurkitzen dugu hirugarren adinekoak neurri handiagoan gelditzen direla ospitalean ingresatuta, maila estatistikoki esanguratsuan ($p<0,001$). Urgentzietako zerbitzuen bidetik sortutako ingreso guztien %46,7 hirugarren adineko pazienteek sortarazten

dute. Hirugarren adinekoen taldean, 881 pazienteetatik 457 emakumeak dira (%51,8), eta 3. adinekoek sortarazi dituzten egonaldi egun guztien %55,5 beraiek eragin dituzte. Urteko hile ezberdinei begiratuez gero, 3. adinekoen egonaldirik ugarienak, urrian eta azaroan gertatu ziren, eta egonaldirik apalenak, abenduan eta abuztuan.

ONDORIOAK

3. adineko populazioak, beste adineko biztanleek baino ospitale eskari handiagoa sortarazten dute. Egoera honek, eskualde ospitaleen diseinua eta xedea auzitan jartzen du. Etorkizunean, gizartea zahartzen doala kontutan izanik, egoera larriagotu baino ez da egingo. Arazo honetan, zer esanik ez, lehen mailako zerbitzuek zerikusi handia dute.

KIRURGIA GINEKOLOGIKOA ADINEKO EMAKUMEETAN: EZAUGARRIAK ETA KONPLIKAZIOAK

ARRIETA J.M.; MATIA J.C.
Mendaroko Ospitalea eta Galdakaoko Ospitalea.

Euskal Komunitate Autonomoan 65 edo urte gehiagoko emakumeen kopurua %12koa da. Lan honek adin honetako kirurgia ginekologikoaren beharra eta konplikazioak ikertu nahi izan ditu. 65 urte baino zaharrago ziren 139 emakume atzera begira ikertu ziren, eta kontroleko talde bezala 64 urte baino gazteago ziren beste 139 emakume. Andre guzti hauek operatu ziren edozein gaixotasun ginekologikoagatik Gurutzetako Ospitalean 1990. urtean.

Andre zaharren artean gaixotasunik arruntenak hauek izan ziren: kanpoko genitalen jaitsiera txisaren inkontinentziarekin edo gabe, genitaleetako eta bularretako minbizia, eta tumorik gabeko metrorragia. Genitaleetako eta bularretako minbiziaren intzidentzia gehituz zihoan adinarekin (%45.59 vs. %11.51, p<0.001).

Kirurgiako konplikazioak maizago suertatu ziren (%54 vs. %23, p<0.001), nahiz eta gehienetan arinak izan. Ebaketa aurreko eta ondoko ingresuaren denborak luzatu ziren, eta hiltzearen tasa haunditu zen adinarekin. Ondorio bezela, konplikazio arrisku haundiagoa badago ere, adineko emakumeentzako kirurgia arruntago bihurtzearen aldekoak gara, beti ebaketaren aurrea eta ondoa ardura haundiz zaindurik.

BA

SARRERA

Bakteriem
beste infekzioe
horregatik esat
efikaziaren arte

MATERIALA

1992ean b
hartuz horretara

EMAITZAK

Gaixoak:
Sexua: 10
Batezbest
Oinarrizk

Kasuak: 1

Bakteriemia it

1. Gernuti
2. Gastro-
3. Kateter
4. Arnas-a
5. Berezk

Germenak

1. E. coli,
2 S. aure
3. S. epid
4. P. aeru

BAKTERIEMIA BASURTUKO OSPITALEKO GAIXO ZAHARRENGAN, 1992

EZPELETA C.; LARREA ; GOMEZ ; UNZAGA ;
BERDONCES ; CISTERNA R.
Basurtuko Ospitalea. Mikrobiologia Zerbitzua

SARRERA

Bakteriemia da infekzio bakteriano grabeena edo larriena eta, gainera, ospitale bateko beste infekzioen intzidentziaren eboluzioaren adierazle modura aztertu daiteke. Hain zuzen horregatik esaten da bakteriemiak ikertzeak Ospitale-infekzioa ikertzeko duen gastu/efikaziaren arteko erlazioa egokia dela.

MATERIALA ETA METODOAK

1992ean bakteriemia izan duten gaixoekin egindako ikerketa prospektiboa, kontutan hartuz horretarako diagnostikoa egiten den momentutik alta emateraino.

EMAITZAK

Gaixoak: Benetako bakteriemia izan duten 65 urte baino gehiagoko 188 gaixo
Sexua: 105 Gizonezko (%55,56)
Batezbesteko adina : 77 urte (66-95)
Oinarrizko patologia: Bat ere ez 16 (%8,47)
Ez fatala 78 (%41,27)
Azkenaldian fatala 73 (%38,62)
Azkar-azkar fatala 22 (%11.64)
Kasuak: 104 (%55,32) ospitalekanpoan hartutakoak izan ziren.

Bakteriemia iturririk arruntenak hauek izan ziren:

1. Gernutikoa, 60 kasu
2. Gastro-intestinala, 37 kasu
3. Kateterra, 29 kasu
4. Arnas-aparatukoa, 19 kasu
5. Berezkoa, 17 kasu

Germenak

1. E. coli, 57
2 S. aureus, 26
3. S. epidermidis, 17
4. P. aeruginosa, 10

Hilkortasuna: 46 gaixo (%25)

Bakteriemia ondorengo batezbesteko egonaldia: 12,88 egun.

ONDORIOAK

1. Bakteriemiak beste adin taldeetan baino intzidentzia haundiago du 65 urtetik goragoko gaixoengan.

2. Hilkortasuna talde honengan beste gaixo taldeengan baino haundiagoa da, 65 urte baino gutxiago zeukaten gaixoengan (266) hilkortasuna %18 izan zen eta 65 urtetik gorakoengan %25.

H

Menopaus
esperientzia (19

M.O.E.ek
galtzeagatik hil

Gure Hor

– Historia
– Azterke
– Mamog
– Barru et
– Endome
– Analitik

Sei hilabe
klinikoak jaso e

HOT-a est
eta kaltzio gehi

ONDORIOAK

1.– Debek
2.– Aurkit
3.– Aldez
efektuak.
4.– Arrak
5.– Gaixo
jakietean.

HORMONAK ORDEZTEKO TERAPEUTIKA MENOPAUSIAN

BROUARD I.; SERRANO J.R.; CASASUS A.; PEÑA J.;
BASABE N.; MARURI J.; ARRIZABALAGA M.
Errekaldeko Laguntza Psikosozialeko Zerbitzua

Menopausian emandako tratamendu hormonalari buruzko gure hiru urteetako esperientzia (1989-1992) aurkeztu nahi dizuegu.

M.O.E.ek dioenez, menopausia hitzak hau esan nahi du: obarioko aktibitate folikularra galtzeagatik hilerokoa erabat eta betirako galtzea era berean.

Gure Hormonak Ordezteko Terapeutika (HOT) protokoloa horrela osaturik dago:

- Historia Klinikoa.
- Azterketa orokorra, ginekologia eta bularretakoa.
- Mamografia.
- Barru eta kanpoko zitologia zerbikala.
- Endometrioaren biopsia aspirazio bidez.
- Analitika.

Sei hilabete pasa eta gero analitika errepikatzen da, eta gaixoak aipatutako datu klinikoak jaso ere bai.

HOT-a estrogeno txaplataz (2 astero), medroxiprogesteronaz (5mg. hilean 15 egunetan) eta kaltzio gehigarriaz (gutxiegizko jan neurrietan) osatzen da.

ONDORIOAK

1.– Debeku gutxiko tratamendua.
2.– Aurkitutako abandonu gutxi ikusita, HOTek duen onarpen garrantzitsua.
3.– Aldez aurretik emandako informazioarekin gutxitzen diren bigarren mailako efektuak.
4.– Arrakasta osoa sintomatikoak diren menopausia guztietan.
5.– Gaixoek satisfakzio maila haundia lortzen dute, periodikoki kontrolatuak daudela jakietean.

HESTELODI ETA ONDESTEKO MINBIZIA HIRUGARREN ADINEAN

PARTEARROYO SAINZ DE LA MAZA N.;
LOIZATE TOTORIKAGUENA A.; GARCIA FERNANDEZ V.
Mendaroko Ospitalea; Gurutzetako Ospitalea

SARRERA ETA HELBURUAK

Hestelodi eta ondesteko minbizia, Ipar Ameriketan, intzidentziaren nahiz eragindako heriotzen ikuspegitik, bigarren minbizia da, biriketako minbiziaren ondoren gizonezkoetan, eta bularrekominbiziaren ondoren emakumeetan. Hego Euskal Herriko Komunitate Autonomoan, eta 1987.ko datuei begiratuz, hestelodi eta ondesteko minbizia, maiztasunari begiratuz, bigarren minbizia da. Ipar Ameriketan, sexuaren arabera, hestelodiko minbizia emakumeetan maizago kausitzen da 1,2:1 ratioarekin, baina ostera ondestekoa gizonezkoetan maizago 1,2:1. Euskal Komunitate Autonomoari buruz ditugun datuen arabera (1987 urtea), ez dute bereizten hestelodia eta ondestea, baina biak batera gizonezkoetan maizago 1,4:1. Lan honekin, gure ingurunean hestelodi eta ondesteko minbiziaren ezaugarriak ezagutu nahi dira.

MATERIALA ETA METODOA

Lan honetarako, Gurutzeta Ospitalean 1984 urtetik 1990 urtera arte, talde kirurgiko berdinak operatutako ondeste eta hestelodiko minbiziak aztertu dira. Guztira 300 paziente aztertu dira, eta hauetatik 153 hirugarren adinekoak dira (65 urtetik gorakoak). Adin talde hau da sakonkien aztertuko duguna. Paziente guztietan aztertu dira: sexua, adina, tumore estadio edo maila, kokapena, anatomia patologikoa, CEA tumore markatzailea, gainbizitza eta ebakuntza mota. Tumoreak estadio edo mailatan sailkatzeko, Dukes-en sailkapena erabili da (1932 urtea), Astler eta Coller-ek aldatutakoa (1954 urtea), eta 6 estadiotan banatzen dira tumoreak: «A»: tumorea soilik mukosara mugatzen da, ez dago adenopatiarik ez metastasirik; «B1»: Tumorea ez da serosara irixten, eta ez du ez adenopatiarik ez metastasirik; «B2»: Tumoreak serosa gainditzen du; «C1»: Adenopatiak positiboak dira baina tumoreak ez du serosa gainditzen; «C2»:Adenopatiak positiboak eta serosa gainditzen du; «D»: Metastasiak urrunera. Anatomia Patologikoaren sailkapena 3 taldetan egin da: 1-Adenokartzinomak; 2-Mukoidea; 3-Melanoma.

EMAITZAK

Hirugarren adineko pazienteek gainbizitza luzeagoa, paziente gazteagoekin alderatuez gero ($p<0,01$). Hirugarren adineko pazienteen batezbesteko adina 73,4 urte, eta gazteagoena 53,7. Sexuaren arabera 3. adinekoen artean %62,1 gizonezkoak, eta %37,9 emakumeak (1,6:1). Gazteagoen artean %66,7 gizonak eta %33,3 emakumeak (2:1). Ondeste, uzki eta sigman kokatutako tumoreek, 3. adineko taldean tumore guztien %72,6 suposatzen dute; eta

gazteagoen tal
31 (%20,3), «
Gazteagoen ta
32(%21,8), et
Anatomia Pato
%5,9 eta melan
estatistikoki e
melanomak 40

Gainbizi
gainbizitza nal
dira, eta «C1»
dagokiena da,
hestuki lotzen
ez da 5 urte bi

ONDORIOA

Gainbizi
sigman kokat
horregatik, adi
susmoa dugun
adinean.

gazteagoen taldean %71,4. Tumore estadioen banaketa, 3. adinean: «A» 3 paziente, «B1» 31 (%20,3), «B2» 44 (%29,4), «C1» 9 (%5,9),»C2" 31 (%20,3), eta «D» 34 (%22,1). Gazteagoen taldean «A» 3, «B1»23 (%15,6), «B2» 36 (%24,5), «C1» 4 (%2,7), «C2» 32(%21,8), eta «D» 49 (%33,3). Gazteagoen artean tumore estadio aurreratu gehiago. Anatomia Patologikoaren arabera, 3. adineko taldean Adenokartzinomak %91,4, mukoideak %5,9 eta melanomak %2,7. Adenokartzinomak, beste tumore motekin alderatuz, gainbizitza estatistikoki esanguratsuki luzeagoa dute, adenokartzinomak 912 egun, mukoide eta melanomak 406 egun.

Gainbizitza estuki lotzen da tumore estadioarekin, eta estadioetan aurrera egin ahala, gainbizitza nabarmenki jaisten da, horrela «A» estadioko 3. adinekoak 5 urtera %100 bizi dira, eta «C1» estadiokoak soilik %11. Beste emaitza aipagarri bat tumore markatzaileei dagokiena da, CEA (Antigeno Kartzinoembrionaria) tumore markatzailearen neurria, hestuki lotzen da gainbizitzarekin, eta CEA 10 ng./ml.ko baino gehiago izan duen pazienterik ez da 5 urte bizitzera iritxi.

ONDORIOAK

Gainbizitza tumore estadioarekin erlazionatzen da, eta tumore gehienak ondeste eta sigman kokatzen dira. Honek esan nahi du diagnostiko goiztarra dela irtenbidea, eta horregatik, adin batetik gora, demagun 50 urte, hestelodi eta ondesteko edozein patologiaren susmoa dugunean kolonoskopia egin behar da. Tumore hauen pronostikoa hobea da 3. adinean.

RS_3PE SINDROMEA. ZAHARTZAROAREN PATOLOGIA ERREUMATIKOAN KONTUTAN IZAN BEHAR DEN KOADRO KLINIKOA (HIRU KASU DIRELA ETA)

ARANBURU J.M.: GORORDO J.M.; UCAR E.;
GARCIA-VIVAR M.L.; GALINDEZ E.; AROSTEGUI J.
Basurtuko Ospitaleko Erreumatologia Saila

1985. urtean Mc Carty et al.-ek, koadro bateko 10 kasu deskribatu zituzten, honi, Remitting, Seronegative, Symetrical, Synovitis with Pitting Edema (RS_3PE) izendatuz.

Koadroak, bere izenak adierazten duen bezala, bortizki agertutako sinobitis simetrikoan eta esku-oinen edema nabarian datza. Eskuko flexoreen tenosinobitisa ia konstantea da . Erreumatiode faktorea ezezkoa (negatibo) da, eta erradiologian ez da erosiorik ikusten. Gaixotasunaren eboluzioa ona izan ohi da, sintomatologia murrizten delarik. Ikerleriek, RS_3PE eta HLA-B-7 antigenoaren artean zenbait lotura nabaritu zituzten.

Hiru kasu berri aurkezten ditugu eta zahartzaroaren artritis erreumatoidearekiko desberdintzeko garrantzia azpimarratzen dugu, bere osabidea eta pronostikoa desberdinak direlako.

AURPEGI-ERDIALDEKO PROZESU SUNTSITZAILEEN ETIOLOGIA

AMOR AZPEITIA T.; ABREU DE CON J.A.;
ARRIZABALAGA GEREÑU R.
Txagorritxu Ospitalea. Erradiologia Saila. Gasteiz

Gure zerbitzuan, 1983.ko Urria eta 1992.ko Abenduaren arteko epean egindako Ordenadorezko Tomografia Axial Neurorradiologikoen (O.T.A.) errebisioa egin dugu. Guztira 18047 azterketa berrikusi ditugu. Hauetatik 173 kasutan patologia garezurreko aurreko hobian kokatzen zen.

Gaixoen adinak 16 eta 82 urte bitartean daude, kasu gehienak 6. eta 7. hamarkadetan sartzen direlarik. Sexu nagusia gizonezkoa izan da (2/1).

Hamar kasuren irudiak erakusten ditugu, guztiak geriatrikoak. Hauek dira kasu hauen diagnostikoak:

1.– Epitelioma Basozelularra, 66 urtetako andrea.
2.– Tumore gaiztoa indiferentziatua, 65, gizona.
3.– Kartzinoma Epidermoidea, 64, gizona.
4.– Gaitz Linfoproliferatibo Angiozentrikoa, 74, gizona.
5.– Nasofaringe eta Altzogune Esfenoidaleko Linfoepitelioma, 64, gizona.
6.– Mukozele Frontala, 77, andrea.
7.– Mukozele Frontala sudur hobira eta betzulora zabalduta, 71, gizona.
8.– Goi-masailezurreko Kiste Dentigeroa. Sudur poliposia, 74, gizona.
9.– Nasofaringeko Linfoepitelioma garezur basearen inbasioarekin, 76, andrea.
10.– Betzuloko Melanoma, 69, gizona.

OTA neurorradiologia 1983-1992	8047	
OTA burezurreko aurreko hobia	173	% 0,96
Aurpegierdiko hezur suntsidura	113	% 65.32
Neoplasia gaiztoak	69	% 61.05
Mukozeleak	11	% 9,73
Poliposiak	3	% 2,65
Neurofibromak	3	% 2,65
Kisteak	6	% 5,31
Sinusitia	2	% 1,77
Dakriozistitia	1	% 0,88
Adenomak	2	% 1,77
Hausturak	5	% 4,42
Osteomak	10	% 8,85
Displasia Fibrosoa	1	% 0,88
GUZTIRA	113	% 100

Aurkikuntza erradiologiko nagusien azterketa egiten dugu, hain zuzen hezurren erosioa, burezurreko hobi neumatizatuen opazifikazio edo suntsidura, arnasbideen butxaketa, etabar. Gure ospitalean garrantzi handikoak gertatu dira Ordenadorezko Tomografia Axialaren bidez egindako ikerketak bai kasu aurreratuetan, hala nola lesio suntsitzaileen aurreneko faseetan.

. Ordenadorezko Tomografia Axilari esker aurpegierdiko lesio suntsitzaileen hedadura zehatza ezagutu dezakegu burezurrean eta hain anatomia konplexua duten bere hobi eta altzogunetan.

Lan hone
hilkortasuna az

GAIXOAK ET

1986 eta
dementziaz diag
aztertu ditugu:

EMAITZAK

Ikertutako
Batezbesteko a

Hildakoen
gaixotasunaz, 3

Dementzi
batezbesteko a

GAIXOTASU

Hauek iz
kardiopatiak (1
baskularra (6),

HERIOTZ ZE

Gaixo gu
(%19), Bapatek

Dementzi
6 bestelakoak)
(%24), Arrazoi

HILTZE LEK

Erresiden
Ospitaleta
Norbere

DEMENTZIA ETA HILKORTASUNA

GOMEZ BUSTO F.; MURUAMENDARAZ A.
Gasteizko Zahartzaro Udal Zerbitzua

Lan honen HELBURUA Gasteizko Udal Egoitzen dementziak jota dauden gaixoen hilkortasuna aztertzea da.

GAIXOAK ETA METODOA

1986 eta 1992. urteen arteko epean gertaturiko heriotzak aztertu ditugu, talde osotik dementziaz diagnostikaturik zeuden gaixoak atera ditugu. Bi multzotan honako datu hauek aztertu ditugu: sexoa, adina, gauregungo gaixotasuna, heriotz zergatia eta hiltze-lekua.

EMAITZAK

Ikertutako zazpi urte hauetan 220 zahar hil ziren, 73 gizonezko eta 147 andre (%66.8). Batezbesteko adina 85.5 urtetakoa zen (herronka 62 - 103).

Hildakoen artean dementziaz diagnostikaturik zuedenak 50 (%22.7) ziren (38 Alzheimer gaixotasunaz, 3 Dementzia Baskularrez eta 9 Dementzia Mistoaz).

Dementzia zuten gaixoen artean 11 gizonezko eta 39 emakume (%78) zeuden, batezbesteko adina 87.1 urtetakoa zelarik (herronka 76 - 103).

GAIXOTASUN ERANTSIAK

Hauek izan ziren gaixotasun ugarienak dementziak jota zeudenen multzoan: kardiopatiak (12 kasu), Hausturak (9), Diabetea (7), Tumoreak (6), Bapateko garun istripu baskularra (6), hiatu-etena (5) eta Parkinson gaixotasuna (4 kasu).

HERIOTZ ZERGATIA

Gaixo guztien artean Zoldura izan zen heriotz arrazoi nagusia (%33), Arnas Arazoak (%19), Bapateko heriotza (%18), Bihotzekoak (%16.8) eta Neoplasiak (%14).

Dementzia zutenen taldean Zoldura %42an agertzen zen (9 arnasakoak, 6 gernuko eta 6 bestelakoak). Beste heriotz arrazoi garrantzitsuenak hauek ziren: Bapateko heriotza (%24), Arrazoi Ezezaguna (%20) eta Arnas arazoek eraginda (%18).

HILTZE LEKUA

	Talde osoan	Dementzia taldea
Erresidentziako Area Lagunduan	%46	%76
Ospitaletan	%45	%18
Norbere logelan	%6.8	% 2

ONDORIOAK

Ondorio bezala hauexek azpimarratzen ditugu:

1.– Dementzia duten taldeko hildakoek adin handiago eta emakume proportzio handiagoko multzoa osatzen dute.

2.– Talde honen heriotz-zergatien artean zoldurak, bapateko heriotza eta arrazoi ezezagunak nabarmentzen dira.

3.– Dementzia duten gaixoen arteko ospitaletan hiltzen direnen kopurua oso urria da, %78a erresidentzitan hiltzen direlarik.

ELEK
ET

Zahartze
egokia izan dai

Zahartze norm
Alfa erritmoa:

Heldu gaz
70 urte ....
80 urte ....

Dementzi

Beta frekuentz

Batezbest
frekuentzietan

Theta eta Delt

Aktibitate
erlazionaturik d
maiz agertzen

Loaldia

Loaldiare
oroimenaren ho

Dementziek so

ALZHEI
geldoek eta bia

PICK G
aurreratuenetar

INFART
aktibitate fokal

DEMEN

– Parkins
dira.

ELEKTROENTZEFALOGRAMA ZAHARTZEAN ETA DEMENTZIA MOTA DESBERDINETAN

ARGANDOÑA E.G.* ; POMPOSO I.* ; IURREBASO I.**
* Neurotzientzi Saila. EHU
** Neurofisiologi Kliniko Zerbitzua. Gurutzetako Ospitalea

Zahartze normal eta dementzien arteko diagnostiko diferentziala egiteko EEG tresna egokia izan daiteke, hala ere, arazo batzuk kontuan hartu behar ditugu.

Zahartze normalean gertatuko aldaketak
Alfa erritmoa:

Heldu gazteak	10-10.5 Hz
70 urte	9-9.5
80 urte	8.5-9
Dementziak	< 7 Hz Dementzietako graduaren arabera

Beta frekuentziak

Batezbesteko beta frekuentzia 18 Hz-takoa da, adin guztietan. Adinak ez ditu beta frekuentzietan erabateko aldaketak eragiten.

Theta eta Delta uhinak

Aktibitate geldoa igotzen da adinarekin batera eta burmuin iharduerarekin erlazionaturik dago. Delta uhin guztiak anormalak dira baina 70 urtetik gorako pertsonengan maiz agertzen dira, patologia lokala adieraziz.

Loaldia

Loaldiaren murriztasun orokorra agertzen da. REM fasearen jaitsierak adimen eta oroimenaren hondapena adierazten du.

Dementziek sortutako aldaketak

ALZHEIMER GAIXOTASUNA : haseran EEG guztiz normala bada ere, uhin delta geldoek eta bialbokoek adierazitako geldotasun orokorra agertzen da.

PICK GAISOTASUNA: EEG-k normala dirau, baita gaixotasunaren maila aurreratuenetan ere.

INFARTO ANITZETAKO DEMENTZIA: Alfa erritmoa ez da aldatzen, bainan aktibitate fokal motela ager daiteke.

DEMENTZIA SUBKORTIKALA:

– Parkinson gaixotasuna: Alfa erritmoa 8pera jaisten da eta Theta uhinak agertzen dira.

– Hungtinton gaixotasuna: Gaixo zaharrengan EEGren aldaketa txikiak agertzen dira.

– Paralisi supranuklearra progresiboa: Alfa erritmoa desagertzen da. Theta uhin bitenporalak agertzen dira.

CREUTZFELDT - JACOBS GAIXOTASUNA: Hasieran geldotze difusoa agertzen da. Ezaugarririk nagusiena konplexu periodiko bialboko eta sinkronoen agertzea da.

Mediku-li
du adierazpen f

Atzeranz
Unitatean, 70 u

METODOAK

70 urte b
izandakoen %2
Indizea, Batez
«Koronarioak»
eta inzidentziak
aztertu ditugu I

EMAITZAK

172 ko m

Talde koronar

Batezbest
3.7±2.7 egun.
behar izan zuen

Bihotz-In
jasan zuen.

Hilkortas
artean. Talde o

Talde polibali

Batezbes
66 ± 2 egun.
arnasketa artif
pairatu zuten. I
baino handiago

ARDURA INTENSIBOKO UNITATEETAN ZAHARRAK SARTZEKO INDIKAZIOAK

LABAIEN BERAZA F.; CORRAL FANO E.;
Ardura Intensiboko Unitatea. Txagorritxu Ospitalea. Gasteiz

Mediku-literaturan noiz-behinka aipatzen den bezala adinak gero eta balore gutxiago du adierazpen faktore gisa. Gaixoaren egoeraren larritasuna da garrantzitsua, ez adina.

Atzeranzko begirada eginez, 1992 urtean zehar, gure ospitaleko Ardura Intentsiboko Unitatean, 70 urte baino gehiago zuten gaixoen sarrerak aztertu ditugu.

METODOAK

70 urte baino gehiagoko taldea 172 gaixok osatzen zuen, uniatean urte osoan izandakoen %26.9a. Honako datu hauek baloratu ditugu: Larritasun Indizea, Dependentzia Indizea, Batezbesteko Egonaldi Iraupena eta Hilkortasuna. Bi talde egin ditugu, «Koronarioak» eta «Polibaliodunak». Talde bakoitzean diagnostikoak, erabilitako iharduerak eta inzidentziak aztertu ditugu. Koronarioen multzoan aukera terapeutikoak eta ezbeharrak aztertu ditugu Infartuak jotako gaixoen artean.

EMAITZAK

172 ko multzotik 35 ziren polibaliodun taldekoak eta 137 koronarioak.

Talde koronarioa:

Batezbesteko adina 78 ± 5.7. Gizonezkoak 81 (%59), emakumeak 56 (%41). Egonaldia 3.7 ± 2.7 egun. %65 arazo koronarioengatik sartu ziren eta %26.3 bradikardiagatik. %50.4ak behar izan zuen markapaso bat ezartzea.

Bihotz-Infartu taldean %34.7ak jaso zuen fibrinolisia eta %15.2ak shock kardiogenikoa jasan zuen.

Hilkortasuna, talde honetan, %33a izan zen emakumeen artean eta %7.1a gizonezkoen artean. Talde osoan %8.76a.

Talde polibalioduna:

Batezbesteko adina 76.4 ± 4.1. Gizonak 23 (%65.7), emakumeak 12 (%44.3). Egonaldia 66 ± 2 egun. %48 kirurgia ondorengo arduretarako sartu ziren. %63ak behar izan zuen arnasketa artifiziala. %20ak zoldur nosokomialak eta %11.5ak porrot multiorganikoa pairatu zuten. Hilkortasuna %20koa izan zen. Adierazpen Indizea (APACHE II) gazteengan baino handiagoa izan arren hildakoen portzentaia antzekoa da (%20 / %13).

ONDORIOAK

Eztabaida handia dago AIUn zaharrei eman diteken laguntzari buruz. Halere, geroz eta onartuago dago adinak balore gutxi duela adierazpen faktore bezala.

Gure datuak aztertu eta gero ondorio hauek ateratzen ditugu:

A.– Polibaliodun Ardura Intentsioboko Unitatean:

1.– Zaharrak mantentzeko neurri gehiago behar dira.

Adibidez, arnasketa artifiziala, tentsioa mantentzeko medikazioa. Giltzur gutxiegitasun gehiago jasaten dute.

2.– Gaixo gehienak kirofanoetakoak dira

3.– Adierazpen Indizea (APACHE III) gazteengan baino handiagoa izan arren, hildakoen portzentaia antzekoa da (%20 / %13).

4.– Zoldur Nosokomialak %20a . Gehienak Neumoniak dira, arnasketa artifizialaren beharrak eraginda.

5.– Gazteek baino porrot multiorganiko gehiago daukate (%11.5 / %6.5).

B.— Koronario Ardura Intensiboko Unitatean:

1.– Gazteek baino markapaso gehiago behar dute.

2.– Orain arte debekatua egon arren, gaur egun gazteak beste fibrinolizatzen dira zaharrak (%34.3) eta konplikaziorik gabe.

3.– Hildakoen portzentaia %17.4a da. Gizonezkoen artean %7.1a eta emakume artean %33a.

4.– Arnasketa artifiziala behar dutenen artean hildakoen portzentaia %71.4 da. Baina guztien artean %15.2ak besterik ez du horren beharrik.

Datu hauek kontutan harturik uste dugu adina ez dela adierazpen faktore bezala hartu behar eta beraz, AIU batetan gaixo bat onartzerakoan bere bizitzaren kalitatea eta egoeraren larritasuna hartu behar dira aintzakotzat eta ez bere adina.

A
Abreu J.A.
Agirrebengoa K.
Aguirrezabal A.
Aizpuru M.
Akaiturri G.
Alberro J.A.
Alcaraz R.
Aldasoro E.
Alfaro J.
Alonso E.
Alvarez M.
Alvarez M.I.
Amezua B.
Amor T.
Antón C.
Aragón I.
Aranburu J.M.
Argandoña E.G.
Arrieta J.
Arrieta J.M.
Arrizabalaga M.
Arrizabalaga R.
Astigarraga J.
Astobiza G.
Azpiazu A.

B
Barturen F.
Basabe N.
Basterretxea J.M
Berdonces P.
Bidaurrazaga I.
Bidaurrazaga J.
Brouard I.
Busto C.

C
Callado L.F.
Carrera J.M.