

5. Posterrak

5.1. GIBa prebenitzeko helburuarekin xiringak trukatzeko programa Euskadiko farmazia komunitarioetan

Ainhoa Oñatibia Astibia¹, Arantxa Arrillaga Arrizabalaga², Antonio Arraiza Armendariz², Maria Luisa Martínez Garcia³, Sonia Sanz Olmos⁴

¹Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte

²Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza

³Arabako Farmazialarien Elkarte

⁴Bizkaiko Farmazialarien Elkarte

ainhoaonatibia@redfarma.org

1. Sarrera

Farmazia komunitarioa herritar guztien eskura dagoen baliabide bat da, eta bertan, farmazialaria da GIBak eragindako infekzioari buruz herritarrei aholkuak eta aholkuak emateko prestatutako profesional sanitarioa. Azken hamarkadetan, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute, Osasun Sailarekin lankidetzan estuan. 1991tik martxan dagoen programa horietako bat xiringak trukatzeko programa (XTP) da. XTP ez da xiringa-truke soil batean oinarritzen; izan ere, profesional sanitarioak heziketa eskaintzen die erabiltzaileei, administrazioari lotutako kalteen prebentzioari buruz.

2. Helburuak

Deskribatzea zer emaitza lortu dituen XTPk, eta, zehazki, nola parte hartu duen farmazia komunitarioak programa honetan.

3. Metodoak

Hiesaren eta sexu-transmisiozko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egien da. Aintzat hartu diren aldagaietako batzuk hauek dira: xiringen urteko kontsumoa, lurraldearen, tokiaren eta modalitatearen arabeko banaketa, eta programaren urteetako bilakaera.

4. Emaitzak

1990 eta 2008 artean 10.758.036 xiringa-kit banatu ziren Euskadin. Urteko kontsumoaren batez bestekoa 370.967 xiringa-kitekoa da, baina azken urteetan kontsumo hori nabarmen murriztu da, eta 2018an 125.593 xiringa-kit banatu ziren. 125.593 horietatik, % 71,7 (n = 90.054) farmazietan banatu ziren, % 28,1 (n = 35.233) gobernu kanpoko erakundeetan (GKE) bidez eta % 0,2 (n = 306) espetxeetan. Farmazietan banatutako kit guztietatik, % 72 saldu egin ziren, eta % 28 trukatu ziren. Bizkaian banatu ziren kit eta xiringa gehien (% 52,0); ondoren, Gipuzkoan (% 40,8) eta gero Araban (% 7,2).

5. Ondorioak

GIBa eta horrekin lotutako beste infekzio batzuk prebenitzeko estrategia eraginkorra da XTP. Farmazia komunitarioa baliabide egokia da osasun publikoko estrategiak garatzeko, eta farmazialaria funtsezko profesionala da GIBaren prebentzioan.

6. Bibliografia

1. Menoyo C, Programa de intercambio de jeringuillas en las farmacias. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. Vol. 4, nº 3 (Marzo 1993), p. 178-179

5.2. Farmazia komunitarioa, GIBaren eta sifilisaren prebentzioan eta diagnostiko goiztiarrean inplikaturako osasun-baliabide gisa

Ainhoa Oñatibia Astibia¹, Arantxa Arrillaga Arrizabalaga², Antonio Arraiza Armendariz², Maria Luisa Martínez Garcia³, Sonia Sanz Olmos⁴

¹Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte

²Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza

³Arabako Farmazialarien Elkarte

⁴Bizkaiko Farmazialarien Elkarte

ainhoaonatibia@redfarma.org

1. Sarrera

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek, farmazia-elkargoen eta Osasun Sailaren laguntzarekin batera, GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute. 2009an GIBaren test azkarra jarri zen abian GIBaren diagnostiko goiztiarra errazteko asmoz, test aurreko eta osteko aholkuekin eta zentro espezifikoetara deribatzearekin batera. Susmoa berresteko. 2011n, programa osatzeko asmoz, sifilisaren test azkarra egiten hasi zen, gizonekin sexua duten gizonei zuzendua.

2. Helburuak

Euskal Autonomia Erkidegoko farmazietan GIBaren eta sifilisaren test azkarreko programan lortutako emaitzak deskribatzea.

3. Metodoak

Hiesaren eta sexu-transmisiozko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egin da.

4. Emaitzak

2009ko martxotik 2019ko irailera bitartean, GIBaren 28.368 eta 2290 sifilisaren test azkar egin dira Euskadiko farmazietan. Farmazietara testa egitera joaten diren pertsonen % 22,4 gizonekin sexua duten gizonak dira (HSH), % 43,8 gizon heterosexualak (HTX) eta % 25,4 emakumeak. Testa botikan egiten duten gehienek emaitzaren azkartasunagatik (% 40,7) edo irisgarritasunagatik (% 36,1) egiten dute.

Aldi osoan emaitza positibo guztien prebalentzia % 0,9koa da GIBaren kasuan (n = 243) eta % 3,4koa sifilisaren kasuan. GIBaren emaitza positiboaren prebalentzia handiagoa dute HSH-ek populazio orokorrak baino (% 2,1 eta % 0,9, hurrenez hurren).

5. Ondorioak

Farmazian egindako testen kopuruak eta lortutako emaitzek adierazten dute kolektibo horri zuzendutako kanpainekin jarraitu behar dela eta horrelako zerbitzuak mantendu behar direla.

6. Bibliografia

1. Gorostiza I, Elizondo Lopez de Landache I, Braceras L. Programa de cribado de VIH/Sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gaceta Sanitaria. 2013;27(2):164-166.

5.3. Snoezelen terapiak gehiegizko alkohol kontsumoaren kalteetarako dakartzan onurak

Irantzu Rico Barrio¹, Nagore Puente Bustinza¹, Ianire Buceta Salazar¹, Izaskun Elezgarai Gabantxo¹, Pedro Grandes Moreno¹ eta Janire Rojas Caño²

¹*EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientzien Saila. EHU Zientzia Parkea, Achucarro Neurozientzia Ikerketa Zentroa.*

²*International Snoezelen Association professional e,V- ISNA Erakundea, Terapia klinikoak- Errehabilitazio Saila.*

janire@ausarti.com

1. Sarrera

Snoezelen, norbanako zentzumenen estimulazioan edo erlaxazioan oinarritzen den terapia ez-farmakologikoa da. Pertsonon bizi-kalitatea hobetzea du helburu nagusia. Terapia honetan, ikusmena, entzumena, ukimena, dastamena, oreka, propiozepzioa eta usaimenahainbat objekturen bitartez kitzikatzen dira: argiztapen artifizialaren, musika terapeutikoaren, ehundura ezberdinen eta hainbat lurrin eta elikagairen bidez. Terapia hau erabilgarria dela egiaztatu da Rett sindromearen, garun-lesio traumatikoen, garun-paralisan eta dementzian agerikoak diren sintoma fisiologikoak eta portaera-aldaketak arintzeko. Haatik, droga-abusuek dakartzaten asaldurei aurre egiteko Snoezelen terapiak ekar ditzakeen onurak ez dira ikertu orain arte. Ildo horretan alkohola da mundu mailan gehien kontsumitzen den substantzia psikoaktibo ohikoena eta alkoholismoak 3,3 milioi hildako eragiten ditu urtero; mundu osoko heriotza guztien % 5,9, alegia.

2. Helburuak

Ikerlan honen xedea droga honen kontsumoaren ondorioz sorturiko kalteei aurre egiteko Snoezelen terapiak zer rol duen aztertzea da. Zehatz-mehatz adimena, mugimenduen koordinazioa, oreka eta antsietate/depresio prozesuak aztertuko dira.

3. Metodoak

Azterlan honen helburua gauzatzeko Gamiz-Fikan kokatuta dagoen Emaus gizarte-fundazioak barne hartzen duen Bitartean egitasmoko 6 paziente (gizonezkoak) hautatu genituen; guztiek alkoholarekin lotutako arazoak zituztenak. Lehenik eta behin, paziente bakoitzaren kognizio eta antsietate/depresio maila neurtu genuen “Kaufmanen adimen azterketa” eta “Helduen psikopatologia ebaluazio orokorra” izeneko probak gauzatu, hurrenez hurren. Horrez gain, paziente bakoitzaren koordinazioa eta oreka maila ere neurtu genituen. Parametro hauen datuak lortu ostean, pazienteak, Snoezelen deritzon zentzumen anitzeko terapia jasotzen hasi ziren,astean birritan; 10 saio guztira. Saio bakoitzean, hobetu beharreko parametroak landu ziren: adimena, koordinazioa, oreka eta erlaxamendua, hain zuzen ere. Snoezelen terapia saioak amaitu eta astebetera kognizio, antsietate/depresio, koordinazio eta oreka datuak berriro neurtu genituen, hasierako proba berdinak zertuz.

4. Emaitzak

Snoezelen terapiak aztertutako parametro bakoitzaren hobekuntza eragin zuen. Hala kognizio nola antsietate maila. Bai koordinazioa, baita oreka ere.

5. Ondorioak

Efektu onuragarri hauek guztiek aukera berriak ireki ditzakete osasungintzan, non Snoezelen terapia mediku espezialistek alkoholismoa sendatzeko agindutako tratamendu farmakologikoen laguntzaile bezala aplika daitekeen; paziente bakoitzaren bizi-kalitatea hobetzeko, eta, ondorioz, pertsona hauen bizi-itxaropena luzatzeko.

6. Bibliografia

1. Lopez JJ, Bolívar JC, Perez MS. Assessment tool for reactions and behaviours of patients with dementia in a multisensory stimulation environment. *Dementia (London)*. 2016; 15(4): 526-538.
2. Collier L, Jakob A. The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. 2017; 10(5): 39-51.
3. Kaplan H, Clopton M, Kaplan M, Messbauer L, McPherson K. Snoezelen multi-sensory environments: task engagement and generalization. 2006; 27(4): 443-455
4. Maseda A, Sánchez A, Marante MP, González-Abraldes I, de Labra C, Millán-Calenti JC. Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen*. 2014; 29(7): 637-647.
5. Poza J, Gómez C, Gutiérrez MT, Mendoza N, Hornero R. Effects of a multi-sensory environment on brain-injured patients: assessment of spectral patterns. *Med. Eng. Phys*. 2013; 35(3): 365-375.

5.4. Laneko joan-etorrien ondoriozko laneko lesioak murrizteko tresnak

Jaione Fernández Landa, Gonzalo Arroyo Díaz, Marta Valencia Asso
eta Alberto Sainz de la Maza Orio

Mutualia
jirizar@mutualia.eus

1. Sarrera

Mutualiak, Gizarte Segurantzarekin lankidetzan duen 2. Mutuak, laneko mugikortasunean ekintza eta praktika onak garatu eta hedatzea sustatzen du 2010az geroztik, honako hau antzeman baitzen:

- Lehenengo Bonuskanpaina abian jarri ondoren, mugikortasuna kudeatzeko tresnen gero eta behar handiagoa zutela enpresek.
- Enpresetako istripuen datuak aztertu ziren: egiaztatu zen laneko istripurik larrienen % 30 (larriak, oso larriak eta hildakodunak) joan-etorrien ondoriozkoak zirela.

Horren ondorioz, joan-etorriek (in-itinere eta misiokoak) eragindako laneko lesioak murrizteko tresnak garatzeko proiektua jarri zen abian.

Grafikoa: mugikortasunarekin zerikusia duten laneko istripuen larritasuna guztizkoarekin alderatuz gero %

Joan-etorri gabeko larritasunik handieneko LI

Joan-etorrien ondoriozko larritasunik handieneko LI

2. Helburuak

Joan-etorrien ondoriozko laneko istripuen arriskua eta horien larritasuna murrizteko tresnak eta ekintzak hedatzea, Mutualiari atxikitako enpresa-taldean.

3. Metodoak

Mutualiak garatutako ekintzak eta tresnak hedatzeko, kontzientziatzeko eta aholkatzeko sistematika, 2010-2018 aldian hautemandako **BEHARREI** erantzunez. Joan-etorrien ondoriozko arriskuei buruz enpresek duten kudeatzeko metodologian eta pertzepzioan eragin nahi da.

BEHARRAK

Aholkularitza

Zereginbehardenetanola egin behar den ez dakitela ikusida.

Ekintzak:

- Aholkularitza pertsonalizatua.
- Ikustaldiak, hala eskatzen duten enpresetara.

Posterrak

Kudeaketarako tresnak

Edozein enpresa motatan erraz ezar daitezkeen eredu beharrak identifikatu.

Ekintzak:

- Mugikortasun-planaren eredia.
- Joan-etorrien egoera diagnostikatzeko eredia.
- Langileentzako inkesta tipo eredia.
- Ezarri beharreko balizkoneurrien zerrenda egin.

Eredu guztiak hemen daude: www.mutualia.eus

Kontzientziazioa

Zerikusia duten eragile guztiak arriskuaren kontzientziazio handiagoa hartzeko beharra dagoela ikusi da.

Ekintzak:

- Gidatzeko simulagailua.
- Oporretakokanpainak.

Informatzeko etahedatzeko tresnak

Tresna horien beharra egiaztatu da.

Ekintzak:

- Campus birtuala: mugikortasunari buruzko berriak edukiak oinarritzko ikastaroan eta bideko segurtasunari buruzko jarduerak dibulgatzaileak.
- Jardunaldi dibulgatzaileak.
- Gidatzeko buruzkotrebakuntza-fitxa.
- Ikus-entzunezko materiala: sentsibilizazio-kanpaina astero, bideoen bidez.

4. Emaitzak

Emaitzak ebaluatzeko, proiektuaren hasieran eman diren bi adierazleak neurtu dira.

5. Ondorioak

Adierazle batzuk hobetu egin diren arren, oro har laneko mugikortasunaren arloan berrikuntza, dibulgazio eta kontzientziazio lanak egiteko beharra dagoela ikusten da, eta kolektibo bazkideentzat Mutualiako prebentzio aholkularitzatik garatzen dira

zeregin horiek.

Azpimarratu beharra dago joan-etorrien ondoriozko arriskuaren izaeratik ezinbestekoa dela ikuspegi anitzeko programak eta jarduerak garatzea gizartean eta lan munduan eragina izan dezaketen erakunde eta talde guztiak.

5.5. Gulloren Sindromea. Zer da? Kasu kliniko pare baten aurkezpena

Beñat de Alba Iriarte¹, Noelia Lopez Barba¹, Maria Elena Redin Sarasola¹
eta David Monzon Casado²

¹Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua.

²Donostia Unibertsitate Ospitalea. Immunologia Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Gulloren Sindromea pankreako hiperentzinemia onbera da, Lucio Gullo doktoreak deskribatutako entitate berri eta arraroa. Orain arte 150 kasu soilik argitaratu dira mundu mailan.

Pertsona osasuntsu batean denboran zehar mantentzen den hiperentzinemia da. Amilasa eta lipasa entzimen emaitzen gorabehera handia eta behin-behineko normalizazioa eragiten ditu ordu gutxian. Aurrekaririk gabe eta modu esporadikoan gerta daiteke. Ez dago pankreako gaixotasunik.

Ez da eritasuna, asaldura onbera baizik, baina diagnostiko zuzena egitea garrantzitsua da ikerketa, terapia, ingresu eta osasun egoeragatikoko kezka antzuak saihesteko.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa aurkeztutako entitatearen berritasunean eta bitxitasunean datza. Hauek dira Euskal Herrian diagnostikatu diren asaldura honen lehen bi kasuak, baina gehiago direla uste dugu. Horregatik, Laborategitik Gulloren Sindromearen berri emanez paziente zein osasun-langileak ohartarazi nahi ditugu, gaitz honendiagnostiko goiztiar eta zuzenak alferrekoantsietate eta azterketa medikoak ekidin baititzake, eta osasunaren prebentzioan lagundu.

3. Metodoak

Bi pazienteren diagnostikoa eta jarraipena egin genituen Laborategian.

4. Emaitzak

Lehen kasua 38 urteko gizonezkoa zen. Osasun zentroan ateratako odol-analisiaren emaitzetan amilasa eta lipasa altuak azaldu ziren, 221U/L [10-125] eta 178,9U/L [13-60] hurrenez hurren, ondorioz pankreatitis akutua susmatu zuten. Larrialdietan egindako azterketa fisikoa eta irudiak normalak izan ziren ordea, ez zeukan sintomarik eta, harrigarriki, pankreako entzimak normalizatu egin ziren. Bi aste geroago berrikusi zuten. Odol-analisan, aldatutako parametroak amilasa (313U/L) eta lipasa (344,8U/L) izan ziren bakarrik, baina handik 8 ordua egindako odol-analisko emaitzak normalak izan ziren berriz: amilasa 127U/L eta lipasa 48U/L. (1.Irudia)

Bigarren kasua 62 urteko emakumezkoa zen. Hamar urtean zehar medikuak odol-analisi bidezko jarraipena egin zion pankreako entzimak arrazoi zehatzik gabe aldatuta izaten dituelako, nahiz eta noizean behin emaitza normalak izan eta inoiz sintomarik ez izan. Medikuak, zalantzarik beteta, ez zuen emaitza aldakor horien zergatia azaltzen jakin. (2.Irudia)

5. Ondorioak

Posterrak

Bibliografia sakon aztertuta bi kasuotakoa Gulloren Sindromea deritzona zela ondorioztatu genuen Laborategian. Garrantzitsuena zera da: asaldura onbera izanik, garaiz identifikatuz gero, behargabeko azterketa, tratamendu eta osasun egoeragatiko antsietatea ekidin daitezke.

6. Bibliografia

1. Gullo L (1996) Chronic nonpathological hyperamylasemia of pancreatic origin. *Gastroenterology* 110:1905-08.
2. Gullo L (2000) Familial pancreatic hyperenzymemia. *Pancreas* 20:158-60.
3. Gullo L, Cavicchi L, Tomassetti P, Spagnolo C, Freyrie A, et al. (1996) Effects of ischemia on the human pancreas. *Gastroenterology* 111:1033-38.
4. Berk JE, Kizu H, Wilding P, Searcy RL (1967) Macroamylasemia: a newly recognized cause for elevated serum amylase activity. *N Engl J Med* 277:941-46.
5. Warshaw AL, Lee KH (1978) Macroamylasemia and other chronic nonspecific hyperamylasemias: chemical oddities or clinical entities? *Am J Surg* 135:488-93.
6. Gullo L, Lucrezio L, Migliori M, Bassi M, Nesticò V, et al. (2008) Benign pancreatic hyperenzymemia or Gullo's syndrome. *Adv Med Sci* 53:1-5.
7. Gullo L (2007) Benign pancreatic hyperenzymemia. *Digestive and Liver Disease* 39:698-702.
8. Gullo L, Migliori M (2007) Benign pancreatic hyperenzymemia in children. *Eur J Pediatr* 166:125-29.
9. Gullo L, Ventrucci M, Barakat B, Migliori M, Tomassetti P, et al. (2003) Effect of secretin on serum pancreatic enzymes and on the Wirsung duct in chronic nonpathological pancreatic hyperenzymemia. *Pancreatology* 3:191-94.
10. Yang B, Wu W, Su C, Wu J, Yeh C, et al. (2015) Healthy Chinese with benign pancreatic hyperenzymemia. *J Chin Med Assoc* 78:623-26.

5.6. Hook efektua: immunosaiakuntzen eragozpena, emaitzen zuzenketa eta osasun-prebentzioa

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbieta
eta Adolfo Garrido Chercoles

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Hook efektua Laborategiko immunosaiakuntzen eragozpen bat da. Odol-lagina analizatzean kontzentrazio oso altuan dagoen analitoaren emaitza gutxiesten du balio baxuak neurtuz.

Antigenoaren kontzentrazio altuak antigorputzaren saturazioa eragiten du, eta horren ondorioz, antigeno-antigorputz erreakzioaren prezipitazioa murrizten da. Horrek teknikaren neurtze seinaleak gutxitzen ditu eta emaitza faltsuki baxuak eragiten. (1.Irudia)

Osatutako prezipitatu kopurua serum laginean dagoen antigeno kontzentrazioarekiko alderantziz proportzionala denez, aztertzen den laginaren neurketa ez da zuzena izaten eta emaitza akasdu baxuak eman daitezke.

Fenomeno hau 1992.an deskribatu zen lehen aldiz. Prolaktina, ferritina, giza gonadotropina korionikoa (hCG) eta antzeko analitoak neurtuta, kasu batzuetan kontzentrazioak oso altuak dira eta ez da erraza izaten antzematea. Analito baten segidan neurtutako balioen artean ez dagokion emaitza susmagarri bat antzematean detektatzen da.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa immunosaiakuntzetan gerta daitekeen efektu honen berri ematean datza. Berau detektatzea garrantzitsua da, odol-analisen emaitza zuzentzeko eta osasun-diagnostiko eta tratamendu okerrak prebenitzeko.

3. Metodoak

Paziente baten ferritina balioen jarraipena egin genuen Laborategian.

4. Emaitzak

Gaixoa sindrome hemofagozitikoa zuen 71 urteko emakumezkoa zen. Ospitalean hainbat odol-analisi egin zitzaizkion eritasunaren bilakaera aztertzeko.

Gaixotasunaren diagnostiko analitikoaren ezaugarriak hauek dira: hiponatremia; gibelesko alterazioaren zeinuak (fosfatasa alkalinoa eta transaminasak); triglizerido, laktato deshidrogenasa, ferritina eta C proteina erreaktibo altuak; pantzitopenia; eta koagulazio intrabaskular diseminatua (D dimero altua).

Pazientearen biokimika, hemograma eta koagulazio laginen emaitzak sindrome hemofagozitikoaren datuekin bat zetozen, baina emaitzak zehatz-mehatz aztertuta 5.eguneko ferritina balioaren

Posterrak

jaitsierak arreta eman zigun (288080 μ g/L izatetik 836 μ g/L izatera). Ia ezinezkoa da ferritina balioen jaitsiera horren nabarmena izatea hain denbora gutxian; horregatik, 5. eguneko lagina berriz aztertu genuen, baina antzeko balioa lortu genuen (878,4 μ g/L). (2. Irudia)

Emitza horren egiakotasuna zalantzan jarrita, laginarendiluzio serializatua egin genuen, immunosaiakuntzaren bitartez azter zitekeen antigeno kontzentrazio neurgarria lortu arte. Lagineko ferritinaren emitza erreala 546320 μ g/L izan zen, eta ondorioz, Hook efektua gertatu zela frogatu genuen.

5. Ondorioak

Immunosaiakuntzen eragozpen hau susmatzen den bakoitzean laginaren diluzio serializatuak egin behar dira lagin-analizagailuak arazorik gabe neurtuko duen antigeno kontzentrazioa erdiesteko. Horrela, eraturako diluzioa aztertzean, fenomeno hau berriz agertzea saihestiaz gain, emitza erreala lortzen da. Aurrez zegoen emitza zuzendu behar da eta, hutsegitea garaiz detektatu ez bada, gertatutakoaren berri eman behar zaie pazientearekin lotura duten osasun-langileei. Horrek osasun erabaki okerrak hartzea eragotz dezake, baita okerreko diagnostiko eta tratamenduak prebenitu ere.

5.7. Metanol intoxikazioa: diagnostiko kliniko eta analitikoaren eta tratamendu azkarren beharra

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eva Lorea Gil Rodriguez
eta Maria Asuncion Vives Almandoz

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Análisi Klinikoen Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Metanola substantzia toxikoa da. Giza gorputzean kalteak eragin ditzake larruazaleko kontaktuaren edo ingestioaren (askoz larriagoa) bidez. Metabolizatzean bi konposatu kaltegarri osatzen dira, formaldehidoa eta azido formikoa, toxizitatearen erantzuleak.

Metanol intoxikazio kasuak bakanak diren arren, morbiditate eta hilkortasun-tasa (%25-50) oso handiak ditu, eta kasu gehienak alkoholiko konpulsiboek dagozkie. Askotan etanol intoxikazioarekin nahas daiteke, ez baitu sintomalogia espezifikorik. Sintomak ingestio osteko 12 eta 24 orduen artean agertzen dira: sabeleko mina, goragalea, gorakoa, zorabioa, ikusmen lausoa, ahulezia...

Ezaugarri kliniko bereizgarriena midriasi arreaktibo bilateral da, pronostiko txarra du, eta heriotzaren arrazoi nagusia arnasketa akatsa da. Analisisian azidosi metaboliko nabarmena, anionGAP eta osmolGAP altuak eta metanol emaitza altua ageri ohi dira.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa metanol bidezko intoxikazioaren larritasunean datza. Urtean bizpahiru kasu izaten ditugu ospitalean eta gehienetan hil egiten dira.

Osasunaren prebentzioan funtsezkoa da goizdiagnostikatzeara tratamendua azkar ezartzea, ondorio neurologiko eta bisualak eta heriotza ekiditeko. Sarritan ez da izatensusmatzen erraza, baina aurkezpen honetan azaldutako datuekin bere diagnostikoa garaiz egiten laguntzea espero dugu, tratamendu zuzena berehala hasteko.

3. Metodoak

Datu kliniko eta analitikoaren berrikuspenbibliografikoa.

4. Emaitzak

Intoxikatuak edale sutuak eta alkoholik ezean edozer edateko gauza izan ohi dira. Mozkorraldiaren moduko sintoma orokorrak jasateaz gain midriasi arreaktibo bilateral eta azidosi metaboliko larria izaten dituzte ezaugarri.

Metanolaren neurketa egin ezin denean, diagnostikoaren hurbilketa anionGAP eta osmolGAP kalkulatu egiten da.

AnionGAP = $([Na^+] - ([Cl^-] + [HCO_3^-]))$. Erreferentzia-balioa: 8-16 mEq/L edo mmol/L

Posterrak

AnionGAP altuak azidosia baieztatzen du.

OsmolGAP = OsmolalitateNeurtua - OsmolalitateKalkulatua. Erreferentzia-balioa:<10mOsm/kg

OsmolalitateNeurtua: substantzia osmotikoki aktiboak (alkohola eta metabolitoak) ditu barne.

OsmolalitateKalkulatua: $2x[Na+] + 2x[K+] + [Urea]/6 + [glukosa]/18$

OsmolGAP altuak metabolitoen presentzia adierazten du.

Metanolaren emaitza gas-kromatografia bidez konfirmatzen da EDTA odol-laginean. Emaitza positiboa izan ohi da ingestiotik 48 ordura arte hartutako laginetan, baina negatiboa izan daiteke handik aurrera eskuratutakoetan.

Intoxikazio larria:>0,2g/L

Intoxikazio hilgarria:>1g/L

5. Ondorioak

Susmo kliniko eta analitikoan soilik oinarrituta jarri daiteke presazko tratamendua, metanolaren emaitza jakin gabe. Euskarri-neurriez eta dialisiaz gain, antidotoa (fomepizola edo etanola) behar da metanolaren metabolito toxikoetaranzko eraldatzea inhibitzeko.

6. Bibliografia

1. Kruse JA. Methanol poisoning. Intensive Care Med 1992;18:391-7.
2. Nolla-Salas J, Nogué S, Marruecos L, Palomar M, Martínez J. Intoxicación por metanol y etilenglicol. Estudio de 18 observaciones. Med Clin (Barc) 1995;104:121-5.
3. Glaser DS. Utility of the serum osmol gap in the diagnosis of methanol or ethylene glycol ingestion. Ann Emerg Med 1996;27:343-6.
4. Brent J, McMartin K, Phillips S, Aaron C, Kulñig K. Fomepizole for the treatment of methanol poisoning. N Engl J Med 2001;344:424-9.
5. Mégarbane B, Borron SW, Trout H, Hantson P, Jaeger A, Krencker E, et al. Treatment of acute methanol poisoning with fomepizole. Intensive Care Med 2001;27:1370-8.
6. Tejada A, Fernández B, González JL, Campos E, Oliván G, Muñoz J. Intoxicación grave por metanol, dos consideraciones. Med Intensiva 1992;16:553-4.
7. Jacobsen D, McMartin KE. Methanol and ethylene glycol poisonings. Mechanism of toxicity, clinical course, diagnosis and treatment. Med Toxicol 1986;1:309-34.
8. Pérez Quintero A, Nogué S, To J, Arrizabalaga P, Montoliu J. Intoxicación por metanol. Valoración de la eficacia terapéutica del etanol y de la diálisis con etanol. Med Intensiva 1983;7:115-8.
9. McMartin KE, Makar AB, Martin-Amat G, Palese M, Tephly TR. Methanol poisoning. I. The role of formic acid in the development of metabolic acidosis in the monkey and the reversal by 4-Methylpyrazole. Biochem Med 1975;13:319-33.
10. Roca R, Boveda J, Angles R, Drobnic ME, De Latorre F, Llopart L. Intoxicación grave por metanol. Med Intensiva 1990;14:31-3

5.8. Elkarrekin hazten

Uxue Seminario Fonseca¹, Amaia Lucambio Larrechea¹, Itsaso Sexmilo Ayarra², Maria Regina García Hernandez³, Nora Torregrosa Benedé³ eta Maite Ayarra Elia¹

¹*Uharte O.E.*

²*Hernani O.E.*

³*Uharteko Udaletxea*

Uxue_semi@hotmail.com

1. Sarrera

Adingabeen arrisku egoera aztertzearen beharretik abiatuta, haurren zainketan parte hartzen duten zerbitzu PROFESIONALEN SAREAREN eraketa ezinbestekoa dela ondoriozta daiteke.

Adingabeen babesean paper garrantzitsua duten zerbitzu komunitario guztien lan koordinatua da.

Uharten, sarean parte hartzen duten kideak ondorengoak dira:

- Osasun etxeko pediatrak eta gizarte langilea
- Gizarte zerbitzu sozialaren baitan, haurtzaroa eta familia uztartzen dituen programa: gizarte langileak eta gizarte laguntzaileak osatua
- “Virgen Blanca” ikastola publikoko zuzendaria, orientatzailea eta irakasle klaustroa
- “Haurtxoa” haurtzaindegiko zuzendaria eta hezitzaileak
- Aguazilen zerbitzua
- Herriko beste hainbat zerbitzu, entitate eta instituzio

2. Helburuak

- Nafarroako Babes Sistemaren esparruan arriskuan dauden haurren eta nerabeen lehen detekzioa eta arreta bermatzea
- Haurtzaroko eta nerabezaroko gaien harira, udalerrietako ekintzen ikuspegi koordinatu eta integrala ziurtatzea
- Haurtzaroan tratamendu ona sustatzea, prebentzioaren eta formakuntzaren bitartez

3. Metodoak

Sarearen ekintzak 3 motatakoak dira:

- Batzarrak: inguruko haurtzaroan eta familian inplikaturako profesional guztiek parte hartzen dute, alderdi sozio-komunitarioak partekatzeke.
- Lantaldea: formazioak eta batzarrak antolatzeaz eta gerta daitezkeen berriak transmititzeaz arduratzen da.

Posterrak

- Kasu taldea: Adingabe zehatz batekin (edo familia unitate batekin) esku hartzen duten profesionalak baino ez dute parte hartzen. Ezarritako gidoian zereginak banatu eta helburuak markatzen dira.

4. Emaizak

Kasu kopurua: 2005etik 2018ra, 269 familiarekin lan egin da. Orokorrean, 2-4 urte bitarteko haurrekin eta haien familiarekin lan egiten da. Nerabeen kasuan, pazientearekin, hari ardua gehiago emanez eta erabakiak hartzen erakutsiz.

Batzar kopurua: gutxienez hilabetean behin. Kasuen jarraipenari dagokionez, ez dago batzar kopuru mugaturik; kasu bakoitzerako beharrezkoak direnak.

Tailerrak eta biztanleriari zuzendutako dibulgazio ekintzak.

5. Ondorioak

Haurren zaintzaren konplexutasunak baliabide profesional desberdinen partehartzea eskatzen du. Honetarako, sareak erantzun globalagoak eta zabalagoak eskaintzen ditu, eta koordinazio alderdiak errazten:

- "Kide bakoitzak bere ikuspegia ekartzen du" arazoak konpontzeko.
- Prebentzioan, profesionalen ikaskuntzarekin eta sarean landutako gaiak populaziora hedatuz.

Sareak lagundu dituen familia kopuru handi honek, eragin sozial handia du.

6. Bibliografia

1. Del Valle S.,(2002) . Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Margen, 27. <http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
2. Rodriguez, M^a. D. (2015) Redes profesionales e interdisciplinariedad en trabajo social comunitario: una respuesta integral a problemas sociales multidimensionales <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.58.04>
3. El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. Diciembre 2009. Raúl Castillo Trigo. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El%20trabajo%20en%20red.pdf>

5.9. Bazterketa dietak haurtzaroan. Osasungarriak? Elikadura-osagarrien menpekoak?

Maite Goicoechea Irigaray¹, Irene Vadillo Álvarez¹, Anabel Escolano Burgos¹, Ainhoa Gondra Sangroniz¹ eta Emilio Jesús Aparicio Guerra²

¹Basurtoko ospitale unibertsitarioa

²Bombero Etxaniz anbulategia

maite.goicoecheairigaray@osakidetza.eus

1. Sarrera

Azken urteotan gure gizartean dieta ezberdinen gorakada izan den arren (barazkijalea, beganoa, etab.), osasun arloko langileen artean gai honi buruzko ezjakintasuna nabaria da. Zer ondorio izan dezakete gure pazienteen osasunean? Zer gomendatu behar diegu gure umeei?

2. Helburuak

12 urteko nerabea, altuera baxuko familia aurrekariekin. Dieta obolakteobegetarianoa jarraitzeko erabakia hartu du eta bere pediatrarengana jo du aholku bila.

3. Metodoak

Azken 5 urteetako literaturaren azterketa sistematikoa egin da, PubMed-en, The Cochrane Library-n, Uptodate-n, Espainako Pediatria Elkartearen eta Lehen Mailako Arreta Pediatrikoko Elkartearen. Gure informazio iturrietatik 5 berrikuspen landu ditugu.

4. Emaitzak

Dieta begetarianoak (obolakteobegetarianoak zein beganoak), paziente pediatrikoetan, orojalea bezain onuragarriak izan daitezkeela deritzote metaanaliseiek, garapena eta hazkuntza oztopatu barik, elikadura anitza eta proteina ezberdinen konbinazio egokia egiten den heinean. Gainera, obesitatearen, gaixotasun koronarioen, bigarren motako diabetesaren eta hipertentsioaren intzidentzia murrizten du, baita LDL-kolesterola, gluzemia, tentsio arteriala eta gorputz-masa indizearen zifrak ere. Hala ere, elikadura hau jarraitzen duten umeetan, B12 eta D bitamina, zink, aminoazido eta gantz-azido esentzial batzuen gabezia egon daitekeenez, hauetan aberatsak diren jakiak jatea ezinbestekoa da (esnea, arrautzak eta zerealak...); bestela, elikagai-osagarriak beharrezkoak dira. Literaturan, lekale eta zereal proteinak batera jatea gomendatzen da, horrela proteina ezberdinen kalitatea hobetzen delako, haragi proteinen kalitatera hurbilduz. Barazkijaleetan, proteina-sarrera orojaleetan baino handiagoa izan behar da, beraien elikadura zuntzan aberatsa denez proteinen xurgapena murriztuta dagoelako. Dieta beganoa jarraitzen duten familiek eta euren umeek, aholku gehiago behar dutenez, erreferentziako medikuaz gain nutrizionista batek jarraipena egitea komenigarria da. Bazterketa dietak jarraitu nahi dituzten umeetan elikadura ohiturak aztertzea derrigorrezkoa da, ezkutaturako elikadura asalduraren bat ez dagoela egiaztatzeko. Eta bularreko umeen kasuan, nutrizio egoera egokia bermatzeko, amek jarraitzen duten elikadura ezagutu behar da.

Posterrak

5. Ondorioak

Gure ikerketaren ostean, gure gizartean dieta hauek gero eta hedatuagoak direla esan daiteke; horrenbestez, osasun arloko langileek gai honi buruzko ezagutza izatea gomendagarria da, pazienteei aholku eta jarraipen egokia emateko.

5.10. Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da

Maria Isabel Sarriegui Karrera eta Ana Isabel Perez Aguiar

La Habana Osasun Zentroa

mariaisabelsarrieguicarrera@gmail.com

1. Sarrera

Gasteizko Udalaren datuen arabera, El Pilar auzoko populazioaren % 38k 65urtetik gora daukate.

Bakardadea, indibidualismoa, gizarte-bazterketa, sedentarismoa... adineko pertsonen kalte egiten dioten egoerak dira, gizarte-sare egokirik ez dutelako.

Egoera horiei aurre egiteko, EL Pilar auzoko osasun eta gizarte zerbitzuek egoera horretatik atera eta auzoan duten presentzia berreskuratzeko programa bat garatu dugu.

2. Helburuak

Helburuak bi dira

Batetik, auzoko zerbitzuetarajoaten ez diren adineko pertsonak identifikatzea, eta zehazki, haien bizikaltatea hobetzen lagun dezaketenetara.

Bestetik, bizimodu osasungarria jorratzea, garapen pertsonal, sozial eta erlazionalaren bidez eta hautemandako behar zehatzei erantzuna emanez.

3. Metodoak

"Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da" programa komunitarioak auzoko eragileen lan koordinatu eta bateratua eskatzen du, besteak beste : La Habana Osasun Zentroa, El Pilar Gizarte Etxea, Adinekoen Zentro Soziokulturala, Francisco De Vitoria Institutua...

Bada, programa honetan, astean behinbertaratuko dira auzoko elkarte eta txoko desberdinetara, arratsalde, 7 astez,. Programak diptiko bat du, eta lehen eguneko tailerlean parte hartzen dutenei ematen zaie. Bertan, astero erronka bat ezartzen da tailerlean landutako gaiarekin lotuta.

Hauguztia begirale batek dinamizatzen du, saioak egiten direnlekuetara joaten lagunduz eta harremanak ezartzeko lehenengo pausoak emanez.

4. Emaitzak

Parte-hartzaileek, aldi berean, antzeko premiak dituzten adineko beste pertsona batzuk erakarri dituzte: ehuntzeko biltzen diren emakumeak, adinekoen zentroetako topaketak, osasun-parkeak... beste programak ezarriz.

Posterrak

5. Ondorioak

Gure erabiltzaile batzuen egoera sozio-sanitaria hobetzeaz gain, bertan parte hartu dugun osasun zentroko langileoi, auzoko beste baliabide batzuekin loturak ezartzeko eta indartzeko balio izan digu programak.

5.11. Berdin artatzen al ditugu pazienteak emakumezkoak ala gizonezko izan?

Sara Prego Jimenez

Donostiako Ospitalea

sariprego22@gmail.com

1. Sarrera

Hainbat ikerketak adierazten dutenaren arabera, osasun profesionalok paziente bat ezberdinartatu dezakegu emakumezkoa ala gizonezkoa denean. Genero-isuri psikologiko honekeguneroko zainketetan eragin dezake, morbi-mortalitatean eraginez. Izan ere, Osasunaren Mundu Erakundeak (2016) emakumezkoetan desabantailak nabariak direla adierazi zuen.

Hamberg-en (2008) arabera, osasun-sistemaren genero-isuria saihestuko litzateke profesionalen prestakuntzan eta hezkuntzan esku-hartuz.

2. Helburuak

Lan honen helburua genero-isuriari esfortzu terapeutikoan izan dezakeen eragina aztertzea da, baita osasun-profesionalen zein ikasleen praktika klinikoan eta curriculum akademikoan murrizteko esku-hartze esparru espezifikoak biltzea ere.

3. Metodoak

Literaturaren berrikuspen bibliografiko narratiboa egin da Medline eta Dialnet datu baseetan.

4. Emaitzak

Osasungintza eredu androzentrikoan oinarritzen dela ondorioztatuta, eta horrek zuzenean eragiten dio osasun profesionalen formakuntzari, sexu- eta genero-ezberdintasunetikiko hautemateazailduz eta emakumeen zainketen eraginkortasun maila gutxiagotuz, adibidez. Honen ondorioz, prebentzioan eta tratamenduan ezberdintasunak egondaitezke eta osasun-emaiza-okerragoak, konplikazio gehiago, morbiditate handiagoa eta hilkortasun-ratio handiagoa izan daitezke. EAEn adibidez, miokardioko infartu akutua jasaten duten emakumezkoek tratamendu egokia jasotzeko aukera gutxiago dute.

5. Ondorioak

Genero-isuria murrizteko, sexuen arteko ezberdintasun biologikoak errespetatzen dituzten gida kliniko estandarizatuak erabiltzea, osasungoan genero-kontzientzia sustatzea eta genero-ikuspegia osasun-ikasketetan jorratzea gomendatzen da. Baliabide hauen lanketaren ondorioz, osasun sistemaren erabiltzaileen artaketa hobetzea espero da.

6. Bibliografia

1. Hamberg K. Gender bias in medicine. *Women's Heal.* 2008; 4(3):237–243.
2. doi:10.2217/17455057.4.3.237
3. World Health Organization. *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.* Danimarka: WHO Regional Office for Europe; 2016. Eskuragarri:
4. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf

5.12. Gainpisua eta obesitatea duten haurren gorputz irudiaren pertzepzioa aztertzen

Oihane Agote Uria, Idoia Iturbe Telleria, Edurne Maiz Aldalur, Eva Pereda Pereda

Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Psikologia Fakultatea. Biodonostia Osasun Ikerketa Institutua; Osasun Mentala eta Arreta Psikiatrikoa.

eva.pereda@ehu.eus

1. Sarrera

Haur-obesitatea XXI. mendeko osasun-arazorik larrienetako bat da, eta, epe motzera dituen ondorioez gain, gainpisua eta obesitatea duten haurrek helduaroan obesitatea izaten jarraitzeko aukera handiagoa dute. Era berean, gorputz-irudia obesitatearekin lotutako faktorea da, eta gorputz-irudiaren pertzepzio desegokia oztopo izan daiteke haur horiek beren egoeraren kontzientzia hartzeko. Aldiz, gorputz-irudiaren hautemate egokia haur-obesitatea prebenitzeko lagungarri suerta daiteke.

2. Helburuak

Gainpisua eta obesitatea duten haurren gorputz-irudiaren pertzepzioa eta horrekin lotutako faktoreen errebisio sistematiko bat burutzea.

3. Metodoak

MEDLINE, Scopus, Web of Science eta PsycINFO datu-baseetan bilaketa gauzatu zen. Haurren Gorputz Masaren Indizea (GMI) sailkatzeko ebaketa-puntu desberdinen erabilera hartu zen kontuan, besteak beste IOTF edo OMEk proposatutakoak. Haurren gorputz-irudiaren pertzepzioaren kasuan, bai ikusmeneko bai ahozko metodoak onartu ziren. PRISMA prozeduran oinarrituta, 12 artikulua berrikusi ziren.

4. Emaitzak

Gainpisua eta obesitatea zuten ume askok beren gorputz-tamaina gutxietsi zuten, beren gorputza zena baino argalagoa hautemanen. Halaber, gehienek gorputz atsekabetasuna adierazi zuten. Gainpisuaz zein obesitateaz jabe ziren haurren artean maila handiagoan ematen zen gorputz atsekabetasuna. Horrez gain, umeen adina handitu ahala, hautematea egokiagoa zen.

5. Ondorioak

Prebentzioari begira, haurren obesitatea ikuspegi biopsikosozial batetik jorratu behar dela uste da, ez baitaude soilik aldagai fisikoak jokoan. Zentzu horretan, gorputz-irudiaren pertzepzio egokiak sustatu behar dira haurrengan, fokua gorputz-pisutik kenduz. Horrela, bai obesitatea bai gorputz atsekabetasuna edota elikadura-portaeraren nahasmenduakekindingo lirartekeela uste da. Horretarako, txikitatik elikadura nahiz ariketa fisiko ohitura osasuntsuak sustatu behar dira eskolan zein etxean, horiek baitira haurren testuinguru hurbilenak. Halaber, gizentasunaren estigma saihesteko, umeak gorputz-aniztasunean hezte garrantzitsua da, haurrek uler dezaten era guztietako gorputz osasuntsuak existitzen direla.

6. Bibliografia

1. Chung AE, Perrin EM, Skinner AC. Accuracy of child and adolescent weight perceptions and their relationships to dieting and exercise behaviors: A NHANES study. *Acad Pediatr.* 2013;13(4):371–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.011>
2. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012;7(4):284–94.
3. Costa L da C, Santos DA, Almeida S de S, de Vasconcelos F de A. Association between inaccurate estimation of body size and obesity in schoolchildren. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015;37(4):220–6.
4. Leppers I, Tiemeier H, Swanson SA, Verhulst FC, Jaddoe VWV, Franco OH, et al. Agreement between weight status and perceived body size and the association with body size satisfaction in children. *Obesity.* 2017; (11):1956–64. <http://doi.wiley.com/10.1002/oby.21934>
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.
6. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. 2018 [Kontsulta: 2020-09-01]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>