# ESTROGENOEN ORDEZKO TRATAMENDUA MENOPAUSIAN

ETXANIZ URESA I.
Ginekologia

Berrogeitamar urteko adinaren inguruan emakumearengan ordurarte egon den oreka hormonala galtzen hasten da. Guzti honek fisiologiaren maila eta arlo desberdinen aldaketak eragiten ditu, eta, orokorki, gorputzeko fisiologiaren zenbait arloen inboluzioari hasiera ematen zaio.

Kasu askotan, orokorra ez izan arren, adin horretan lehen aldaketak igertzen dira, bai psikologikoak, bai aldaketa fisiko, nahiz metabolikoak. Orain dela 400 urte bizitzaren batezbesteko biziraupen esperantza 45 urtekoa zen, obulutegiaren fisiologiaren beherakadarekin batera gertatzen zena, baina gaur egungo biziraupen esperantza 77 urtetara iritsi da. Honek adierazten digu emakumeak bere bizitzaren urte asko egiten dituela estrogenorik gabe. Estrogenorik gabeko epe luze honen etorrerak ordezko tratamendu estrogenikoak lantzera eraman gaitu, mesedegarriak diren abantailak eskainiz eta, bide batez, ahalik eta akats edo konplikazio maila txikiena sortuz.

Gaia berez oso zabala izanik, ahaleginduko gara abantaila eta akats guzti horien azalpenak ematen, nahiz eta jakinaren gainean egon arlo asko geratuko zaizkigula soluziorik eman ezinean.



KALT
-ONDOR

B
H
Elka

SARRERA

Kaltzitaninak
galerazteko duen b
asko hazi da azken
luak bildu eta azte
argitzeko asmoz.

MATERILA ETA M

Index Medicus,
1992. urteen artean
sez, gazteleraz edo i
rekin gonbaraturik

# KALTZITONINAK MENOPAUSIA--ONDORENGO OSTEOPOROSIAN DUEN BALIOGARRITASUNA

BAZTERRETXEA J.; SANZ R.; LASA I.
Hirurak, Gurutzeko Ospitaleko Famili eta
Elkarterako Medikuntzako Mediku Residenteak

## SARRERA

Kaltzitaninak emakumeetan menopausiaren ondorengo osteoporosia galerazteko duen baliogarritasuna zalantzan dago, hala ere bere erabilera asko hazi da azken urteotan. Beraz, gai honi buruz publikatu diren artikuluak bildu eta aztertu ditugu, arlo honetan kaltzitoniaren erabilgarritasuna argitzeko asmoz.

## MATERILA ETA METODOAK

Index Medicus, Indice Medico Español eta Medline-n bitartez 1987 eta 1992. urteen artean publikatutako ensaio klinikoak bilatu genituen, ingelesez, gazteleraz edo italieraz idatzitakoak, eta kaltzitoniaren eragina plazeboarekin gonbaraturik aztertzen zutenak, menopausia ondorengo emakumee-

tan. Giltz-hitzak bezala, osteoporosia, menopausia eta kaltzitonina erabili genituen. Guztira, gure ustez baliodunak ziren 26 artikulu aurkitu genituen.

## EMAITZAK

Kaltzitonina estrogenoen alternatiba baliogarria izan daiteke ondorengo kasuetan:

— Osteoporosia jasateko arriskua duten emakumeetan, menopausia ondorengo lehengo urteetan erabiltzen bada.

— Osteoporosia duten emakumeetan, 65 urtez beherakoak badira.

Kaltzitoniarren eragina indibidualki aldakorra da eta tratamenduak eragina izango duen jakiteko, odolean agertzen diren hezurraren turnover-aren adierazleak aztertu beharko lirateke.

Esan beharra dago, hala ere ez dela frogatu epe luzean hezurren haustura kopurua gutxitzen duenik.

Kaltzitoninak osteoporosian sarritan agertzen diren minak baretzen dituela argi ageri da aurkitutako ikerketetan, baina ez dugu inon ikusi efektu analgesiko hau beste analgesiko tradizionalekin gonbaratu denik.

# LH-ANALOGOAREN ERABILPEN TERAPEUTIKOA GINEKOLOGIAN

TXUEKA F.; LEKUONA A.; PRADA M.

LH-Analogoak edo GnRH-Agonista deritzanak egitura aldetik GnRH hipotalamoko gonadotropina hormona askatzailearen antzekoak dira.

GnRH-Agonistak dekapeptido hipotalamikoak direnez,hamar aminoazidoez osatuak daude.Hipofisiaren erantzuna hipotalamoaren eragin ziklikoaren mende gertatzen da.GnRH-naturala entzimatikoki azkar desegiten da eta beraz bizitza laburra du.

GnRH-Agonistak 6 eta 10 garren aminoazidoetan aldaketa kimikoak eraginez bi berezitasun lortzen dira: 1)Hipofisiko GnRHrenganako errezeptoreen kidetasun haundia ; 2)Degradazio entzimatikorako eragoztasun luzea,honek biziraupen eta ekimen luzeagoa suposatzen duelarik.Horrela hipofisiko errezeptoreen gehiengoa okupatuz FSH-ren eta LH-ren erabateko askapena ematen da.

LH-Analogoak jarraian dosi haundian ematea hasierako estimulazio honek FSH-ren eta LH-ren askapen jarioa dakar hipofisiaren gain,bainan ondoren luzarora gonadotropina hauen gutxiagotze nabarmena dakarte.Bigarren fase honek hipogonadotropismo egoera erabakitzen du eta obulutegietako esteroide sexualen produkzioa ezabatzen da.Ondorioz guzti honek menopausiaren antzeko egoera ezartzen du.Hipofisia agortzean obu-

lutegiek es dute esteroide sexualen etekinik ematen eta ondorioz organismoa hipoestrogenismo hutseran gelditzen da.

Klinikoki LH-Analogoen erabilpena amaitzean hipotalamo-hipofisi ardatzak berreskuratzen du bere ekimena eta funtzioa berriro normaltasunera bideratzen da.

LH-Analogoen gaitasun honek gaur egun eskura ditugun gaixotasun ginekologiko asko estrogeno dependienteak direlarik kontrolatzeko eta menderatzeko lanabes baliagarria bihurtu zaizkigu.90eko hamarkadan ginekologian aurrerapen ikaragarria suposatzen du.

Ondorio desegokiak zuzenenean hipoestrogenismoari dagozkionak dira: amenorrea,berotasunak (%80-%100), baginako lehorreria, dispareunia, libidoaren gutxitzea etab. Luzaroko tratamenduan, hau da 6 hilabete baino gehiagokoan, osteoporosia eta hiperkolesterolemia batez ere nahiz eta oraingoz osteoporosiari buruz ikerketa egiteke dagoen.

## ERABILPEN TERAPEUTIKOAK

### Umetokiko miomatosia

Proportzioz ginekologiako ebakuntza ez-onkologiko gehienak umetokiko miomatosiagatik izaten dira.Patologia tumoral onbera izanik ere,gehien erabiltzen den terapeutika kirurgia izaten da.

Emakume gazteengan miomektomia egitera behartuak gaude haurrik ez dutelako edo mioma berak antzutasuna eragiten dietelako.Emakumeen adin erreproduktiboan %25ek leiomiomak izaten dituzte.Ipar Amerikan urtero 18.000 miomektomia egiten dira haur-izate nahia mantentzeagatik.Bestalde histerektomia ebakuntzaren morbimortalitatea dago,badira argitaratutako kasuistika batean %0,1-0,5eko hilkortasuna ematen dionik ere.

Miomatosia duten gaixo hauek gehienbat adierazten diguten sintomatologia honakoa da:menometrorragia,odolgaltzearen ondoriozko anemiarengatik astenia,tumorearen haunditzeak daraman sabelaldeko tirabira eta batzutan tumorearen nekrosia (degenerazio gorria).

Jakina da leiomiomatosiak dependentzi estrogenikoa duela eta alderantziz hipoestrogenismoa gertatzean menopausian bezala tumorearen bolumena gutxiagotzen dela.

Orohar analogoaren erabilera 28 egunetik behin 3,7 mg m.b.,hiru edo lau hilabeteetan nahikoa izaten da tumorearen %38 eta %61 bitarteko txi-



kiagotzea lortzek
errebote efektua
patologia berdin
leiomiometan zi
denbora murrizt
mikoa erraztea (
transfusiorik eza

### Endometriosia

Endometriok
sia deitzen zaio.G
matologia adieraz
askotan pelbiseko
kume askorengan

Aspaldidanik
endometriosia de
dela zai egon.Pro
kin azkenean kir
eta anexektomia
ek beren metabol
tatzea eskatzen d
irtenbide desegok

Endometrios
bihurtu dira.Hipo
tzuren ondarrean

Diagnostikoa
(American Fertilit

Tratamendua
ro,gutxienez 6 hil

Analogoen era
bainan murritza
5 cm-ko neurria b
koa eginez,kistea
LH-Analogoekin t

Gaurdanik an
dezake ordezka te
aurreratua denean.

kiagotzea lortzeko.Ondoren ebakuntza egiten da zeren eta bestela berriro errebote efektua deritzana gertatzen baita eta mioma hasierako neurri eta patologia berdinera itzultzen da.Ebakuntza-aurreko analogoekin trataturiko leiomiometan zihurtatu ahal izan dugu ondorio nabarmena:ebakuntzaren denbora murriztea,baskularizazio eskasa eta odolgaltze txikia,disekzio anatomikoa erraztea (miomektomietan garrantzizkoa),ebakuntzaren ondoren ia transfusiorik eza eta morbilitate oso arina.

**Endometriosia**

Endometrioko guruina eta estroma umetokitik at dagoenean endometriosia deitzen zaio.Gaixotasun hau duten emakumeek (%5) mota askotako sintomatologia adierazten dute:sabel-barneko oinazea,dismenorrea,dispareunia,eta askotan pelbiseko tumorazioa (endometrioma deritzona).Beste batzutan emakume askorengan antzutasuneko faktore bezala aurkitzen dugu (%40).

Aspaldidanik jakina da obulutegien funtzio fisiologikoa bukatzearekin endometriosia desagertzen dela baina argi dago menopausia iritsi arte ezin dela zai egon.Prozesu aurreratu eta larrietan adherentzi eta maiz berritzearekin azkenean kirurgia erradikala egitera bultzatzen gaitu,hots:histerektomia eta anexektomia bikoitza.Honek gaixotasuna sendatu arren amakume gazteek beren metabolismo eta erreprodukzio gaitasuna mantentzea eta errespetatzea eskatzen dute eta hau indarreko arrazoia dugu erabateko kirurgia irtenbide desegokia dela adierazteko.

Endometriosiaren tratamenduan LH-Analogoak tresna garrantzitsua bihurtu dira.Hipoestrogenismoaren ondoren tratamendua uztearekin aste batzuren ondarrean hilekoa eta obulazioa berriro normaltasunera itzultzen dira.

Diagnostikoa laparoskopiaren bidez egiten da eta sailkapena A.F.S. (American Fertility Society) kriterioekin.

Tratamendua zikloaren bigarren zatian (20-23garren egunean) hilabetero,gutxienez 6 hilabetez eta gehienez 8 hilabetez,eta dosia 3,7 mg m.b.

Analogoen eragina ongarria dela ikusi da inplante endometriosikoentzat bainan murritza edo baliogabea endometrioma dagoenean.Kasu hauetan 5 cm-ko neurria baino txikiagoa dutenean ziztatu eta aspirazio laparoskopikoa eginez,kistea zapuztu eta termokoagulatzearen ondoren 6-8 hilabeteko LH-Analogoekin tratamendua ezartzen da.

Gaurdanik analogoek eskuartean izanik ere terapeutika medikoak ezin dezake ordezka terapeutika kirurgikoa batez ere endometriosiaren maila aurreratua denean.

**Analogoen beste aplikazioak**

– IVF:In vitro fertilizapen programetan gaur egun %75 ziklo baino gehiagotan LH-Analogoak erabiltzen dira hipofisiaren mozketan.Hara nola obulutegiko folikuluen erantzuna hobeagotzen da enbrioi ugariago eta haurdunaldi kopuru altuagoa lortuz orain arteko beste protokoloekin konparatu ezkero.

– Bularreko eta prostatako minbiziak

– Pubertaro goiztiarra

– Obulutegi polikistikoen sindromea

– Hirsutismoa

– Hipermenorrea eta umetokiko odoluste disfuntzionala

– Antisorgailu gisa



# ESKUALDE
# MIOKAR
# EZAU

AKAITURRI G.;
ASCAS

## SARRERA

Unitate koronar
ondorioz agertzen zi
kan jarri zen, gaixo
izan, farmako tronbo

## HELBURUA

Lan honek helbu
duen gaixoaren ezau
bestetik, hauek positi
hauek lehen bait leh
garriak direla frogatu

# ESKUALDE OSPITALE BATEAN IKUSITAKO MIOKARDIO-INFARTUDUN GAIXOEN EZAUGARRIAK TRATAMENDUA ETA EBOLUZIOA.

AKAITURRI G.; ANTON C.; INDURAIN J.; ALDAZ J.; OTERO E.; ASCASO C.; FERNANDEZ B.; GONGETA M.

## SARRERA

Unitate koronarioak sortu zirenetik, zeintzutan miokardio-infartuaren ondorioz agertzen ziren arritmia hilgarrien tratamendu intentsiboa praktikan jarri zen, gaixo hauen tratamenduan ez da aurrerapen garrantzitsurik izan, farmako tronbolitikoak sartu diren arte.

## HELBURUA

Lan honek helburu bi ditu: Alde batetik, Miokardio-infartu bat jasaten duen gaixoaren ezaugarriak eta tratamenduaren ondorioak ezagutzea, eta bestetik, hauek positiboak badira, gure osasun barrutiko gaixoei tranbolitiko hauek lehen bait lehen jartzeko aukera eskeintzea, non bereziki, oso onuragarriak direla frogatu den.

## MATERIALA ETA METODOA

Atzeranzko ikerketa bat egin dugu, zeinetan 5 urtetan zehar (1.989-1.993), miokardio-Infartuaz diagnostikatutako 127 gaixo sartzen diren, datuak estatistikoki prozesatuz.

## EMAITZAK

127 gaixo ikusi genituen; hauetatik, %75-a sintomak hasi eta lehenengo sei orduak baino lehen etorri ziren ospitalera.

54 gaixori ez genion tratamentu tronbolitikorik jarri, adina izan zen arrazoia gehienetan (%50-ean), gainontzekoak, igarotako denbora (sei ordu baino gehiago), duela gutxiko odol jarioak edo eta buruko iskemia edo hemorragia izan zirelarik.

Beste guztiei (73), tratamentua jarri genien; %19-ri Urokinasa, %46-ri r-TPA, eta besteei (%35) biak, urokinasa eta r-TPA.

Alta eman ondoren eta handik gutxira eman zen hilkortasuna %10-a izan zen, beste nazioarteko ikerketa batzuetan agertzen denaren antzekoa; GISSI-2 (%9-a) edo ISIS-3 (%10,5-a). Tratamendua jarri ez zitzaienen arteko hilkortasuna %24-a izan zen.

%73-an, tratamenduaren ondorioz ez zen konplikaziorik agertu, besteek (%27), garrantzi gutxiko odol jarioaren bat izan zuten.

%56-an, erizpide klinikoak jarraituz (Q ondaren desagertzea, ST segmentuaren jeitsiera, birperfusio arritmiak, CPK entzimaren jeitsiera), koronarien birperfusioa lortu zen, tronbolitikoa zenbat eta lehenago jarri eta birperfusioaren artean, erlazio positibo eta estua ikusten delarik.

## KONLUSIOA

Azkenik, konklusio gisa, tratamendu tronbolitiko goiztiarrak, ondorioak hobetzen dituela uste dugu, sintomen hasieratik eta lehenengo sei orduetan jartzen bada batipat, eta puntu honetan, Eskualde Ospitaleak garrantzi handia dutela uste dugu, zeren pasatutako denbora arrazoi delarik, Miokardio-Infartuaren gaixo-hilkortasuna urritzeko oso eraginkorra den tratamentu tronbolitikoa jarri gabe gelditzen den jende kopurua gutxitu bait dezakete.



## BIBLIOGRAFIA

— Gruppo itali
(GISSI). *Effectiveness*
*tion.* Lancet. 1986; 1

— AIMS Trial
*acute myocardial infr*
Lancet. 1988; 1: 545

— WILCOX RG.
HAMPTON JR.; *Trial*
*myocardial infarction*
Lancet. 1988; 2: 525

— ISIS-2 (Seco
Group. *Randomized*
*among 17,187 cases*
2: 349-360.

— Gruppo italia
co. GISSI 2: *A factor*
*versus no heparin am*
1990; 336: 65-71.

— BENEDICT CR
*to trombolítico revisio*
1992; 7: 57-68.

## BIBLIOGRAFIA

— Gruppo italiano per lo Studio Della Streptochinasi Nell'infarto Miocardico (GISSI). *Effectiveness of intravenous thrombolitic tratment in acute myocardial infarction.* Lancet. 1986; 1: 397-401.

— AIMS Trial Study Group. *Effect of intravenous APSAC on mortality after acute myocardial infraction: preliminary report of a placebo— controlled clinical trial.* Lancet. 1988; 1: 545-549.

— WILCOX RG.; OLSSON CG.; SKENE AM.; VON DER LIPPE G.; JENSEN G.; HAMPTON JR.; *Trial of tissue plasminogen activator for mortality reduction in acute myocardial infarction: Anglo-Scandinavian Study of Early Thrombolysis (ASSET).* Lancet. 1988; 2: 525-530.

— ISIS-2 (Secondo internacional Study of infarct Survival) Collaborative Group. *Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirine, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS 2.* Lancet. 1998; 2: 349-360.

— Gruppo italiano per lo Studio Della Streptochinasi Nell'infarto Miocardico. GISSI 2: *A factorial randomized trial of alteplase versus streptokinase and heparin versus no heparin among 12.490 patients with acute myocardial infartion.* Lancet. 1990; 336: 65-71.

— BENEDICT CR.; MUELLER S.; ANDERSON HV.; WILLERSON JT.; *Tratamiento trombolítico revision de los conocimientos actuales.* Hospital Practice (ed, esp). 1992; 7: 57-68.

# HEMODINAMIKA LABORATEGIA ETA MIOKARDIO-ERREPERFUSIOA

IBARGUREN K.; TXOPERENA G.; URBISTANDO J.;
AZKARRATE I.; GARCIA-ALONSO J.; ROMO E.

Azteria koronario baten butxadurak miokardioan sortzen duen iskemia ekiditeko modu ezberdinak baldin badaude ere, zoritxarrez, nahi baina maizago, eskasak suertatzen dira gaiso konkretu baten problema konpontzeko orduan. Horrela, teknikak bere eskumen guztia ezarri du batetik arteria irekitzearen erronka horretan eta bestetik berriz itxi ez dadin bitartekoak asmatzen.

Momentu honetan erreperfusioak hiru molde nagusi ezagutzen ditu. Farmakoak, fibrinolitikoak buru dituztela. Hemodinamika-laborategiko teknika ezberdinak. Kirurgia, modu agrasdiboena bezala, baina luzarora bizitza-pronostikoari dagokionean bigarren taldeak baino emaitza hobeak lortzen dituena. Dudarik gabe bakoitzak bere indikazio eta kontraindikazioak ditu, baina ez da hau komunizaioren gaia. Bigarren talde horretako teknikak eta bakoitzaren aplikazioak aipatuko ditugu laburki.

Hemodinamika laborategian garatu daitezkeen tekniken artean baloibidezko angioplastia dugu izarra. Infartoaren fase akutuan, kirurgiarekin batera bere aplikazioa izan dezake Shock-Kardiogeniko egoeraren aurrean; baina bere aplikazio garrantzitsuena ondorengo faseetan da. Iskemia kroni-



koa sortzen duen ater
tza-pronostikoan duer
erabat hobetzen du.

Gruentzg-ek 197
asko hobetu da teknik
keta akutua eta birres
kardioarengan, infartu
zuzentzeko beste tekni
gia beharrezkoa da. B
sei hilabeteetan eta z
erronka nagusia.

Baloi-bidezko angi
dira STENT, LASER
baloratzeko ikerketak f
emaitza hoberik erakus

ESTENT-ri dagoki
baloi-bidezko angiopla
tratamentua behar du
behar diren lesioetan er
(%64 lehen sei hilabete
garria. Ez da ahaztu b
eskatzen duela eta hone

LASER-rari dagoki
laserrak era baloi-angio
indikazioa. "Excimer" m
lesio luzeetan edo ostium
zioa. Baloi-Bidezko ang
den kirurgiaren aukera a

ATEREKTOMIA e
eta erreserborio batean g
daiteke) batetik eta bes
birrindu eta mikropartik
ak muga ugari ditu odol-
bukaera aldera dagoenea
ferikoak ugariak direnea
tzak ez dira txarrak, hala
nontzeko arterien lesio h

koa sortzen duen ateroma plakaren aurrean bere balioa frogatu du; eta bizitza-pronostikoan duen eragina oso garrantzitsua ez baldin bada ere, klinika erabat hobetzen du.

Gruentzg-ek 1977-an lehen angioplastia egin zuenetik dudarik gabe asko hobetu da teknika. Hala ere, bi muga nagusi mantentzen ditu: butxaketa akutua eta birrestenosi berantiarra. Lehenak ondorio latzak ditu miokardioarengan, infartu akutua eta heriotza ere eragin ditzakeelarik. Berau zuzentzeko beste teknika batzuk froga baldin badaitezke ere, askotan kirurgia beharrezkoa da. Birrestenosi berantiarra %30-40-an ematen da lehen sei hilabeteetan eta ziurrenik hori ekiditen dauka kardiologiak egungo erronka nagusia.

Baloi-bidezko angioplastiaren bigarren muga hau gainditu asmoz sortu dira STENT, LASER eta ATEREKTOMIA bezalako teknikak. Emaitzak baloratzeko ikerketak falta baldin badira ere, orainartekoek ez dute hauen emaitza hoberik erakusten.

ESTENT-ri dagokionez, bere aplikazio garrantzitsuenak bi dira: batetik baloi-bidezko angioplastian zehar emandako butxaketa akutua eta birritan tratamentua behar duen birrestenosia bestetik. Stent bat baina gehiago behar diren lesioetan emaitzak oso txarrak dira birrestenosiari dagokionean (%64 lehen sei hilabeteetan) eta beraz bere erabilera ez da batere gomendagarria. Ez da ahaztu behar Stent bat eramateak antiloagulazio kronikoa eskatzen duela eta honen ondoriak ez dira mespretxagarriak.

LASER-rari dagokionean, bi mota daude. Baloi-angioplastiari lotutako laserrak era baloi-angioplastian zehar emandako butxaketa akutuan dauka indikazioa. "Excimer" motako laserrak berriz koronarien eritasun hedatuan, lesio luzeetan edo ostium-a harrapatzen duten lesioetan eduki dezake aplikazioa. Baloi-Bidezko angioplastiarako egokiak ez diren lesio hauetan dena den kirurgiaren aukera aztertu behar da.

ATEREKTOMIA ere bi motatakoa izan daiteke: ateroma plaka ebaki eta erreserborio batean gordetzen duena (atera ondoren mikroskopioan azter daiteke) batetik eta bestetik "Rotablator" mota. Bigarren honek plaka birrindu eta mikropartikulak odol zirkulaziora jaurtikitzen ditu. Lehenengoak muga ugari ditu odol-hodia hestua denean, lesioa luzea denean, hodiaren bukaera aldera dagoenean, inguruan bihurgunea dagoenean, edo lesio periferikoak ugariak direnean. Lesio ultzeratu eta odol-bildu freskoetan emaitzak ez dira txarrak, hala nola eskuineko koronariaren ostium-ean edo gainontzeko arterien lesio hurbiletan. Rotablatorrak ez ditu hainbeste muga eta

lesio kaltzifikatuetan edo erabat butxaturik dagoelako beste inola ireki ezin diren arteriatan erabilgarria da.

Beste teknikak ere ikerketa fasean daude: ultra-soinuak, laser bidez miokardioan lortutako erreperfusio kanalak, etab. Dena den, momentu hauetan arteria irekitzea ez, baizik sei hilabeteren barruan irekia mantentzea da lortu beharrekoa. Bide honetan ingenieritza genetikoak, biologia molekularrak eta lesio bertan aplikatutako produktu kimikoek ere zer esana eduki dezakete.



# KARDIC

SAN VIC

Orain dela be
toris Koadro Klin

Mende Hone
mortalitatearen ka
produktiboko pe
arloan aurrerapen
bizitzaren kalitatea
kirurgia eta kardio

Zirkulazio ko
ro-k zirkulazio ko
(ZKBK) hasi ziren
bihotzeko estruktu
rik gabe operatzek
Gruentzig-ek emar
koronarioko estuas
ka ezkirurgikoak (Z

# KARDIOLOGIAKO AZKEN AURRERAPEN TERAPEUTIKOAK

SAN VICENTE ESTOMBA J.M.; TELLERIA EGIBAR R.

Orain dela berrehun urte inguru, oso zehazki deskribatu zen Angor Pectoris Koadro Klinikoa eta, aldi berean, Nitritoen erabilpena.

Mende Honetan, Mendebaldeko gizartean, ateroesklerosi koronarioak, mortalitatearen kausarik inportanteena bihurtzeaz gainera, gazteak eta adin produktiboko pertsonak jotzen ditu, gizonezkoak bereziki. Farmakologi arloan aurrerapen handiak izan dira, baina azken bizpahiru hamarkadaotan bizitzaren kalitatea eta luzapena hobetzeko, kasu ondo hautatuetan bederen, kirurgia eta kardiologia interbentzionista delakoa izan dira nagusi.

Zirkulazio koronarioa berrezartzeko prozedurak, 1968. urtean Favoloro-k zirkulazio koronarioa berrezartzeko desarroilatu zuen kirurgiarekin (ZKBK) hasi ziren. 1977. ean kardiologia interbentzionista jaio zen, hau da bihotzeko estruktura eta zainetan azaletik sartutako kateterren bidez ebakirik gabe operatzeko aukera; kardiologiarako oso bultzada garrantzitsua zen Gruentzig-ek emandakoa, kateter puntan jarritako glogo baten bidez arteria koronarioko estuasuna zabalduz, zirkulazio koronarioa berrezartzeko teknika ezkirurgikoak (ZKBTE) sortu bait ziren.

Hemodinamistak gero eta ausartago bilakatu dira, eta egia esan, gero eta arrakasta handiagoarekin; hasieran, zirkulazio koronarioa berrezartzeko premia zuten gaixoetarik ehuneko hamarri aplikatu zitzaien teknika ezkirurgikoa, gaur egunez, erdiari. ZKBTE-ak badu mugapenik eta hauek gainditzeko, kasu berezitarako eta globoz egindako konplikazioak konpontzeko badira berriki sortutako beste teknika ezkirurgiko batzuk. Gehien erabiltzen direnak hauexek dira: Aterotomia (hiru moetakoa dena, Bideratua, Birakaria eta Erauzlea), Laserrezko Angioplastia eta Stent protesiaren kokapena.

Munduan, Espania mailan zein gure artean izan duten garapenari begiratuz, hemen teknika hauen lorpenak, eta akats eta konplikazioak, indikazio eta kontraindinkazioak aurkezten dira.



# BARI

MUGICA F.

Zirrotikoen %
zehar, hauengandik
Barizeen odoljario
beste aldetik kontu
joera eta gainera %
lehendabiziko hama

Honela eta bar
egingo dira (bai od
hauen etorkizuna h
efektiboa izan behar
gastroskopiaz baliat
somatostatina erabil
nak aplikatzen ditug

Odoljarioaren it
en esklerosia erabiltz
hestegorriko transel
intrahepatiko portos

# BARIZE GASTROESOFAGIKOAREN ODOLJARIOA

MUGICA F.; PIEROLA A.; EGAÑA M.; URIA G.; FALCES A.

Zirrotikoen %50-etik %80-engan barizeak izaten dira eta bizitzan zehar, hauengandik hiruTIK batek behin gutxienez odoljarioa izango du. Barizeen odoljario bakoitzean hiltzeko arriskua %20 - %30-koa izanik, beste aldetik kontutan hartzekoa da barizeen odoljarioak berragertzeko duen joera eta gainera %40-an lehenbiziko 72 orduetan gertatuko da eta %60-an lehendabiziko hamar egunetan.

Honela eta barizeen ondorioz,urte batetara paziente hauetatik %60 hil egingo dira (bai odoljarioz bai gibeleko deskonpesazioz).Horregatik gaixo hauen etorkizuna hobetu nahi badugu, tratatzeko aukeratzen den teknikak efektiboa izan behar du epe labur batean. Odoljarioaren iturburua jakiteko gastroskopiaz baliatzen gara, bitartean basopresina eta nitroglizerina edo somatostatina erabiliz, eta aurkitutakoaren arabera teknika mota desberdinak aplikatzen ditugu:

Odoljarioaren iturburua hestegorriko barizeetan kokatzen bada, barizeen esklerosia erabiltzen dugu. Urdaileko barizetan berriz, duela urte batzuk, hestegorriko transekzioa Staplen bidez erabiltzen zen; gaur egun Shunt intrahepatiko portosistemiko transjugularra (TIPS) aukeratzen da.

## MATERIALA ETA METODOA

1984-etik 1994 arte barizeen odoljarioz ingresatu diren 99 gaixo aztertu dira. Odoljarioaren iturburua jakiteko gastroskopiaz baliatu gara, bitartean basopresina eta nitroglizerina edo bestela somatostatina erabiliz. Endoskopiaz odolisuriaren iturburua ikusiz, hestegorriaren barizeena baldin bada esklerosiz eta urdailarenak izaten badira orduan Staplez transekzio esofagikoz aintzinan eta shunt intrahepatiko portasistemiko transjugularraz (TIPS) azken urte hauetan tratatzen dira.

## EMAITZAK

Teknika horiekin izan den gainbizitza eta berrodoljarioen kopurua azaltzen da eta konparatu egiten da.

## EZTABAIDA

Barize esofagikoen odoljarioetan gure hasierako tratamendua zalantzarik gabe esklerosia da. Hau egin eta gero odoljarioa berragertzen bada bigarren aldiz esklerosia egiten saiatzen gara eta hala ere ez bada nahikoa, horduan TIPS edo bestela tratamendu kirurgikoa, shunt protosistemikoa, esplenorenala ala hestegorriaren transekzioa (debaskularizazioarekin ala gabe) eta aspaldi honetan gibeleko transplantea kontraindikaziorik ez badago, horretarako aukeratuaz.

Barize gastrikoetan ordea aurrenik TIPS da gure aukerakoa (aintzinean transekzioa) eta teknika hau egiterakoan odoluste aktiboa baldin badago orduan barizearen enbolizazioa egiten da, arazoa ez bada horrela konpontzen orduan ere tratamendu kirurgikoaz saiatzen gara.

## BIBLIOGRAFIA


— *Bleeding gastroesophageal varices.* Seminars in liver disases, 13 nº4, 1993.

— *Portal hypertension.* Okuda, Benhamou, 1991.

— *Therapy in liver diseases.* Rodes, Arroyo, 1992.

— *TIPS vs sclerotherapy for variceal hemorrhage.* Hepatology 16, 1992.

— *Role of endoscopic variceal sclerotherapy in the long term management of variceal bleeding.* Gastroenterology 96, 1087-92, 1989.




AUTO
OS

Paziente batek
autologoaz (TA) ec
rik seguruena dena
ren arriskua desage
fusional gehienak e

TA-rako bost
2) Hemodiluzio ak
4) Ebaketa-uneko a

Donostiako G
martxan EAA progr
ko emaitzak aztert
duten pazienteetan
ta baldintza hauek
rutetik beherakoa
azken boladan krisi
odola ematera joate
eguneko tartearekin
egun lehenago gutx

# AUTOTRANSFUSIOA. GIPUZKOAKO OSPITALEKO ESPERIENTZIA

FURUNDARENA J.R.

Paziente batek emandako odola berari transfunditzen zaionean tranfusio autologoaz (TA) edo autotransfusioaz hitz egiten dugu. Transfusiorako biderik seguruena denak, abantaila hauek ditu: eritasun infekziosoen transmisioaren arriskua desagertzen du, aloinmunizaziorik ez du sortzen, erreakzio tranfusional gehienak ekiditen ditu eta odol homologoa aurreztea lortzen du.

TA-rako bost era daude: 1) Ebaketa-aurreko autotransfusioa (EAA). 2) Hemodiluzio akutu normobolemikoa. 3) Ebaketa-aurreko eritroferesia. 4) Ebaketa-uneko autotransfusioa eta 5) Ebaketa-ondorengo autotransfusioa.

Donostiako Gipuzkoako Ospitalean 1992-ko uztailean jarri genuen martxan EAA programa bat eta ondoren 1993-ko urte-bukaera arte izandako emaitzak aztertuko ditugu. Era honetako TA, ebaketa programatua duten pazienteetan egin daiteke eta Gipuzkoako odol-bankuak hala erabakita baldintza hauek bete behar dira: ebaketaren data arretik erabakitzea; 70 rutetik beherakoa izatea; kardiopatia dutenak, epileptikoak direnak edo azken boladan krisi asmatikoak izan dituztenak ez dira onartu. Pazientea odola ematera joaten den bakoitzean 450ml. ematen ditu, emanaldiak 3-7 eguneko tartearekin egiten dira eta azkenekoa ebaketa-eguna baino 4-5 egun lehenago gutxienez. Emandako odol-poltza 35 egunetara kadukatzen

da. Emanaldiak hasten direnetik pazienteak sulfalto ferrosoa hartzen du ahoz eta ebaketa-ondoren bere medikuak erabakitzen du zenbat denboraz hartu behar duen.

Epe horretan 51 paziente sartu dira programan eta espezialetateen arabera honela sailkatu dira: traumatologia (39), urologia (11) eta kirurgia orokorra (1). Azterketa honetan protesia jarri zitzaien traumatologiako 38 paziente bakarrik hartuko ditugu kontuan (beste bati ebaketa ezberdin bat egin zitzaion). Ondorengo taulan adierazi ditugu talde honi dagozkion datuak eta ondoan ipini ditugu 1993-an autoransfusio-programan sartu gabe ortoprotesiak jartzeko ebaketa kirurgikoa eduki zuten beste 48 paziente.

| | EAA | | TH | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | AP1 | BP | AP1 | AP2 | BP |
| Zenbat | 30 | 8 | 27 | 10 | 11 |
| Adina | 59 | 65 | 70 | 71 | 71 |
| Sexoa (G/E) | 19/11 | 2/6 | 14/13 | 6/4 | 3/8 |
| Emandako odol-unitateak | 4.17(3-6) | 3.62(3-6) | - | - | - |
| Tranfusioak: | | | | | |
| -autologoak | 3.43 | 2.75 | - | - | - |
| -homologoak | 0.13 | 1.25 | 2.81 | 4.7 | 3.45 |
| Ebaketa-aurreko Hb | 12.3 | 11.5 | 13.4 | 13.0 | 12.6 |
| Ebaketa-ondorengo Hb | 11.1 | 10.7 | 11.4 | 10.7 | 11.1 |
| Egunak ospitaleratuta | 17 | 19 | 17 | 43 | 18 |
| Ebaketaren iraupena (min) | 114 | 135 | 111 | 189 | 159 |

AP1: Aldakako protesia lehen aldiz; AP2: Adakako protesi zaharraren aldaketa; BP: Belauneko protesia; TH: Transfusio homologoa.

Odol-galeran eragina izan dezakeelako protesia zementatua zen ala ez kontutan hartuta EAA taldean gehiengo haundi bati protesi ez-zementatua jarri zitzaion eta ezin genuen konparaziorik egin. TH taldean berdin gertatu da belaunekoekin eta beraz konparazioa aldakako lehen protesietan bakarrik egin ahal izan dugu: zementatua jarri zitzaien 17 pazienteek batazbeste 2.65 odol-unitate behar izan zituzten eta aldiz protesi ez zementatua jarri zitzaien 10 pazienteek 3.10 ($p=0.52$).

EAA taldeko AP1 azpitaldekoek odol-unitate gehiago behar izan zituzten: 3.56 unitate, TH taldeko AP1 azpitaldekoek aldiz 2.81 unitate ($p<0.05$). Dena dela lehen taldean, transfunditutako ia unitate gehienak



autologoak izan
rik behar izan. B
rentziak ez zuen
%75ean ez zuten

Autotransfus
paziente sartu zit
10 beste arrazoier

## ONDORIOAK

— Autotransf
giakoak izan ziren
aurretik jartzeko e
ma honetan.

— EAA taldel

— Autotransf
ebaketetan pazient

— Ebaketa-au
bada ere ebaketa-o
zein besteek.

— Ospitalerat
tean. TH taldeko
($p<0.05$).

— Ebaketa bu
programan sartutak

— Programa h
dira. TH taldeko 1
askotan ez da mug
egin beharko litzat
honetan sartzera bu

autologoak izan ziren eta pazienteen %93.3k ez zuen transfusio homologorik behar izan. Bestalde eta BP azpitaldeetako odol-kontsumoen arteko diferentziak ez zuen esangura estatikorik agertu (p=0.57= eta EAA taldeko %75ean ez zuten transfusio homologorik behar izan.

Autotransfusio-programan ez sartzeko zergatiak aztertuz ikusi dugu 18 paziente sartu zitezkeela, 15 kasutan adinarengatik ez zirela sartu eta beste 10 beste arrazoiengatik (hauen artean 70 urtetik gorako 6 paziente).

## ONDORIOAK

— Autotransfusio programan sartu ziren paziente gehienak traumatologiakoak izan ziren, gehienbat protesiak jartzeko ebaketetarako. Ebaketa-data aurretik jartzeko ematen duen posibilitateagatik erraz sartu daitezke programa honetan.

— EAA taldeko batezbesteko adina bajuagoa izan da.

— Autotransfusioari esker AP1 ebaketetan pazienteen %93.3-an eta BP ebaketetan pazienteen %75-ean transfusio homologorik ez zen behar izan.

— Ebaketa-aurreko Hemoglobina (hb) EAA taldean bajuagoa baldin bada ere ebaketa-ondorengo analisietan hb berdintsua agertzen dute batzuk zein besteek.

— Ospitaleratuta irauten duten epea berdina da talde batean nahiz bestean. TH taldeko AP2 azpitaldekoek ospitaleratze luzeagoa behar dute ($p<0.05$).

— Ebaketa burutzeko behar den denbora ez da luzatzen autotransfusio programan sartutako pazienteetan.

— Programa honetan paziente gehiago sartzeko ahaleginak egin behar dira. TH taldeko 18 paziente sartzea posible zen eta adina ere Odol-Banku askotan ez da muga izaten, beraz 70 urteko muga kendu edo malgoagotu egin beharko litzateke. Beste espezialitateetako pazienteak ere programa honetan sartzera bultzatu behar dira.

# MAZKURIKO MINBIZIAREN TERAPIA GENETIKORAKO PROPOSAMENA

GONZALEZ-ZULUETA M.(1); JONES P.A.
University of Sourthen California (U.S.C.),
School of Medicine, Los Angeles, California, U.S.A.

Azken bi hamarkadetan genetika molekularrak zera erakutsi du: minbizi mota asko faktore genetikoen eraginez sortzen direla. Espezifikoki, giza minbiziak onkogeneen espresio ektopikoaren ondorioa izan daitezke, baita minbizi gene supresoreen espresio ezaren ondorioa ere. Adibidez, zenbait birikako minbizitan, c-ras eta c-myc onkogeneak neurriz kanpo espresatzen dira, bularreko minbizian berriz neu onkogenea gainespresatzen da. Era berean, mazkuri, kolon, birika, azal eta bular kasuetan minbizi-gene supresorea den p53-n mutazio puntualak gertatzen dira maiz.

Zenbait giza gaixotasun genetiko, ADA defizientzia eta Gaucher-en gaixotasuna kasu, terapia genetikoaren bidez tratatu da arestian. Terapia genetikoak gene exogeno funtzionala tartekatzen du gaixoaren zelula disfuntzionalen genoman (DNA molekularen barruan). Minbizia gaixotasun genetikoa den ezkero, terapia genetikoa aplikatzen hasia da hainbat minbiziren tratamendurako. Ipar Ameriketako Recombinant DNA Advisory Comittee-k 30 protokolo kliniko onartu ditu dagoeneko, minbizi mota ezberdinak terapia genetikoaren bidez tratatzea proposatzen dituztenak.



Mazkuriko
tziaz Estatu Bat
genetikoen arabe
man dagoen p53
minbizi mota ho
an mutazioak m
baxukoetan bain
erasokorragoak d

Gure taldea
koaren bidez trat

— p53
geno osasunt
haren espresi

— Zelul
birusaren **tk**
sa entzimak,
bihurtuz. Ga
tzen ditu entz

Kasu bietan,
erretrobirusa gene
barreia dadin ebita
zen ditu, kantzerd
erruz espresatzen d

## PROTOKOLOA

Minbizi indu
EJ zelulak **nude** iz

Minbizi detek
nuan zitokina ho
Zitokina honen pr

Terapia geneti
rala uretran zehar
tologiak egiaztatze

Osteosarkoma
garuneko tumoreal

Mazkuriko kartzinoma trantsizionala hirugarren minbizia da frekuentziaz Estatu Batuetako gizonezkoen artean. Burutu berri diren ikerketa genetikoen arabera, hala 9 kromosomako delezioak hala nola 17 kromosoman dagoen p53 genean mutazio puntualak eta delezioak aurki daitezke minbizi mota honen zelula kantzerdunetan. Aipatu beharra dago p53 genean mutazioak maizago gertatzen direla gradu altuko kartzinometan gradu baxukoetan baino. Honez gain, p53 genearen mutazioekiko kartzinomak erasokorragoak dira, metastasirako joera nabarmenagoa erakutsiz.

Gure taldea bi ildo ari da jarraitzen mazkuriko minbizia terapia genetikoaren bidez tratatzeko:

— p53 gene mutatua duten zelula kantzerdunetan, p53 gene exogeno osasuntsua sartu. Azken honek genoma insertatu beharko luke, haren espresioak minbizia supresatuz.

— Zelula kantzerdunetan "suizidioa" eragiten duen herpes smiplex birusaren **tk** genea sartu. Gene honek kodifikatzen duen timidina kinasa entzimak, ganziklovir farmakoa metabolizatzen du gai zitotoxikoa bihurtuz. Ganziklovir-ekiko tratamenduak, beraz, "suizidio"ra bultzatzen ditu entzima sintetizatzen duten zelula kantzerdunak.

Kasu bietan, gene exogenoa minbizi barnera garraiatzen duen bitartekaria erretrobirusa genetikoki ugaldu eta eraldatua izan da, zelula osasuntsuetara barreia dadin ebitatzeko. Bektore honek arin erdibitzen diren zelulak infektatzen ditu, kantzerdunak batipat. Behin genoman insertaturik, gene exogenoa erruz espresatzen da LTR deitutako promotore erretrobiral indartsuei esker.

## PROTOKOLOA

Minbizi indukzioa: gradu altuko giza mazkuriko minbizi batetik eratorri EJ zelulak **nude** izeneko xaguen mazkurian inokulatzen dira uretran zehar.

Minbizi detekzioa: EJ zelulek interleukina-6 jariatzen dute. Beraz, gernuan zitokina honen presentziak minbiziaren hazkundea erakusten du. Zitokina honen presentziak minbiziaren hazkundea erakusten du.

Terapia genetikoa: gene exogenoa garraiatzen duen bitartekari eretrobirala uretran zehar infusatzen da. Minbiziaren erregresioa, azkenik, histopatologiak egiaztatzen du post-mortem analisian.

Osteosarkoma, T-zelula leukemiak, birikako minbizia, eta arratoien garuneko tumoreak era honetako saioetan tratatu dira arrakastatsu.

# ASPIRINA: "MENDEKO FARMAKOA"

URIA G.; AGINAGA J.R.; BUENO A.

Aurrerapen zientifikoetan oinarritua dagoen mende honetan, fenomeno arrarua da ia 100 urte duen farmako bat aurkitzea. Beste farmakoen artean aspirina da oraindik ere etxeko botika izaten jarraitzen duen bakarra, beti eskura eguneroko bizitzan etxe gehienetan. Bere historia, bere formula erraza bezain konplexua da, bere gai aktiboa: "Azido azetilzalizilikoa", klinikoki garbi ekoiztua lehenengo aldiz 1897. urtean Felix Hoffman doktorearen eskutik, azido salizilikoaren azetilazioaren bidez.

Heinrich Dresser farmazialariak eta Hoffmanek elkarrekin egin zituzten ikerketa esperimentalak "in vivo" azido azetilzalizilikoarekin, ikerketa-animalietan egin ziren lehenak izanik.

Hala ere, Farbenfabriken Bayer-ek merkaturatu baino lehen, erraz ahozkatuko zen eta gogoratuko zen hitz bat aurkitu behar zen. Horrela bere osagaien hizkietatik "Aspirin" izena sortu zen : erroaac. Spirico Spirea Ilmariatik (klinikoki bezalakoa dena) datorkio eta aurretik daraman "A" hori, azetilen ordez.

1899ko maiatzean merkaturatzen da hauts moduan sukar, min eta haunditasunaren aurkako farmako berria bezala. Hurrengo urtean hautsa almidoian konprimitu zen eta pilula moduan aurkeztu zen, botika era berria garai hartan. Mende honetan zehar ikerketa ugarien eta nazioarteko azterketa klinikoen gai izan da eta izaten jarraitzen du aziko azetilzalizilikoak.



Hortaz aspi
izendatu duen be

Aspirinaren
tu bazen ere, laist
nola: haunditasu
nen sintesia inhib

Kontutan ha
ateromatosoen et
diobaskularrean e
diren espezialitate
neurologian (garu
kazio intermitente
obstetrizian (plaz
erabiltzen da.

Baina aspirina
din baditugu bere
tuta indikazio berr
tzaren atal hain de
pediatrian. Baita b
tasunean eta hestel

Aspirinak kom
ditu: alde batetik
erlazioa.

Konklusio beza
asko erabili den fa
etorkizun haundia i

Hortaz aspirina ez da "Droga Miragarria" bakarrik prentsak askotan izendatu duen bezala baizik eta "Mendeko Farmakoa" dela esan dezakegu.

Aspirinaren hasierako erabilpena antitermiko nahiz analgesikora mugatu bazen ere, laister beste hainbat egoeretara zabaldu zen erabilpen hau, hala nola: haunditasunera eta antiagregazio plaketariora; aspirinak prostaglandinen sintesia inhibitzeko propietatea ondo ulertu eta ikertu ondoren.

Kontutan harturik komentatutako prozesu fisiopatologikoak gaixotasun ateromatosoen eta bere konplikazioen oinarria direla, aspirina patologia kardiobaskularrean ezinbesteko farmako bat izatera pasa da hain desberdinak diren espezialitateetan. Horregatik kardiologian (kardiopatia iskemikoan), neurologian (garuneko istripu baskularretan), baskular periferikoan (klaudikazio intermitentean, fistula a-b-ren prebentzioan, dializatutako gaixoetan), obstetrizian (plazenta-atzeko hematometan, preeklanpsia eta eklanpsian) erabiltzen da.

Baina aspirinaren erabilpena ez da hor bukatzen, kontutan hartzen baldin baditugu bere efektuak edo ondorioak. Propietate berri hauetan oinarrituta indikazio berri, konkretu eta efektiboak sortarazten hasi dira medikuntzaren atal hain desberdinetan: erreumatologia, dermatologia, obstetrizia eta pediatrian. Baita beste gai zehatz eta berezi batzuetan: antzutasunean, loditasunean eta hestelodiko prozesu tumoraletan esate baterako.

Aspirinak komentatutako indikazioetaz gainera bi ezaugarri garrantsitsu ditu: alde batetik ondorio kaltegarri eskasak eta beste aldetik diru/kalitate erlazioa.

Konklusio bezala esan dezakegu aspirina medikuntzaren historian zehar asko erabili den farmako bat izan dela eta oriandik terapeutika medikoan etorkizun haundia izan dezakeen farmako historiko bat dela.

# FAKTORE INESPEZIFIKOAK GAIXOTASUN MENTALAREN TRATAMENDUAN

GRIGALVO J.*; ORTIZ A.**; MENDEZONA J.I.*; VILLASANA A.***
*Uribe Kosta Osasun Mentaleko Zentrua. **E.H.U. Psikiatria Saila.
***E.H.U. Erizantza Saila

Gaixotasunen kausalitate eta terapeutikaren bilakaera historikoa mutur biren artean ibili da, gaixotasunen kontzepzio supernaturaletik (deabruzjabetzak), azalpen biologiko zehatz eta bakarretaraino. Urteetan zehar, gogoaren eta gorputzaren artean jarri den disoziazioak, kontzeptualizazio baztertzaile arriskutsuak sortu ditu zenbait gaixotasunen faktore etiologikoetan eta hauen abordai terapeutikoetan, orobat.

Nahasketa mentaletan arazo hau handiagotuta eta indarrean dago, iharduera klinikoan kontrako jarrerak sortuz, ikuspuntu desberdinak daudelarik etiologiari dagokionez (organikoa eta psikologikoa), baita terapeutikari dagokionez ere (psikofarmakoak vs. psikoterapia). Banaketa horretaz, pazientearen pronostiko eta eboluzioaz kontzepzio hertsi batek edo, kontran, zabal batek (eredu bateratzaile batetan) daukan garrantzia diskutigarria da eta, eredu bat ala besteren aukerak errekurtsoen gehiketa bat edo tratamenduaren etendura bat sortuko luke.



Nahasketa
patologia menta

1) *Jarre*

Ere
jarraipe
Errekur

2) *Jarre*

Ere
propioa
sional ba

3) *Jarre*

Ered
bilerareki
noski. A
teoria bi

Abiatze punt
gaixotasunen) fak
pazienteak bere i
menduarekiko da
hartu behar direna

Eragimen ter
administratutako
den faktore espezi
farmakodinamia;
koak, administrat
menpe ez daudena
re hauen artean ez
ko zein efektu seku

Eredu honetan
kuarekin, talde ter
soziokulturalarekin

Honelako iku
hauen aspektu esp
azken batetan, ho
dakiokeelarik gure i

Nahasketa mentalen abordaian zentraturik, helburu didaktiko batekin, patologia mentalari aurre emateko hiru modu aurki genitzake:

1) *Jarrera erradikal bat:*

Eredu psikologiko eta biologiko soil baten ulerkuntza eta jarraipena, kontrako ereduaren baztertzea suposatzen duelarik. Errekurtso bakar baten erabilera, abordai erredukzionista bat da.

2) *Jarrera moderatua:*

Eredu bieri ulerkuntza, baina bakar baten erabilera. Errekurtso propioaren erabilera, pazientea beste tratamendurako beste profesional batengana deribatzen delarik.

3) *Jarrera zabala:*

Eredu bateratzaile bat da, eredu zabal baten ulerkuntza eta erabilerarekin, beharrezko espezializazio eta deribazioak gaitzetsi gabe, noski. Abordai terapeutiko bateratu bat lortzen da (gaixotasunaren teoria biopsikosozialak jarraituz).

Abiatze puntu honi egokituta, gaixotasun mentalen (eta beste edozein gaixotasunen) faktore batzu aurkeztu nahi genituzke, eredu bati egokituta; pazienteak bere ingurugiroarekiko, bere gaixotasunarekiko eta bere tratamenduarekiko daukan harremanekin hasita, farmakoen erabileran kontutan hartu behar direnak.

Eragimen terapeutikoa duten bi faktore mota kontuan hartu ditugu: administratutako sustantzien ezaugarri farmakologikoen harremanetan dauden faktore espezifikoak, hau da, farmakozinetika, biodisponibilitatea eta farmakodinamia; eta psikofarmakoenganako erantzunen faktore inespezifikoak, administratutako sustantzia psikotropoen ezaugarri farmakologikoen menpe ez daudenak, baina erantzun terapeutikoa aldarazten dutenak; faktore hauen artean ezagunena plazebo efektua litzatekeelarik, efektu terapeutiko zein efektu sekundarioetan eragina duena.

Eredu honetan, faktore hauek pazientearekin, gaixotasunarekin, medikuarekin, talde terapeutikoarekin, terapeutarekin, familiarekin eta ingurune soziokulturalarekin harremanetan jartzen ditugu.

Honelako ikuspegi batek, psikofarmakoen erabileran, eta sustantzia hauen aspektu espezifikoak baino urrunago, tratamendua zabaltzen digu, azken batetan, honako honi "**psikoterapia psikofarmakologikoa**" esan dakiokeelarik gure iharduera profesionalean.

## BIBLIOGRAFIA


— BALINT, M. (1982) *El medico, el paciente y la enfermedad.* Paidós. Buenos Aires.

— BROCKMAN, R. (1990) *Medication and Transference in Psychoanalytically Oriented Psychotherapy of the Borderline Patient.* Psychiatric Clinics of North America 13(2): 287-295.

— ELKIN, I.; PILKONIS, PA.; DOCHETY, JP.; SOTSKY, SM. (1988) *Conceptual and methological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: Nature and timing of treatment effects.* American Journal of Psychiatry; 145(9): 1070-6.

— ELKIN, I.; PILKONIS, PA.; DOCHETY, JP.; SOTSKY, SM. (1988) *Conceptual and methological issues in comparative studies od psychotherapy and pharmacotherapy, I: Active ingredients and mechanisms of change.* American journal of psychiatry; 145(8): 909-17.

— JEAMMENT, PH.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S.; (1982) *Manual de Psicología Médica.* masson. Barcelona.

— HARNETT, DS. (1990) *Panic disorder: integrating psychotherapy and psychopharmacology.* Psychiatric Medicine; 8(3): 211-22.

— HENNAUX, P.; RAZAVI, D. (1991) *Psychologic support and psychotropic medications* Current Opinion in Ocology; 2(5): 929-36.

— HOFFMAN, JS. (1990) *Integrating biologic and Psychologic Treatment: The need for a Unitary Model* Psychiatric Clinics of north America; 13(2): 369-372.

— HUNT, WR. (1990) *A psychoanalyst does psychopharmacology* Psychiatric Clinics of north America; 13(2): 323-31.

— MOIZESZOWIEZ, J. (1982) *Psycofarmacología psicodinámica* Paidós. Buenos Aires.




ERIZAI
GORA
AURRE


ELORZ
EHU-ko Irakas


## HELBURUAK

1. Erizaintza la
faktoreak, ikuspegi h

2. Gaurko erizai
buruz gogoeta egitea.

3. Etorkizuneko

## HISTORIKOKI

Erizaintza lanbidea

1. **Erizaina a**
pertsonak zaintzek
la zen, apala, senez

2. **Erizaintza,**
ekintza izan da geh
ikusten da bertan.

# ERIZAINTZA LANBIDEARI BURUZKO GORABEHERAK ALDAKUNTZA ETA AURRERAPENERAKO ARGUDIIOAK.

ELORZA I.; AJA N.; LASA G.; TRESPADERNE I.
EHU-ko Irakasleak. Erizaintza Eskola. Erizaintza Saila II. Donostia

## HELBURUAK

1. Erizaintza lanbidearen garapena eta bilakaera baldintzatu dituzten faktoreak, ikuspegi historikotik aztertzea.

2. Gaurko erizaintzako profesionalek eginkizunean dituzten gorabeherei buruz gogoeta egitea.

3. Etorkizuneko erizainaren soslaia osatzea.

## HISTORIKOKI

Erizaintza lanbideak aro desberdinak izan ditu eta horietan garrantzitsuenak:

1. **Erizaina amatzat:** amakotasuna zen sufritu edo babesik gabeko pertsonak zaintzeko indarra ematen zuena, beraz, erizaina ama bat bezala zen, apala, senez zaintzen zuena.

2. **Erizaintza, emakumeen lana:** Erizaintza emakumeek ladutako ekintza izan da gehienetan, beraz, emakumearen egoera historian zehar ikusten da bertan.

3. **Erizaintza, joera sakratua:** Erlijiozko sentimenduaren eboluzioak ematen dio, batez ere kristautasunaren ondoren, itxura hori.

4. **Erizaina, medikuaren laguntzaile:** erizaintzaren profesinalizazioa medikuaren lanbidearen beharrekin hasi zen, honek laguntzaile heziaren beharra izan zuelako. Beraz menpekotasun bat sortzen da, historikoki erlazio bakarra eta berezia.

5. **Erizaina ez ezaguna:** Historikoki erizaintza lanbideraren ezaugarri garrantzitsuenetakoa anonimotasuna izan da. Seguraski historia gizonezkoek idatzi dutelako, emakumeek alfabetatu gabekoak zirelako, oso arrunta zelako horrelako zainketak eskaintzea etab. Guzti horiek bultzatu dute irakasbideak ez idatziak izatera.

## GAUR EGUN

Erizaintza landidean dauden ezaugarriak, bi multzotan sar daitezke:

1. **Betiko ezaugarriak:**
   - — Zainketak ematea.
   - — Beste lanbide batekin (medikuntza) duen elkarrekiko dependentzia.
   - — Emakumeek burututako izatea orokorki.
2. **Ezaugarri aldakorrak:**
   - — Historian zehar izan dituen aro desberdinek aldaketa ugari egitera derrigortu dute.
   - — Emakume izaerari eta lanbideari etorkizuna eskeini zaio.

## ETORKIZUNA

— Giza munduaren berri izango duena, komunikazioa teknikak, osasuna indartzeko neurriak herritarren artean, informatika eta ab. ezagutuko dituena.

— Dituen errekurtsoak onbideratzen hezia.

— Kalitate handiko laguntza emateko gai; beraz, baloraketak egiten jakin beharko du denborari aurrea hartuz.

— Teknoloigi aurreratua erabiltzeko gai.



Beraz erizain
datu egin behar d

— No
— Zer
— Eriz
— Nol
nom

## BIBLIOGRAFIA

— JOSEP A. RO
— C. RODRIGU
— FRANK-ELIZ
prensa médica mexi
— E. ADAM. H

Beraz erizaintza lanbidea mugikorra da eta gaurko aurreapenetara moldatu egin behar du. Honek gogoeta izugarri dakarkigu:

— Norantz doa?

— Zer itxaro du medikuntzak erizaintza lanbidetik?

— Erizainak zer erantzunkizun hartu nahi du bere gain?

— Nola zuzendu behar dituzte ematen zaizkien aurrekontu ekonomikoak eta errekurtsoak?

## BIBLIOGRAFIA


— JOSEP A. RODRIGUEZ. *Salud y sociedad.* Ed. Tecnos.

— C. RODRIGUEZ.*Evolución de los cuidados en España.*

— FRANK-ELIZONDO. *Desarrollo histórico de la enfermería.* Ed. Científicas. La prensa médica mexicana.

— E. ADAM. *Hacia donde va la enfermería.* Ed. Interamericana.

# OSASUN HEZIKETA-ARDURAZ: GURASOENTZAKO ESKOLA

NAVARCORENA E.; ORZANCO C.; ECIOLAZAM.; ARRIZABALAGA I.; IBAÑEZ R.; FERNANDEZ M.A.; TEIETXEA B.; SANTESTEBAN M.C.; MARTINEZ DE LIZARRONDO C.

## HELBURUAK

1) Seme-alaben heziketa-arduretako ezaguera eta gaitasuna zabaltzea.

2) Aita-amatasunek gure gizartearen barrenean zer suposatzen duten aztergai izatea eta hortan zein faktoreek ergiten duten guraso berak artertzea.

3) Gurasoek bere buruaz eta seme-alaben arduraz orekatasunarekiko jarrerak urratzea. Norberaren izateko.

Modua eta gaurko pedagogiaren ezaguerak sortuko luketen hezkuntz-bide baikorreruntz bakoitzaren indarrak bideratzea.

## METODOAK

Taldeko lana: 12 lagun, 1etik-3 urte bitarteko seme-alaben gurasoak).

Eztabaidak, analisia, ezagueraren sarea (errejilla), adimen aktiboa, komunikaziozko ariketak, ohartzearen lana.



## EMAITZAK

Ikus oharra!

## BIBLIOGRAFIA

— ROBIN GOL

— J.J. BRUNEZ
*padres.* SOX Ed. 198

— ICETA M. *De*

— *Padres eficaz*

— ROBERTO VO

OHARRA:

Lan hau, orain dela hi
test daten bitartez. Poztasun

## EMAITZAK

Ikus oharra!

## BIBLIOGRAFIA

— ROBIN GOLDSTEIN. *Educar dia a dia.* (Ed. Medici 1993).

— J.J. BRUNEZ GUTIÉRREZ, J.L NEGRO FRAILE. *Cómo organizar una escuela de padres.* SOX Ed. 1985.

— ICETA M. *Dejar ser.* Idatz San Sebastián 1982.

— *Padres eficaz y técnicamente preparados.*

— ROBERTO VOCCANI. *El animador como instrumento de aprendizaje.*

OHARRA:

Lan hau, orain dela hilabete batzuk hasi ginen egiten eta emaitzak neurtzeko daude: test daten bitartez. Poztasuna, gaitasuna et gurasoen aldaketak neurtuz.

# POLIPROPILENOZKO PROTESIAK IZTERRONDOKO ETENAREN KIRURGIAN

LOIZATE A.; TUBIA J.; PALOMAR M.; GIL J.; PARTEARROYO N.; GALARRAGA I.; (Zerbitzuburua: KOLDO PERDIGO).

## SARRERA ETA HELBURUAK

Izterrondoko etena, patologia arrunta da. Kirurgia orokorraren baitan, izterrondoko etenaren ebakunta, ebakuntzarik maizena da, eta horregatik itxaron-zerrendetan txoko berezia betezen du. Bassini-k, benetako lehen herniorrafia kirurgikoa egin zuenetik 100 urte igaro dira, eta berak asmatutako teknikaren gainean egin diren aldaketa guztiek arazo berdina izan dute "sutura-lerroaren tentsioa". Horregatik, kasurik hoberenean ere, operatutako etenen %10 berragertu egiten dira.

Materiale protesikoek, ehunen arteko tentsiorik gabeko herniorrafia egiteko aukera eskeintzen dute, eta horregatik berragerpen kopuru txikiagoa dute. 1989. urtean, Lichtenstein-ek, polipropilenozko protesi bidez eginiko "tentsiorik gabeko hernioplastia" deskribatu zuen.

Materiale protesikoen erabilpenak, nola gorputzarentzat materiale arrotzak diren, kirurgilari orokorren artean, errefuxaketaren eta batez ere infekzioaren ardura sortu dute. Mendaro ospitalean, 1992. urtean zabaldu zenetik,



berragerpen tas
eta lan honen h
infekzioarena eta

## MATERIALE E

Mendaroko
haseratik polipro
ko polipropileno
kruraletan, aukil
kazioa. Protesia i
xizilina + klavula
ondoren zainetik
protesia ipiniz o
eten mota, ospit
eta ebakuntzaren

## EMAITZAK

Denboraldi h
doko eten operatu
urte, eta 65 urteti
tan anestesia errak
tan anestesia oroko
te 3,4 egunekoa iz
luzapena, batazbe
berragertutako et
berragertutako eter
denak kirurgia pro
gertatu da (%0,7),
errefusaketa kasu
urgentziaz operatua
heriotza supitua iza

Operatutako e
(%31,3), 12 "mixto
lak" (%2,1).

Lan hau egin de
bat kausitu da, eta b

berragerpen tasa jaixteko, polipropilenozko (Marlex) protesia erabili dugu, eta lan honen helburua, protesiarekin gure emaitzak ezagutzea da, batez ere infekzioarena eta beste mota bateko nahasketen kopurua ezagutzeko.

## MATERIALE ETA METODOA

Mendaroko kirurgia zerbitzuan, eten zuzen, mixto eta berragerpenetan haseratik polipropilenozko protesia (Marlex) jartzen dugu, haragiari lotzeko polipropilenozko sutura erabiliz. Beste eten motetan, ez zuzenetan eta kruraletan, aukikuntza kirurgikoen arabera jartzen dugu protesiaren indikazioa. Protesia ipintzen denean, profilaxi antibiotikoa erabiltzen da, amoxizilina + klavulaniko 1 gr. ebakuntza barnean, eta beste 1 gr. ebakuntza ondoren zainetik. 1992. urteko ekainetik, 1993. urteko urria bitartean, protesia ipiniz operatutako kasuak ikertu ditugu, aztertuz. adina, sexua, eten mota, ospitale-egonaldia, ebakuntzaren denboraldia, anestesia mota, eta ebakuntzaren ondorengo nahasketak.

## EMAITZAK

Denboraldi honetan (15 hilabetetan) protesia jarri zaien 144 izterrondoko eten operatu dira. Gizonezkoak 137 (%95). Batezbesteko adina 60,2 urte, eta 65 urtetik gorakoak %41. Erabili den anestesia mota kasu gehienetan anestesia errakideoa, gerritik beherakoa izan da %95,1 kasutan, 4 kasutan anestesia orokorra eta beste hirutan lokala. Ospitale egonaldia batazbeste 3,4 egunekoa izan da. Ebakuntzak iraun duen denboraldia, ebakuntzaren luzapena, batazbeste 46,1 minutu, eta denboraldi hau luzeagoa izan da berragertutako etenetan 57,9 minutu ($p<0,01$). Ospitale egonaldia ere berragertutako etenetan luzeagoa izan da, 4,06 egun. 3 kasu izan ezik, beste denak kirurgia programatuan egin dira. Zauriko infekzio kasu bakar bat gertatu da (%0,7), baina protesiak ez du izan arazorik. Ez da protesiaren errefusaketa kasu bakar bat ere ezagutu. Heriotza kasu bat gertatu zen, urgentziaz operatua, beste butxadura egoeran urkatutako eten baten kasua, heriotza supitua izan zen.

Operatutako eten motak: 53 "ez-zuzenak" (%36,8), 45 "zuzenak" (%31,3), 12 "mixtoak" (%8,3), 31 "berragertuak" (%21,5), eta 3 "kruralak" (%2,1).

Lan hau egin den bitartean, protesia jarritako etenetan, berragerpen kasu bat kausitu da, eta bertan, operatu ondorengo bostgarren egunean ikusi zen.

## ONDORIOAK

Protesiaren erabilpenak ez du ebakuntza arriskutsuago bihurtzen, eta nola tentsiorik gage jartzen den, ipintzen ikasi ondoren protesirik gabeko teknika bezain azkar egiten da, gerritik beherako anestesiaz edo anestesia lokalaz operatu daiteke, eta ospitale egonaldiak laburrak eragiten ditu. Horregatik, uste dugu izterrondoko eten zuzenetan, mixtoetan, eta batez ere berragerpenetan, polipropilenozko protesia erabili behar dela.



# KOLEZ
# MEN

LOIZATE A.; TU
GALARR

## SARRERA ETA HE

Lehen kolezistor
eta medikuntzaren h
hedapenik azkarrena
gaur egun ia ospitale
urteko abenduan egin
honekin, eskualde osp
ospitale bateko lehen
Teorian, teknika hone
rengo zuzpertze azka
laburtzea. Teknika hor
sikoan bahintzat ez de
kietatik tutuen bidez s

# KOLEZESTOMIA LAPAROSKOPIKOA. MENDARO OSPITALEKO LEHEN URTEKO IHARDURERA

LOIZATE A.; TUBIA J.; PALOMAR M.; GIL J.; PARTEARROYO N.; GALARRAGA I.; (Zerbitzuburua: KOLDO PERDIGO)

## SARRERA ETA HELBURUA

Lehen kolezistomia laparoskopikoa, 1987. urtean egin zen Frantzian, eta medikuntzaren historian beste ezein teknika kirurgikok ezagutu duen hedapenik azkarrena ezagutu du teknika honek. Horretarako aski da esatea, gaur egun ia ospitale gehienetan dagoela martxan. Gure ospitalean, 1992. urteko abenduan egin zen laparoskopia bidez lehen ebankuntza, eta ikerketa honekin, eskualde ospitale bateko lehen urteko ikerketa honekin, eskualde ospitale bateko lehen urteko ihardueraren emaitzak ezagutu nahi ditugu. Teorian, teknika honen abantailik hoberena, pazientearen ebakuntza-ondorengo zuzpertze azkarra da, eta horren ondorioz ospitale-egonaldiaren laburtzea. Teknika honi zauririk gabeko kirurgia deitu zaio, zauririk era klasikoan bahintzat ez delako egiten, sabel barnera zentimetro bateko zauri txikietatik tutuen bidez sartzen garelako.

## MATERIALA ETA METODOA

1991. urteko abendutik 1993.urteko abendura bitartean eginiko kolezistektomia laparoskopikoak aztertzen ditugu. Kolezistektomia laparoskopikoa egitea erabakitzerakoan, ez dugu sexu, pisu, edo adinaren araberako bereizketarik egin. Hasera batean behazun-xixkuko kalkulo guztiak (kolelitilasiak) laparoskopiaz egiteko indikazioa zuten, eta soilik ekografian behazun-bide nagusia handituta egon denean, edo aurrerago pazienteak jasandako ebakuntzak arazo izan zitezkeela ikusi denean baztertu da teknika hau. Jarrera honen arrazoia da, laparoskopiaz osatzen bada behazun xixkuaren ebaketa pazientearentzako abantaila handia dela, eta behin sabel barnean, aurkikuntzak medio, zabaltzea suertatzen bada, ez dio horrek pazienteari hasera-haseratik zabalduta baino arazo gehiago ekartzen. Teknikaren zehaztasunak, beste ospitaleko berdinak dira, bi kirurgilarik egiten dute ebakuntza, bideo monitore batean ikusten da sabel barnea, sabel barnera sartzen den gasa CO-2 da, normalki lau trokar edo tutu erabiltzen dira, eta ebakuntzak anestesia orokorraz egiten dira.

## EMAITZAK

Laparoskopia bidezko 59 saiakera egin dira denboraldi honetan, eta 7 kasutan zabaldu egin behar izan da, kirurgia klasikora aldatu behar izan da. 7 kasu hauetatik, bi kasutan aurkintzak hala aginduta egin da aldaketa, behazun bidea handituta edo aldatuta zegoelako, eta 5 kasutan zailtasun teknikoengatik edo nahasketaren bat medio. Arrakasta proportzioa 57-tik 52 (%91). Horrela ba, ezintasunagatik 57-tik 5 kasutan, %8,7 kasutan bihurtu ditugu laparoskopiak. Batazbeste ebakuntzak iraun duen denboraldia 108 minutukoa izan da, eta ospitale egonaldia 3,1 egunekoa. Kontutan hartu behar da, anestesia zerbitzuaren aginduz, pazienteak operatu bezperan ingresatzen direla ospitalean. Esan liteke paziente gehienak operatu ondorengo bigarren egunerako etxean zeudela. Ebakuntza barnean nahasketa bakarra gertatu da, hestelodiaren zulaketa bat, zabaldu beharra ekarri zuena, baina pazientea arazorik gabe atera zen ospitaletik. Ebakuntza ondoren inor ez da berroperatu behar izan.

Batazbesteko adina 54 urte, gazteenak 23 eta zaharrenak 81. Gizonezkoak %26, eta emakumezkoak %74. Bi ebakuntza urgentziazkoak izan dira, beste guztiak programatuak.

Laparoskopia arrakastatsua gertatu den kasuetan (hasi eta amaitu bihurtu gabe), %94 kasutan, operatu ondorengo lehen 24 orduen barnean hasi ziren jaten, eta hauetatik ia erdia (%40) lehen 12 orduetan.



Bihurtu (sal
nahasketarik sor
da, patologia hor

Heriotzarik
bi kasutan agertu
ko flebitisa, eta
hauek ez zuten at

## ONDORIOAK

Uste dugu ko
pen bat kirurgilar
indikaziorik ezean
saiatu behar garela
la kalterik eragiten
takoak direla. Pazi
egiten da, horrek p
gikoki onuragarria

Bihurtu (sabela era klasikoan zabaldu) behar izan den kasuetan ez da nahasketarik sortu, eta batazbesteko ospitale-egonaldia, 7,8 egunekoa izan da, patologia honen kirurgia klasikoaren ohizkoa.

Heriotzarik ez da gertatu, eta ebakuntza ondorengo nahasketak, soilik bi kasutan agertu dira (%3,8), nahasketa txikiak izan dira, kasu batean besoko flebitisa, eta bestean zilbor-hesteko intzisioaren infekzioa. Bi nahasketa hauek ez zuten atzeratu alta momentua.

## ONDORIOAK

Uste dugu kolezistektomia laparoskopikoak ez duela izan behar salbuespen bat kirurgilari baten iharduera, eta emaitzetan oinarrituta, aurkako indikaziorik ezean, behazun-xixkuko kolelitiasia teknika honekin operatzen saiatu behar garela, kontutan izanik, zabaldu behar izanez gero ere, ez diogula kalterik eragiten pazienteari eta ondo badoa teknikaren abantailak begibistakoak direla. Pazientea azkarrago zuzpertzen da, ospitale-egonaldia laburtu egiten da, horrek pazientea etxera azkarrago joatea posible egiten du, psikologikoki onuragarria izanik, eta ospitale kostuak murriztu egiten dira.

# IZTERREZURREKO DIAFISIAREN HAUSDURA KONPLEXUAK. TRATAMENDUAREN EBOLUZIOA ETA EMAITZAK 1975-1991 URTEREN BITARTEAN. KOMPRESIORAKO PLAKAK VERSUS HEZUR-MUIN BARNEKO ILTZE GILTZATUAK

ARRIETA J.*; FONTANEDA J.M.*; CRESPO R.*;
GONZALEZ ATXA J.*; USABIAGA J.**
Arantzazuko Amaren Ospitalea. Donostia. Traumatologiako Zerbitzua.
* erresidenteak. ** zerbitzuburua.

## SARRERA

Izterrezurra, gorputzeko hezurrik handiena da eta bere hausdurak, arruntenen artean kokatzen dira. Hausdura konplexuak indar handiko traumatismoen ondorioz dira, trafiko istripuen ondorioz gehienbat, horregatik bere intzidentziia gero eta altuagoa da.

Tratamendua zaila da, hausduraren tokian izaten den txikituragatik, eta zaila delako hautsitako zatien angulazioa, errotazioa edo biratzia eta laburpena kontrolatzea.



Izterrezurreko
da anitz hausdura
jaisten bait ditu b
enbolia grasa, neu
nak erabili izan di

1. **Trakzio e**
mendurako beste
eta inoiz ez behin

2. **Erredukz**
tzen den alderant
posizioan birjarri
izterrezurreko diaf

Nahiz eta met
ko arrisku txikia i
belaunaren gogor
oheratze denborare
kuen eta kostu eko

3. **Trakzio e**
ospitalean egin beh
konplikazioak ugar
bateko laburpena, e

4. **Igeltsuan**

5. **Burdin-ha**
sun eza eta infekzio

6. **Kanpoko f**
eta mobilizazio goiz
belaunaren gogordu
na), iltzeen bidearen
berantiarra (varus-era

Kanpoko fijado
duko hausdura ireki
turik ez dagoen lurr
konplexuetan.

7. **Hezur-mui**
cher, AO, Scheider, S

Izterrezurreko diafisiaren hausduren estabilizazio goiztarra oso garrantzitsua da anitz hausdura duen gaixoaren biziraupena. azkar estabilizatzeak bortizki jaisten bait ditu birika-konplikazioak: helduaren arnas distresaren sindromea, enbolia grasa, neumonia, eta birikaren hutsegitea. Urteen zehar teknika ezberdinak erabili izan dira, batzuk hobetzen ziren geheienean besteak baztertuz.

1. **Trakzio eskeletikoa:** lehenago erabiltzen bazen ere, gaur egun tratamendurako beste azken metodoen aurreko fase bezala bakarrik erabiliko da, eta inoiz ez behin betiko tratamendu lez.

2. **Erredukzio itxia eta igeltsuzko inmobilizazioa:** umearengan gertatzen den alderantziz oso kasu arraroetan, ia inoiz ez, erreduzitu edo bere posizioan birjarri eta zuzen mantendu daiteke helduarengan gertatutako izterrezurreko diafisiaren hausdura.

Nahiz eta metodo honek hezur-finkatzearen indize altua eta infekziorako arrisku txikia izan, emaitzak gehienetan onartezinak dira sortzen duen belaunaren gogordura gehiegizkoagatik eta lerroztapen ezagatik. Gainera, oheratze denboraren luzapena dakar, eta horrek konplikazioak izateko arriskuen eta kostu ekonimikoen gehitzea suposatzen du.

3. **Trakzio eta igeltsu konformatuak:** emaitzak hobetzen baditu ere ospitalean egin beharreko denborak luzea izaten jarraitzen du (2-4 aste), eta konplikazioak ugariak dira: belaunaren gogordura, batezbesteko zentimetro bateko laburpena, eta batezbesteko 10º graduko angulazioa.

4. **Igeltsuan barne sartutako orratzak.**

5. **Burdin-hariz eginiko zerklajea:** ez du indikazio bat ere, egonkortasun eza eta infekziorako arriskua duen osteosintesia bait da.

6. **Kanpoko fijadorea:** azkar eta erraz ipintzekoa da, arrisku gutxirekin, eta mobilizazio goiztiarra baimentzen duena. Baina arazo berantiarrak dauzka: belaunaren gogordura (gaixoen %50ak galtzen du belaunaren mugikortasuna), iltzeen bidearen infekzioa, sasiartrosia, eta hausduraren desplazamendu berantiarra (varus-era gehienetan).

Kanpoko fijadorearen indikaziorik hoberena Gustiloren hirugarren graduko hausdura irekia eta guztiz kutsatua izango da. horrez gain, iltze giltzaturik ez dagoen lurraldetan kanpoko fijadorea jarri beharra dago hausdura konplexuetan.

7. **Hezur-muin barneko iltze bakarrez eginiko osteosintesia:** (Kuntscher, AO, Scheider, Sampson) bai kirurgia irekiaz bai kirurgia itxiaz.

Kuntscherrek sartuak 1940ko hamarkadan, baina ez ziren oso erabiliak izan 1970 hamarkadararte. Nahiz eta diafisiaren erdigunean gertatutako hausdura sinpleentzat, zeiharrentzat eta zeharkakoentzat tratamendu egokia izan, konpontzeko gelditzen dira hausdurea konplexuen, mutur proximaleko hausduren, eta mutur distaleko hausduren biratze eta laburpen arazoak.

**8. Hezur-muin barneko iltze anitz eta malguak:** (Rush, Ender) Ez da tratamendu egokia, angulazio, laburpen eta errotazio arazoak bait dakartza.

**9. Konpresiorako plaken bitartez egindako barne osteosintesia:** 1960 urtetik aurrera erabiliak batipat.

**10. Hezur-muin barneko iltze giltzatuak:** (Gross-Kempf, Russel-taylor) azkenengo 5 urteetan izterrezurreko hausdura konplexuen tratamendurako iltze hauen erabilpenaren hedapen bortitza garatu da. Hezur-muin barneko iltzaren giltzapena egiten da torlojuen bitartez hausduraren gainetik eta azpitik.

## MATERIALA ETA METODOA

1975 eta 1991 urteen bitartean gure zerbitzuan ingresatutako diafisiaren hausdura guztiak aztertu ditugu, 418 hausdura gertatu zirela ikusirik. Hauetatik 107 konplexutzat hartuak izan ziren (hausdura bifokalak edo txikiturak zirelako, ez ziren serie honetan sartuak izan trokanterarteko eta kondilogainetiko hausdurak). Hauetatik, 48 hausduren osoa jarraipen epe luzera lortu zen. Berauen balorazio erradiologikoa eta klinikoa eginez; non mina, aldakaren mugikortasuna, dismetria, herrentasuna, lan egoera eta iharduera fisikoa aztertzen zen. Denker eta Conolyren sailkapenaren balorazioari jarraituz, lortutako emaitzekin azken balantze bat eginez.

31 kasutan torlojudun plaken bitartez egin zen osteosintesia eta 17 kasutan hezur-muin barneko iltze giltzatuen bitartez. Lan honetan, bi teknika hauen konparazioa egingo dugu.

## EMAITZAK - Plakak versus iltze giltzatuak

1. 48 hausduretatik, 32 gizonezkoengan gertatu ziren eta 16 emakumezkoengan. Batazbeste 31 urtekoak.

2. Etiologia trafiko istripua izan zen %86an, hala beharrezko istripua %6,2an, lan istripua %4,2an eta suizidio edo buruhiltze entseiua %4,2an.



3. Ospitalea
(18-300egun).

4. Bataz bes

5. Hausdura
proximalean eta %

6. Tipologia:

7. %45,8ak
alde bereko tibiar
%10,4an saihets h

Polilesionatual
%12,5an, bularreko

8. Konplikaz

a) Iltz
ondorengo
kasu egon
zuen hezu
neko gogo

b) Plak
ziorik izan
txertoareki
iltze batega
izan zuen i
behar izan

9. Bi serieetan
zuen, eta gainerakoa

10. Aldakaren

11. Belaunaren
Eta 90 gradu baino

12. Dismetria i
koa gehienez ere. Eta

13. Herrentasu
%58an.

14. Lan-egoera

3. Ospitalean bataz-beste egindako denbora 80 egunetakoa izan zen. (18-300egun).

4. Bataz besteko jarraipen denbora 6 urtetakoa izan zen (1-14 urte)

5. Hausduraren kokapena: %73 diafisiaren erdigunean, %8an heren proximalean eta %19an heren distalean.

6. Tipologia: %60an hausdura itxiak ziren, eta %40an hausdura irekiak.

7. %45,8ak polifrakturatuak edo anitzhausduratuak ziren: %18,8an alde bereko tibiaren haudura, %10,4an alde bereko orkatilaren hausdura, %10,4an saihets hausdurak eta %10an pelbiseko hausdura.

Polilesionatuak ziren askotan gainera: traumatismo kraneoentzefalikoa %12,5an, bularreko traumatismoa %10,4an eta %4,2an sabeleko taumatismoa.

8. Konplikazioak:

a) Iltze giltzatuen artean %76,5ak ez zuen inolako ebaketa-ondorengo konplikaziorik izan. Distrofia erreflexu sinpatiko bi kasu egon ziren, diafisitis bat, osteotomia derrotatorioa behar izan zuen hezur-finkapen oker bat eta artrolisia behar izan zuen belauneko gogordura bat.

b) Plaken %71ak ez zuen inolako ebaketa ondorengo konplikaziorik izan: 3 plaka (%9) apurtu egin ziren beste plaka bat hezur-txertoarekin jarri behar izanik, 2 plakek (%7) sasiartrosia izan zuten iltze bategatik aldatuz, plaka kendu eta kanpoko fijadorea behar izan zuen infekzio sakon bat egon zen, eta paziente batek artrolisia behar izan zuen.

9. Bi serieetan %38ak molestia eskasak zituen, %12ak izterreko mina zuen, eta gainerakoak ez zuten inolako minik.

10. Aldakaren mugikortasuna osoa eta ohizkoa zen.

11. Belaunaren mugikortasuna normala izan zen bi serietan %70an. Eta 90 gradu baino gutxiagokoa iltzeen %23,5an eta plaken %16,2an.

12. Dismetria iltzeen kasuan batazbeste 0,64 cm-koa izan zen, 3 cm-koa gehienez ere. Eta plaketan cm. batekoa, 7 cm-koa gehienez ere.

13. Herrentasun graduren bat iltzeen %35an gertatu zen eta plaken %58an.

14. Lan-egoera normalduta zegoen iltzeen %77an eta plaken %65an.

15. Balorazio erradiologikoan era bateko edo besteko angulazioa (varus, valgus, antecurvatum, edo retrocuvatum) agertu zen iltzeen %77an eta plaken %23an.

16. Azkenengo azterketa momentuan pazienteek egindako balorazio subjetiboa bikaina edo normala izan zen iltzeen %78an eta plaken %55an.

17. Balorazio objetiboan %94an azken emaitza bikaina eta ona izan zen, %60an emaitza bikaina iltzeentzat eta %42an plakentzat.

## ONDORIAK

Gure zerbitzuan azkenengo 15 urte hauetan honelako hausdura konplexuetan erabilitako tratamenduan eboluzio garbia egon da. Hasiera batean plaken bitartez egindako osteosintesia erabiltzen bazen, gerora, azkeneko 5 urteetan Gross-Kempf hezur-muin barneko iltze giltzatua erabiltzera pasa da.

Plakek mobilizazio goiztarra eta mugimenduaren arku funtzionala berreskuratzeko lehen helburua bete dezakete. Gainera, osteosintesi anatomiko eta finko goiztarra lortzen da. Baina arazo eta konplikazio asko ditu: infekzio indize altua eta konplikazio berantiarrak diren plakaren hausdura, berhausdura plakaren zati distalean, berhausdura plaka kendu ondoren, torlojuen hutsegitea, sasiartrosia eta hezur-finkapen eza edo beronen atzeratzea.

Kompresiorako plaken erabilera belaunaren giltzaduraraino hedatzen diren hausdura diafisarioetara bakarrik mugatu behar da. Hausdura hauek ostosintesi finkoa eta erredukzio anatomikoa behar bait dute kongruentzia artikular on bat lortzeko, belaunaren mobilizazio goiztar batekin hasi ahal izateko. Plakak ez dira aukerako tratamendua izterrezurreko hausdura konplexuetan, konplikazioen portzentaia %20ra iritsi bait daiteke.

Iltze giltzatuak ordea, izterrezurreko diafisiaren hausdura guztiak estabilizatzen dituzte, giltzadura proximalera edo distalera hadatzen direnak kenduta, beti garatzen da hezur-finkapena, ez dago sasiartrosirik, mobilizazio goiztarra baimentzen du, laburpen eta biratze arazoak gainditzen dira, ez da osteosintesiaren hausdurarik gertatzen, infekzio tasa %0,5-1koa da bakarrik, eta inmobilizazio eta ospitalizazio dendorak gutxitzen dira.

Beraz, izterrezurreko hausdura konplexuetan iltze giltzatua versus kompresiorako plaka aukerako tratamendua da.



BIBLIOGRAF

— TAILLAR
*hese differee des*
1976; 62. 309-3

— DENKER
*various methods o*

— KENPF I.
*J. bone Joint Sturg*

— RUEDI J.P.
*of the femoral shaft*

— MARGEL
*femoral shaft fractu*

— THOMPSO
*Fractures of the fem*

— THORENSE
HAUKEBO A.; *inter*
*of forty-eight cases.*

## BIBLIOGRAFIA

— TAILLARD W.; PAPADIMITRIIOU G.; BAGNOUD F.; TSCHANZ P.; *L'osteosynthese differee des fractures diaphisaires du femur chez l'adulte.* Rev. Chir. Orthop. 1976; 62. 309-320.

— DENKER H.; *Shaft fractures of the femur. A comparative study of the results of various methods of treatment in 1.003 cases. Acta chir Scand.* 1.965; 130: 185.

— KENPF I.; GROSSE A.; BECK G.; *Closed locked intramedullary mailing. J. bone Joint Sturg.* 1985; 67-A 709-719.

— RUEDI J.P.; LUSHER J.N.; *Results after internal fixation of conminuted fractures of the femoral shaft with DC plates. Clin Orthop.* 1979; 138: 74.

— MARGEL F.; WISS A.; BRUNNER C.H.; BINDER W. *Plate osteosynthesis of femoral shaft fractures in adults. Clin Orthop.* 1979; 138. 62-73.

— THOMPSON F.; O'BEIRNE J.; GALLAGHER J.; SHEEHAN J.; QUINLAN W.; *Fractures of the femoral shaft treated by plating. Injury.* 1985; 16: 535-538.

— THORENSEN B.O.; ALHO A.; EKELAND A.; STROMSOE K.; FOLLERAS G.; HAUKEBO A.; *interlocking intramedullary nailing in femoral shaft fractures. A report of forty-eight cases. J. bone Joint Surg..* 1985; 67-A: 1313-1320.

# ALDAKAKO PROTESI PORLANGABEAN GURE ESPERIENTZIA. WEILL - ZWEYMUELLER ALDAKAKO OSOKO PROTESIA

CASO J.; AGINAGA I.; URETA J.; AGOTE J.A.

## SARRERA

Joan zen mendearen bukaeran eta honen hasieran agertu ziren aldakako lehen protesiak. Aurreneko urratsak arrakastatsuak ez ziren arren eredu eta diseinu berriak sortu ziren protesien bilakaeran, lehen eredu arrakastatsua ageri zen arte zeinak aldakako arazo desgeneratiboentzat irtenbide onartua eta erregularki erabilia izatera iritsi baitzen. Protesi hau Charnley eredua izan zen, urtetan arrunt erabilia eta erreferentzia bezala geratu dena beste protesi ereduen efikazia neurtzerakoan. Protesi honen arrakasta hiru arlotan lortutako aldaketei esker izan zen:

— Marraskadurari buruzko arazoan lorturiko aurrerapena: Metal-Polietileno binomioa erabili zelako.

— Erroaren diseinu funtzionalago bat lortu zuelako.

— Protesia eta hezurraren arteko lehen lotura edo lotura primario iraultzaile bat erabili zelako: Metiloko metakrilatoa (gure eguneroko hizkera arruntean porlan akriliko bezala ezagutua).



Protesi hone
eta arazoak, asko
sorturiko aldaket

Aipaturiko a

— Porla

— Ostec

Beraz, ulertze
zuzenki lotzen zir

Porlan gabek
koa da eta epea o
en esperientzia. H
jasaten eta beren p

Hortaz, porla
ez da izan protesi
dunek sortzen zute

PORI

Aldakako osok

— Azetab

— Protesi

KOTILORAKO
IZTERREZURRI

Sailkatu ditzake

Erabilitako

Lotura seku

Lehen lotur

Multzo sailkake
loturaren printzipioa

— Eraztun

— Torloju b

— Eraztun i

— Eraztun a

— Eredu na

Protesi honen hedapena izugarria izanik laister ezagutu ziren bere muga eta arazoak, askotan larriak: eragin toxikoak eta porlanaren gainbeheraketak sorturiko aldaketa biologikoak.

Aipaturiko arazo bi hauek honako ondorioetara eramaten gaitu:

— Porlanaren nasaipenera: protesiaren desporlantze edo deszementazioa.

— Osteolisia eta hezur masaren galera.

Beraz, ulertzekoa da ondoren zabaldutako ikerketa lerroak hezurrarekin zuzenki lotzen ziren porlanik gabeko protesi eredu berrien bila zuzentzea.

Porlan gabeko aldakako protesien ereduen hedapena 20 urtetik honakoa da eta epea oraindik motzegia delako ez dago protesi porlandunez zegoen esperientzia. Hala eta guztiz ere hasiak gara protesi hauen konplikazioak jasaten eta beren puntu ahulak gero eta esperientzia sakonagoz ezagutzen.

Hortaz, porlan gabeko protesien bidea aukeratzerakoan arrazoi nagusia ez da izan protesi hauek sortu ditzakeen arazo kopuru txikia, baizik porlandunek sortzen zuten arazoak gainditu asmoz.

## PORLANGABEKO PROTESI EREDU MOTAK

Aldakako osoko protesiak bi alde osagarri ditu:

— Azetabulu edo kotilorako protesia.

— Protesi femorala edo protesi zefaliko - femorala.

### KOTILORAKO PROTESI EREDU DESBERDINEN MULTZOAK: IZTERREZURRERAKO PROTESIAK EDO PROTESI FEMORALAK

Sailkatu ditzakegu:

Erabilitako materialen arabera.

Lotura sekundarioaren printzipioaren arabera.

Lehen lotura edo lotura primarioaren printzipioaren arabera.

Multzo sailkaketan hirugarren printzipio hau erabiliko dugu eta lehen loturaren printzipioaren arabera kotilorako protesi mota hauek bereizten dira:

— Eraztun bihurkindu edo erroskatuak.

— Torloju baten bitartez hezurrera lotzen den kupula hemisferikoa.

— Eraztun inpaktatuak.

— Eraztun ainguratuak.

— Eredu nahasiak.

Hemen ere eredu protesikoak multzotan batu ditzakegu irizpide desberdinen arabera:

A. **Lehen lotura edo lotura primarioaren arabera:**

Multzo hauek bereiz genitzake:

A.I: Erroaren geometriari buruz:

a) Ziri metafisario itxura dutenak. Beren bermea metafisarioa da.

Hauek halaber bi motatakoak izan daitezke:

— Simetrikoak.

— Anatomikoak.

b) Berme diafisarioa dutenak, nahiz hezurra karraskatuz (edo erraspatuz) edo fresatuz.

c) Bermea diafisian egiten denean erroa torloju bat bezala lotuz.

d) Protesi batzuk metafisian bakarrik lotzen dira edo diafisiaren kanpoaldetik. Kasu bietan ez dago zurtoin edo erro diafisariorik.

A.2: Finkatzea inpaktazioaren bitartez lortzen denean, hau da, protesi metafisarioak "press fit" erara finkatzen direnean.

B. **Lotura sekundarioaren arabera**

Protesiaren osagai femoralak multzo hauetan bereiz daitezke:

I. Lotura mekanikoa duten erroak:

— Erroaren azaleran dauden makroirregulartasunetan.

— Erroaren azaleran dauden mikroirregulartasunetan.

II. Lotura biologikoa. Erroaren azaleran hidroxiapatita geruza bat gaineratzen eta itsasten zaionean hezurra eta hidroxiapatitaren artean sortzen den lotura bilogikoa.

C. **Beste bereizketa batzuk:**

— Gorbata dutenen eta ez dutenen arteko multzo bereizketa.

— Elastizitate bereziak dituzten protesi femoralak.

— Materiale edo aleazioen arabera protesi multzo desberdinak daude.



ZUMAR

KOTILOKO PR

Hasiera batea
garriak hauek zi
erroskatua da; lo
egiten zen inongo
honen lehen ikerl
keta bat egin bel
ezaugarriak ondo
hemiesferikoa, lot
erroskatua, bere a
estalita dagoena o
asmoz; metalezko
tesiaren alde femo

ERRO PROTESI

ZWEYMUEL
honen ezaugarriak

— Lepoan

— Berme

— Metalik

— Bere sel

— Azalera
mikroskopikoz

Lepoan alumin
mendu binomioa P

Hautapenaren arraz

I. Europan oso
orain arte egin diren
ko iraupena onargar

# ZUMARRAGAKO OSPITALEAN ERABILITAKO PROTESI PORLANGABEAK

## KOTILOKO PROTESIAK

Hasiera batean ENDLER eredua jartzen hasi ginen. Protesi honen ezaugarriak hauek ziren: Polietilenozko eredu tronko-koniko biurkindu edo erroskatua da; lotura primarioa polietilenoaren hari edo erroskaren bitartez egiten zen inongo lotura edo tarte metalikorik gabe. Berehalaxe kotilo eredu honen lehen ikerketek emaitz txarrak iragarri zituztenean kotilo eredu aldaketa bat egin behar izan genuen WEILL eredua aukeratuz. Eredu honen ezaugarriak ondoren deskribatzen dira: eraztun bat da, sakonera gutxikoa, hemiesferikoa, lotura primariorako darabilen kanpo kopula metalezkoa da, erroskatua, bere azalera "Corindon" izeneko eta area itxurako laztura batez estalita dagoena osteo-integrazio edo lotura sekundario egoki bat eragiteko asmoz; metalezko kupularen barrutik polietilenozko kupula bat darama protesiaren alde femoraleko buru esferikoarekin giltzadura mugimendua egiteko.

## ERRO PROTESIKOA

ZWEYMUELLER eredua erabiltzen dugu aurrenetik. Erro protesiko honen ezaugarriak hauexek dira:

— Lepoan gorbata gabea.

— Berme bikoitza metafisario eta diafisarioa du.

— Metalikoa: titaniozko aleazio batez egina.

— Bere sekzio transbersala errektangularra da.

— Azaleran bi berezitasun ditu lotura sekundarioa lortzeko: are ale mikroskopikoz eginiko laztura eta leiho zirkular metafisarioak.

Lepoan aluminazko (zeramika) burua ezartzen zaio giltzaduraren mugimendu binomioa Polietileno-Alumina delarik.

### Hautapenaren arrazoiak

I. Europan oso hedatua den protesia izanik kasuistika zabala du eta orain arte egin diren ikerketetan emaitza funtzional, kliniko eta batazbesteko iraupena onargarriak dituela erakutsi du.

2. Teknikoki: jartzen protesi nahiko erraza delako.

3. Tresneria xinplea eta egokia duelako.

**EMAITZAK gure esperientzian.**

I. Materiale eta metodoak:

Protesi kopurua: 154

Protesiak jarri direneko epea: 1985 - 1990.

Errebisio data: 1994-ko Urtarrila.

EMAITZAK

I. Emaitza klinikoak.

Bost gaixotik lau makulu gabe dabiltza.

Bost gaixotik lau protesiaren flexio mugimendua 90o koa izatera iristen dira.

Hamar gaixotik bederatzi oinazerik gabe edo noizbehinkako oinaze arinak jasaten dituzte.

Hamarretik batek ibiltzeko makulu baten laguntza behar du arrazoi desberdinengatik .

2. Emaitza erradiologikoa.

%2 kasuetan migrazio distala suertatu da.

Osteolisi periprotesikoa %40 kasutan ikus daiteke maila metafisarioan.

Osteolisi diafisarioaren kopurua %10-aren azpitik dago.

3. Konplikazioaz.

— Trokanter haundiaren haustura, diafisi femoralaren haustura operatorioa, kotiloaren ebakuntza-ondorengo nasaipen eta mobilizazio azkarra gero eta urriagoak izanik teknika kirurgikoaren erruaren barruan sar ditzakegu.

— Operazio ondorengo oinaze diafisarioak operazio-ondorenean %5-ean kokatzen dira. Bi hilabeteko epean desagertzen direlarik. Ez da behar izan protesiaren biraldaketarik arrazoi honengatik.

— Alderdi biguinen hezurketa periprotesiko adierazgarriak %7-an gertatu dira. Horietako batzuk mugimenduaren ostopatzaile nagusia izatera iritsi direlarik.



BUKAERA

Protesi mota
kiagatik eta gaix
kopurua beste p
kirurgia honetan

Azken urteot
lo protesiko eredu
kin) kotiloaren e
iraupena luzatu a
interesatuak izate
bati ekin baino le

## BUKAERA

Protesi mota honekin hasi ginenetik, gaixoek jasandako morbilitate txikiagatik eta gaixoen errekuperazio funtzional nahiz oinazeen desagerpen kopurua beste protesiekin homologarria zela nabaritu genuelako ez dugu kirurgia honetan irizpide aldaketarik izan.

Azken urteotan irizpide desberdinak eta eztabaida sakona sortu da kotilo protesiko eredu desberdinen bidetik (gehien bat "press fit" delako ereduekin) kotiloaren eredua aldatzera bultza gaitzakeena alde protesiko honen iraupena luzatu asmoz. Baina, ikerketa berriak gehienetan kritikagarri eta interesatuak izaten direlako zuhurtasunera jotzen dugu eredu aldaketa berri bati ekin baino lehen.

# 40 PORLANGABEKO ALDAKAKO PROTESIEN ERDI EPEKO EMAITZAK

GUISASOLA I.; AGOTE J.A.; URREAGA J.M.;
MORENO E.; ATRISTAIN J.

## SARRERA

1989-1991 bitartean Gipuzkoako Ospitalean jarritako 40 porlangabeko aldakako protesiak berrikusten ditugu, gutxienez bi urteko kontrol jarraipenarekin eta protesi hauek izan duten eboluzioa ikertuz.

Protesi-erro guztiak Spotorno eredukoak ziren kotiloko protesien artean 20 biurkindu edo erroskatuak ziren eta 20ak "press-tit" eredukoak (hedakorrak).

## MATERIAL ETA METODOAK

Aldakako porlangabeko 40 protesien ikerketa erretrospektiboa edo atzeranzko ikerketa eta gainerako patologiak kontutan hartuz emaitza kliniko eta erradiologikoak baloratzen ditugu.



## EMAITZAK

Kirurgia ho
Funtsean, oinaz

Azterketa e
ondorengoan e
egokitzea, osteo
aztertzen diren.

## EZTABAIDA

Jakina da p
hobekuntza ekar

Emaitzak, er
serie handiek era

Hala ere, eta
ren tinkapen biol

Gure estudioa
kionez kezkatzen

## EMAITZAK

Kirurgia honekin estudio klinikoak emaitza bikainak ematen dizkigu. Funtsean, oinazeei buruz hobekuntza izugarria nabaritzen dugu.

Azterketa erradiologikoak bi kontrol osatzen ditu, bata ebakuntza-ondorengoan eta bestea azkenengo berrikuspenean, zeinetan hezurraren egokitzea, osteolisia, "Stress-shielding"-a, eta kaltzifikazio periprotesikoak aztertzen diren.

## EZTABAIDA

Jakina da protesien erabilpenak aldakako artrosiaren tratamenduan hobekuntza ekarri duela.

Emaitzak, erdi epera (2-4 urtetan) bikainak izan dira gure seriean, beste serie handiek erakutsi duten bezala.

Hala ere, eta funtsean, epe-luzeko estudioak beharrezkoak dira protesiaren tinkapen biologikoa edo lotura sekundarioa aztertzeko.

Gure estudioan protesi honen bilakaera eta batezbesteko iraupenari dagokionez kezkatzen gaituen zeinu erradiologiko hasiberriak aurkezten ditugu.

# ARTROSKOPIA

AGINAGA BADIOLA I.; ARRIETA J.

Artroskopiak baliabide tekniko bezala hazkunde ikaragarria izan du azkeneko urte hauetan. Teknika hau dela medio, arikulazioen ezaguera handitu egin da eta teknika ireki baten bidez egiten ziren ebaketak gaur egun posible gertatzen da artroskopikoki egitea.

Egoera asko aldatu da, 70.ko hamarkadan gutxi ziren artroskopia egiten zutenak. Gaur egun adibide bezala Estatu Batuetan 1990. urtean 1.4 milioi artroskopia egin ziren, datu honek ehuneko 145eko igoera suposatzen zuen aurreko bi urteekin konparatuz. Estatu Batuetako Traumatologiako akademiaren ikerketetan adierazten denez, 1990garren urtean jaiotako zortzi pertsonetatik hiruri bere bizitzan zehar artroskopia bat egingo zaie.

Artroskopiaren aurrerapenarekin gorputzaren edozein artikulazioan lan egin daiteke. Barne-egituraren zaurien konponketak artroskopiari esker ospitaleratze laburra behar du. Gauzak honela izanik artroskopiaren etorkizuna izugarria da.

## HISTORIA

Artroskopiaren bidea ireki zutenen lehen pausoak XIX. mendearen hasieran aurkitzen ditugu. Hasieran zenbait husgune organiko aztertzeko medio bezala halako elementu endoskopikoak sortzen hasi ziren.



Lehenengo
"Lichtleiter"a iz
ziren. Baina araz
duko. Urte horr
1880 urtean Th
biltzen ditugun s

Baina artros
lehen saioa Japor

Aurrerantzea
ezagutzen dugun

## TEKNIKA

Artroskopio
den lentea da. Ho
dea izaten dugu.
da, bestela ezinezk

Normalean er
dira, 30 gradutako
ren potentziak gu
telebista pantaila e

Oinarrizko ele
kaera eman da art
gako azterlaria, bas

Artikulazio-ba
koaren hedapenak
kirurgikoak posible

## INDIKAZIOAK E

Artroskopia, sis
netan eta zenbait ar

Hala eta guztiz
ria klinikoa eta azter

Hauek izango
garrantzitsuenak:

Lehenengo aztarna 1805 urtean Vienako sendagile batek erabilitako "Lichtleiter"a izan zen. Aurrerantzean projektu eta diseinu ezberdinak egin ziren. Baina arazo larriena, hau da, argi falta, 1853. urterarte ez da konponduko. Urte horretan argi-iturri bezala gasa erabiltzen hasten da. Azkenean 1880 urtean Thomas Edisonen asmakizunari esker gaur ezagutzen eta erabiltzen ditugun sistemen zutabeak eraiki ziren.

Baina artroskopia berez ez zen egin 1918 urterarte. Ezagutzen dugun lehen saioa Japonian gertatu zen zistoskopio bat belaunean erabiliz.

Aurrerantzean artroskopiaren bilakaera oso azkarra izan da gaur egun ezagutzen dugunarte.

## TEKNIKA

Artroskopio batetan elementu nagusiena artikulazio barnean sartzen den lentea da. Honen bidez artikulazio barneko ikusketa egiteko posibilidadea izaten dugu. Lehen esan dugun bezala, argi iturri sistema beharrezkoa da, bestela ezinezkoa gertatuko litzaiguke.

Normalean erabiltzen ohi ditugun lenteak 4-5 milimetrotakoak izaten dira, 30 gradutako makurdurarekin. Ikusketa zuzen bat egiteko argi iturriaren potentziak gutxienez 150 wattekoa izan behar du. Bideo-kamera eta telebista pantaila erabili nahi baditugu 250 watt beharko dira.

Oinarrizko elementu hauen inguruan zenbait material kirurgikoen bilakaera eman da artikulazioaren barnean lan egiteko. Hauen adibide bezala: gako azterlaria, basketak eta motore artroskopikoa (edo kondrotomoa).

Artikulazio-barneko ikerketak aurrera doazen bezala, material kirurgikoaren hedapenak aurrera jarraitzen du. Lehen ezinezkoak ziren teknika kirurgikoak posible eginez.

## INDIKAZIOAK ETA MUGAK

Artroskopia, sistema tekniko bezala, gure gorputzaren artikulazio gehienetan eta zenbait artikulazio-inguruko husguneetan egin daiteke.

Hala eta guztiz ere ezin dezakegu ahaztu artroskopia egin aurretik historia klinikoa eta azterketa fisiko zehatz bat beharrezkoak direla.

Hauek izango lirateke laburturik artroskopia bat egiteko egoerarik garrantzitsuenak:

— Diagnostiko zalantzak ditugunean.

— Gaixotasun kronikoen hedapena kontrolatzeko.

— Iragarpenari buruzko balorazioa egiteko.

— Biopsiak egiteko.

— Artikulazio-barneko zaurien balorazio zuzen bat egitearren.

— Interbentzio kirurgikoak, gauza sinpleenetatik tratamendu zailenetara. Adibide bezala meniskoaren garbiketa edo aurreko lotailu gurutzatuaren plastia.

Mugak artroskopia egiten duenaren eskuetan edo duen material kirurgikoetan aurkitzen dira.



# DERIBA
# TEKNI

Minbizia bate
entzat bizitza kalit
bideratzeari altern
batetik onargarria
gehienbat, heste za

Teknika hauet
ileala Studer-en ara
II, emakueengan.

## METODO ETA M

1991ko Maiatz
erradikal bat burutu
urte). Ebakuntza-au
nala" zen kasu guztie
rako beste bietan sup
kala eta beste 10 ur
zegoen A G III mazk
nezko batean.