

Osagaiz

Osasun-zientzien aldizkaria

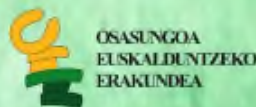


8. bolumena
2. ale berezia
2024ko urria
ISSN 2530-9412
LG: BI-2101-2017



OEEren 33. Osasun Biltzarra Botiketarik haratago

2024 urriak 25
Zornotza
Bizkaia



Babesleak



<https://aldizkariak.ueu.eus/index.php/osagaiz>

Batzorde Zientifikoa eta Antolatzailea

Karmele Benito del Valle Ortiz

Maitena Urberuaga Ertze

Nekane Jaio Atela

Ainara Salazar Iturbe

Laguntzaileak

Bizkaiko Foru Aldundia

Zornotzako Udala

Osakidetza

Argitalpen-data

2024ko urriaren 25ean

Aurkibidea

Editoriala	5
Egitaraua	7
Mahai-inguruak	9
Lehenengo mahai-ingurua	9
Bigarren mahai-ingurua	25
Ahozko komunikazioak	33
Posterrak	47
Tailerra	55
Hitzaldia	57
Aurkibide osoa.....	67
Egileen aurkibidea	69

Editoriala

Sendagaiak gure eguneroko bizitzaren zati dira, bai osasun-profesionalentzat, bai gizartearentzat oro har. Sendagaiak helburu terapeutikoak lortzen laguntzen digute, askotan ezagutzen eta kalkulatzeko dugun arriskua hartuz. Gaixotasunak arindu eta sendatu nahi ditugunean, osasun-arloko profesionalak errezetatutako sendagaietan konfiantza izaten dugu. Hala ere, kasu batzuetan, botika horiek beste batzuekin elkarrekintzan aritzen dira, eta ondorio kaltegarriak edo ez desiratuak eragiten dituzte. Eta ez dute lortzen minaren gisako sintomak sendatzeko edo arintzeko hasierako helburua.

Ezin ditugu alde batera utzi zenbait faktore, hala nola eguneroko bizitzaren medikalizazioa, gaixotasun berriak sortzea, defentsa-medikuntza gero eta ohikoagoa egitea, espezialitate medikoak zatitzea, biztanleria zahartzea eta prozesu kronikoak areagotzea. Esandako guzti honek biztanleria sendagaien eraginpean egotea eragiten du.

Horri buruzko gogoeta egiten badugu, egia deseroso baina beharrezko bat aurkituko dugu: ongizate integrala botiketarik haratago doa. Minaren iturriari eta ondoezaren sustraiei heldu behar zaie pertsonak sakontasunean ezagutzeko eta emaitza hobek izateko gaixotasunaren aurrean.

Hori guztia abiapuntutzat hartuta antolatu du 2024ko Osasun Biltzarra OEE-Osasungoa euskalduntzeko Erakundeak. Jardunaldiak egongo diren bi mahai-inguruetako hizlariak haien proiektuak eta esperientziak azalduko dizkigute. Antolatutako tailerra, berriz, ikuspuntu berriak garatzeko tresna izango da.

Topaketa, eztabaida eta motibaziorako gunea izan nahi du biltzar honek. Jardunaldi hau aukera bat da denon parte hartzea sustatzeko, gehiegizko medikalizazioaren arazoari aurre egiteko asmoz.

Batzorde Zientifiko eta Antolatzailea



EGITARAUA

Ostirala, urriak 25

09:00 Lehenengo mahai-ingurua: *Min kronikoari aurre egiten*

- Moderatzailea: Karmele Benito del Valle Ortiz familia-medikua eta EHUko irakaslea
- Hizlariak:
 - Amaia Mendizabal Olaizola, Bidasoa ESI Lehen Arretako farmazialaria
 - Maritxu Muñoa Capron-Manieux, familia-medikua eta EHUko irakaslea
 - Alazne Pinedo Otaola, fisioterapeuta

10:30 Sarrera ekitaldia.

- Karlos Iburguren Olalde, OEE-Osasungoa Euskalduntzeko Erakundeko elkarteburua
- Olatz Ibarra Barrueta Osakidetzako Barrualde-Galdakaoko ESIko Farmazia Zerbitzuko burua
- Miren Lorea Bilbao Artetxe, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Administrazio eta Finantzaketa Sanitarioko sailburuordea

11:00 Atsedenaldia

11:30 Bigarren mahai-ingurua: *Betiko gaixotasunak polifarmaziatik kanpo*

- Moderatzailea: Maitena Urberuaga Ertze odontologoa eta EHUko irakaslea
- Hizlariak:
 - Ana Urrutia Beaskoa, Libera-Caren lotura fisiko eta kimiko kentzeko metodologiaren egilea
 - Leire Diaz Silvestre, gizarte-langilea eta Libera-Care proiektuen arduraduna, Sancti Spiritus egoitzan
 - Nere Urbina Sardina, erizaina Sancti Spiritus egoitzan

13:30 Bertso bazkaria: Nerea Ibarzabal, Onintza Enbeita.

Egitaraua

16:30 Komunikazioak eta Tailerra

- Komunikazioak.
Moderatzailea: Maitena Urberuaga Ertze, odontologoa eta EHUko irakaslea.
- Tailerra: Depreskripzioa.
Itxasne Lekue Alkorta, Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESiko Lehen Arretako farmazialaria.

17:30 Atsedena

18:00 Hitzaldia: *Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea*

- Moderatzailea: Itziar Lasa Beitia, familia-medikua
- Hizlariak:
 - Idoia Agirre Lasarte, psikiatra
 - Olatz Perez de Viñaspre Garralda, EHUko irakaslea eta ikertzailea (IXA taldea)
 - Unai Larrinaga Torrontegi, Prebentzio Medikuntza espezialista
 - Adrian Zelaia Arieta-araunabeña, Kirurgia Ortopediko eta Traumatologia espezialista eta Aintzat Taldeko kidea

19:15 Amaiera eta OEEren Batzar Nagusia

Lehenengo mahai-ingurua: Min kronikoari aurre egiten

Botiketatik haratago

Beyond medicines

Amaia Mendizabal Olaizola

Bidasoa ESiko Lehen Arretako farmazialaria

amaia.mendizabalolaizola@osakidetza.eus

1. Sarrera

Gaur egun “bizitzaren medikalizazioa” izenez ezagutzen dugun fenomenoaren jatorria OME-Osasunaren Mundu Erakundeak 1946an ezarritako osasunaren definizioan dago: “Osasuna erabateko ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera da, eta ez bakarrik afekzio edo gaixotasungabezia”.

Definizio horren arabera, osasuna, modu utopiko eta subjektiboan, gaixotasunik eza baino zerbait gehiago da, eta erabateko ongizate-egoerara eramaten du. Horrek egoera eta arazo berriak medikuntzaren eremuan sartzen lagundu du.

II. Mundu Gerraren gordintasuna inflexio-puntu bat izan zen osasunaren ikuskeran, bai mediku-erakundeen aldetik, bai gizartearen aldetik, oro har. XX. mendearen bigarren erdian, pertsonen osasunarekiko kezka orokorra maximizatu egin zen –gatazka armatu batean bizitza batek duen balio eskasaren kontrajarrita–, eta herrialde garatueneren barruan “Ongizate Estatu” deiturikoa sortu zen, non gizarte bateko herritar guztien ongizate osoa bilatzen den¹.

Medikuntzaren botere izugarriak erakargarri egin du bizitzako hainbat alderdi “medikalizatze” ideia, arazo mediko gisa hauteman daitezkeenak izan gabe. Medikuntzak, ongizatearen kulturaren isla gisa, behar faltsuak sortzen ditu batzuetan, eta eguneroko bizitzako hainbat alderdi medikalizatu egiten dira, gaixotasun faltsuak tratatzeko aitzakiarekin.

“Dena, hemen eta orain” osasun-kultura da. Medikuntzarekiko mendekotasuna sortzen ari da, pertsonak beren burua zaintzeko ezgaitzen dituen eta sufrimenduarekiko eta ondoezarekiko tolerantzia murrizten duena. Bizitza medikalizatzea gatazka pertsonal edo sozial bat osasungintzako profesionalak tratatu beharreko arazo mediko bihurtzea da. Bizitza medikalizatzek osasuna desjabetzen digu eta gizabanako gisa ezgaitzen gaitu².

Gaindiagnostikoa eta, ondorioz, gaintratamendua bizitzaren medikalizazioaren arazoari gehitzen zaizkio, eta aldi berean biltzen diren gizarte-joera askoren emaitza dira³:

- Komunikabideek garrantzi handia dute gizarteari eta herritarrei, kontsumitzaile zuzen gisa, diagnostiko garrantzitsuren bat alde batera utziko duten beldurrak helarazteko.
- Azken hamarkadetako gizarteak zigor-eredu bat garatu du, non ez den kontuan hartzen klinikoez darabilten ziurgabetasuna. Medikuek ziurgabetasunaren beldur izaten ikasten ari dira, eta horrek proba diagnostikoen kopurua handitzea dakar, eta, ondorioz, gaindiagnostikoa.
- Kontuan hartu beharreko arrisku-faktoreak gehitzea beldur-iturria da gizartearentzat. Espero da herritar arduratsu eta arrazional orok aktiboki bilatzea eta desagerraraztea bere etorkizuneko osasunerako arrisku posible guztiak, eta teknologia medikoak kontsumitzea helburu hori lortzeko, arrisku-faktorea bera gaixotasun bihurtuz.

Amaia Mendizabal Olaizola

- Gizartea liluratuta dago industria farmazeutikoaren teknologiarekin eta publizitatearekin, eta horrek zero arriskua posible dela pentsamendu magikoa aktibatzen du. Aldi berean, osasun-profesionalen zeregina da medikuntzaren mugak gogoratzea. Nahiz eta zientzia medikoak aurrera egin, ezingo du inoiz giza-sufrimendua edo beldurra eta heriotzaren egitatea desagerrarazi.
- Askotan, gobernuek gehiegizko diagnostikoari ematen dioten bultzadak beste ezintasun mota bat ezkututzen du, neurri fiskal eta legegileen bidez osasuna babesteko duten erantzukizuna betetzeko, hala nola ekitate sozioekonomiko handiagoa sustatzea, familia ahulei laguntzea eta osasun publikoko politikak ezartzea alkoholaren eta tabakoaren enpresekin harremanak arautzeko.
- Gaixotasunak sentsibilizatzeko kanpainak estrategia bereziki sotilak dira gaindiagnostikoa sustatzeko. Historikoki, funts publikoekin finantzatzen ziren, adibidez, tabakoaren aurkako kanpainenkin. Hala ere, kanpainak, gero eta gehiago, industriaren funtsekin finantzatzen dira, eta bizimodu osasungarriak sustatu baino lehen, diagnostiko goiztiarra sustatu nahi dute, herritarrak esku-hartze diagnostiko jakin batzuk bilatzera bultzatuz, eta hortik baheketen arakasta soziala.

Horrela, esan dezakegu medikalizazioaren erantzukizuna partekatzen dutela gizarteak, profesionalak, komunikabideak, politikariek eta farmazia-industriak²:

1. Sozietatea

Sufrimenduarekiko tolerantzia murriztu egin da, eta, beraz, lehen profesionalengana jo gabe onartu eta konpontzen ziren egoeretarako osasun-arreta behar da. Autore batzuek "zerotolerantzia" deitzen diote.

Osasun-sistemak era guztietako zainketak bermatu behar dituela kontuan hartzeko joera dago, arazoei eusteko gaitasuna galduz, autozainketak murriztuz eta zerbitzuen kontsumoa areagotuz. Gainera, azken hamarkadetakoz gizarte-aldaketek, familiaren tamaina murrizteak, emakumea lan-merkatuan sartzeak edo kontsumoaren kulturak familia-baliabideak murriztea eta haien lekua zainketa formalek hartzea eragin dute.

2. Komunikabideak

Beste osasun-informazioiturrari garrantzitsu bat dira, eta gizartearen sinesmenak eta itxaropenak modulatu dituzte. Agerian geratu da zuzeneko lotura dagoela komunikabideetan albiste mediko bat agertzearen eta arrazoi horrengatik osasun-zerbitzuak erabiltzearen artean. Albiste interesgarriaren kontzeptua nobedadearekin lotzen da, salbuespenarekin. Hortik dator irtenbide magikoei edo diagnostiko iraultzaileei buruzko albisteen ugaritasuna. Informazioaren alborapen horrek itxaropen irrealak sortzen ditu.

Komunikabideek osasun-arloko informazioari heltzeko duten moduak lagundu egiten du zenbait arazo medikuntzaren eremuan erortzeko prozesuak azkartzen, medikalizazioaren fenomeno normalizatzen laguntzeko⁴.

3. Profesionalak

Medikalizazioaren eragile nagusiak dira, zer diagnostiko ezartzen diren eta zer jardun terapeutiko egiten den zehazteko gaitasuna/ahalmena dutelako. Gizarteak, komunikabideak, politikariek eta abarrek medikalizazioa bultzatzen dute, baina profesionalak gauzatzen dute azkenean.

Pertzepzio medikoaren bidez gaixotasun-kategoriak sortzen dira, eta profesionalak, komunitate zientifiko gisa, gaixotasuna zer den eta zer tratatu behar den jakiten laguntzen dute. Pertsona bat kontsultara joaten den bakoitzean, interbentzio bat egiteko joera dago, eta, beraz, profesional sanitarioak esaten duen guztia gaixotasun bihurtzeko joera dago. Gaixotasunik eta interbentziorik eza, berriz, profesional sanitarioaren ikusmen eta ekintza-eremutik kanpo daude, profesional sanitarioak ez direlako horretarako prestatuak izan. Era berean, kontsultan denbora gutxi ematen du paziente bakoitzak, eta zaila da argitzea pazientearen benetako eskaera, zer informazio duen gertatzen zaionari buruz eta nork bere burua zaintzeko prozesuan parte hartzeko aukerari buruz.

4. Farmazia-industria

Bide asko daude arazo bat gaixotasun bihurtzeko eta herritarrek konbentzitzeko sintoma txikiak sendatzeko tratamendu farmakologikoa behar dutela. Bizitzaren baldintza normal bat gaixotasuntzat hartzeko eta tratatzeko mugak non jarri behar dira, nahiz eta gaixotasun errealak edo arazo horien forma larriak dituzten pertsonak egon badauden tratamendu farmakologikoak baliatu daitezkeenak.

5. Jardunaldia erakunde politiko-sanitarioak

Politikariak eta kudeatzaileak dira herritarrei eskaintzen zaien zerbitzu-zorroa zehazteaz arduratzen direnak. Makrogestioan, ospea jaitzaraz diezaioketen erabaki gatazkatsurik ez hartzeko joera dago, eta herritarrek oso ondo onartzen dituzten jarduerak jartzen dira abian, horien eraginkortasuna edozein dela ere. Herritarren eskaeren arabera zerbitzuak sortu dira, gizartearen benetako beharrekin beti zerikusirik ez duten interes espezifikoak dituzten sektoreek sustatuta.

Kanpoko burokrazia osasun-eremuan sartzeak, esate baterako eskola-absentzien egiaztagirien edo hirugarren adinekoen oporretarako inprimakien bitartez, egoera horiek osasun-sistemaren mendeakoa direlako ustea sustatzen laguntzen du.

2. Bizitza medikalizatzen ari gara

Estatu mailan, sendagaien erabileraren behatokia dugu. Sendagaien eta osasun-produktuen Espainiako agentziaren ekimena da, osasun eta farmazia sistema nazionalako oinarritako zerbitzu zorroaren zuzendaritza nagusiarekin lankidetzan. Behatoki horren helburua da osasun-profesionalen, komunitate zientifikoaren eta, oro har, herritarren eskura jartzea Espainiako ospitalez kanpoko sistemaren kargurako sendagaien erabilerari buruzko datuak.

Sendagaien erabilerari buruzko azterketak baliagarriak izan daitezke sendagaien erabilera-eredua ezagutzeko, denboran zehar zer bilakaera izan duten jakiteko eta eskualde batzuetako eta besteetako datuak alderatzeko (adibidez, Europa mailan), eta, hala, sendagaien erabilera arduratsuagoa izan dadin laguntzeko. Era berean, batzuetan, zenbait gaixotasunen maiztasuna eta banaketa aztertzeko, esku-hartze eremu posibleak identifikatzeko edo esku-hartze edo neurri desberdinak ebaluatzeko ere balio dezakete (adibidez, zaintza-farmakoa).

2020an argitaratua, lehen mailako arretako eskualde anitzeko datu-basean (BIFAP, arlo publikoko ikerketa farmako epidemiologikorako datu-basea) jasotako datuak kontuan hartzen dituen behaketa-azterketa deskribatzaile baten arabera⁶, 14 urtetik gorako Espainiako biztanleriaren polifarmazia-prebalentzia hirukoiztu egin da 2005-2015 aldian. Gehiegizko polifarmazia (hamar sendagai edo gehiago), berriz, 10 aldiz biderkatu da. Igoera horiek bi sexuetan eta adin-talde guztietan ikusten dira, batez ere 80 urtetik gorakoetan.

Argitaratu berri den beste argitalpen⁵ baten arabera, polifarmaziaren prebalentzia neurtzea eta sei herrialdetan (Belgika, Frantzia, Alemania, Italia, Espainia eta Erresuma Batua), lehen mailako arretan, adineko pertsonak gehien erabiltzen zituzten sendagaien preskripzioa deskribatzea helburu zuena, polifarmaziaren prebalentzia handia aurkitu da. Izan ere, adineko biztanleriaren erdiari baino gehiagori sei sendagai baino gehiago agintzen zaizkio lau herrialdetan.

Adinaren eta generoaren arabera banaketa antzekoa da sei herrialdeetan (batez besteko adina: 75-76 urte; %54-56 emakumeak). 5-9 botiken polifarmaziaren prebalentzia %22,8koa da Erresuma Batuan eta %58,3koa Alemanian; ≥ 10 botikena %11,3koa Erresuma Batuan eta %28,5koa Alemanian. Bost farmako agindu zitzaizkion populazioan, opioideen preskripzioa %11,5etik (Frantzia) %27,5era (Espainia) doa. PPI-Protoi Ponparen Inhibitzaileen preskripzioa da altuena: pazienteen ia erdiek PPI bat jasotzen dute: %42,3ek Alemanian eta %65,5ek Espainian. Bentzodiazepinen preskripzioak aldakuntza nabarmena erakusten du herrialdeen artean: %2,7 Erresuma Batuan eta %34,9 Espainian.

3. Zer egin dezake osasun-sistemak sendagaietatik haratago joateko?

Osasuna babesteko oinarritzko eskubidea gauzatzean osasun-sistemen ekintzen oinarrian egon beharko luke medikalizazio ezak, eta osasuna eta osasun komunitarioa sustatzeko esku-hartzeen helburu izan beharko luke. Bizitza medikalizatzeari uztea sistemaren jasangarritasunaren alde borrokatzea da, eta bioetikaren printzipioekin jokatzeko, banakako eta taldeko soluzio positiboak bilatuz, osasuna-gaixotasuna prozesuan gertatzen denari aurre egiteko⁷.

Eguneroko bizitzako ondorez ez medikalizatzeak ondorio hauek ditu:

- Osasun-gaixotasunaren bizi-prozesurako eskubidea ez desjabetzea. "Desgaixotu". Gaitasun eta koprodukzio estrategiak garatzea, banakakotik kolektibora.
- Ez sortu gaixorik ez dagoen pertsonarik, ez errua bota eta ez fokalizatu banakako irtenbideetan, testuingurua eta bizi-baldintzak kontuan hartu gabe.
- "Dena, hemen eta orain" kulturaren alde ez egitea.
- Ez jarri gaixotasun-etiketarik bizitzako gertaerei edo gaixotasun faltsuei. Diagnostikoak behin-behinekoak izan daitezkeela planteatzea, beren esparruan, beren testuinguruan.
- Ez egin "egin ahal izateko", arreta egokirako espazioak erraztuz, denbora eta baliabide nahikoekin, sektoreen arteko abordatzea erraztuz.
- Banakako kontsultari ez zaio soilik eredu biomedikotik heldu behar, baizik eta modu integralean, egituraketa desmedikalizatzailea², eta ikuspegi biopsikosoziala testuingurua eta salutogenikoa izanik, norbanakoen, familien eta komunitateen gaitasunetan oinarrituta.
- Ez ahaztu osasunerako aktiboak bilatzea, banakakoak eta kolektiboak, eta horiek gomendatzea.
- Osasunaren sustapena ez medikalizatzea.
- Ez medikalizatu arlo soziala, ezta sozializatu arlo medikoa ere.

Bizitza desmedikalizatzeko, besteak beste, esku-hartze hauek egin ditzakegu: osasun-alfabetizazioa, longitudinalitatea bultzatzea, pertsonarengan oinarritutako preskripzioa egitea, tratamendu ez-farmakologiko gehiago agintzea, kuaternarioko prebentzioa kontuan hartzea edo osasun-sistemak ingurumeneari duen eragina murriztea.

3.1. Osasunean alfabetatzea

Europar osasunerako alfabetatzea funtsezko neurritzat hartu zen 2020rako Europako osasun-estrategian. Osasun-ezagutzak izatea funtsezko erroka da pertsonen beren osasunaren kontrol handiagoa izango dutela bermatzeko, eta, horrela, osasun eta ongizate-egoera hobea izango dutela bermatzeko. Osasun-alfabetatze eskasak pertsonengan eta komunitatearengan eragiten duen ebidentziak osasun-ahalduntzea ere lehentasuna izatea ahalbidetu behar du, munduko agendek osasunari eta garapen iraunkorrari dagokienez dituzten erroka handiekin batera.

Osasunerako alfabetizazioa harreman-kontzeptu bat da, eta ez ditu trebetasun pertsonalen garapena bakarrik kontuan hartzen, baita pertsonen eta haien ingurumenaren interakzioa eta ahalduzko indibiduala eta kolektiboa areagotzea ere. Pertsonen alfabetatze-mailak osasunari buruzko informazioa eskuratzeko, osasunaren prebentzioari eta sustapenari buruz ikasteko, tratamenduei jarraitzeko eta beste pertsona batzuekin osasun-gaiei buruz hitz egiteko eta eguneroko bizitzan erabakiak hartzeko duten gaitasunari eragiten dio⁸.

OMEren arabera, herritarren osasun-arloko alfabetizazioa hobetzeak ematen dituen oinarrien arabera, herritarrek zeregin aktiboa izan dezakete beren osasuna hobetzeko, arrakastaz parte har dezakete osasunaren aldeko ekintza komunitarioetan, eta gobernuei presioa egin diezaiekete osasunaren eta osasun-arloko ekitatearen arloan dituzten erantzukizunak bete ditzaten. Gizarte behartsuenen eta baztertuenen osasun-arloko alfabetatze-beharrak asetzea, bereziki, osasun-arloko eta beste eremu batzuetako desberdintasunak murrizteko aurrerapena bizkortuko du.

Osasun-arloan alfabetatze-maila handienak dituzten pertsonak aukera gehiago dituzte jokabide osasungarriagoak izateko, informazioa eta osasun-zerbitzuak jasotzeko eta horren arabera jarduteko⁹.

3.2 Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea bultzatzea

Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea medikuaren beraren eta bere pazienteen arteko harreman egonkorra da, denboran zehar mantentzen dena. Beste eremu batzuetan gerta daitekeen arren, lehen asistentzia-mailaren ezaugarria da. Gauza bera gertatzen da erizainekin eta Lehen MailakoArretako beste profesional batzuekin, harreman iraunkorra dutelako beren kupoko pazienteekin. Profesional berak bizitzan zehar ematen duen arretak konfiantzazko, elkar ezagutzazko eta konpromisozko harremana sortzen du, laguntza gizatiarra eta seguruagoa izateko.

Starfield eta Kringosen lanak argitaratu zirenetik, luzeraren onurei buruzko ebidentzia areagotu baino ez da egin, eta ikerketa berriek erakusten dute profesional beraren arreta pertsonalizatua, denboran zehar mantentzen dena, hil edo biziko kontua dela.

Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea:

- Prebentziozko arreta eta osasun-arazoen azterketa goiztiarra errazten ditu.
- Gehiegizko diagnostikoa, medikalizazioa eta beharrezkoak ez diren proba eta tratamenduekiko gehiegizko esposiziotik eratorritako gertaera kaltegarriak saihesten ditu.
- Bigarren mailako espezialistengana desbideratzeak gutxitzen ditu.
- Larrialdi zerbitzuetara egiten diren bisitak, ospitaleratzeak eta heriotza-tasa murrizten ditu,
- Itxaropena eta bizi-kalitatea hobetzen ditu, batez ere adinekoen artean.

Luzetarakotasunak dituen emaitzak oso tratamendu eta ebakuntza sanitario gutxi egiaztatu ahal izan dituzte¹⁰.

Frogatuta dago lehen mailako arretako mediku batekin jarraitutasun handiagoa izatea lotuta dagoela heriotza-tasa baxuagoekin, ospitaleratze gutxiagorekin, larrialdiak gutxiago erabiltzearekin, eta arreta mediko espezializaturako deribazio gutxiagorekin. Norvegian egindako ikerketa honek frogatzen du familia-mediku baten eta paziente baten arteko harremanaren jarraitutasunak heriotza-tasa dosiaren mende murrizten duela, eta 15 urteko harreman etengabearen %30eko murrizketa lortzen du¹¹. Emaitza horiek gorabehera, jarraipena murrizten ari da azken urteetan.

3.3 Pertsona ardatz duen preskripzioa egitea

Paziente ez-konplexuetan ez bezala, zeinetan asistentzia-protokoloetatik eta praktika klinikoko gidetatik abiatuta erabakiak hartzeko plangintza egin baitaiteke, baldintza kroniko ugari eta konplexutasun klinikoak dituzten pertsonen arretak ikuspegi indibidualizatua eta paziente bakoitzaren neurrikoa eskatzen du¹².

Pertsonarengan zentratutako preskripzioa proposatzen da eredu gisa, multimorbilitatea duten pazienteen arreta hobetzeko, batez ere tratamendu farmakologikoari lotutakoa. Eredu horrek ebaluazio multidimentsionala proposatzen du (gaixotasunak, bilakaera klinikoak, sintomak, faktore sozioekonomikoak, kalteberatasuna, faktore kulturalak), diziplina anitzeko talde batek gauzatua. Talde horrek pazientearen lehentasunak jasotzen ditu, eta plan terapeutikoa eta pertsonaren osasuna hobetzea ahalbidetzen du. Pertsona ardatz duen preskripzioa, beraz, egoera ezberdinetara egokituz joan behar duen prozesu dinamikoa da. Pertsonak egoera kliniko aldakorretan ibiltzen dira, non prebentzio, sendatze eta aringarrien beharrak garrantzi handiagoa edo txikiagoa hartzen ari diren¹³.

3.4 Tratamendu ez-farmakologikoak agindu

Tratamendu farmakologikoen preskripzioak badu bere lekua, baina lehen mailako prebentzioan, bigarren mailako prebentzioan eta, batez ere, irabazitako bizitza urteak bizitza osasuntsuko urte bihurtzeko prozesuan botikak baino zerbait gehiago dago.

Gero eta gehiago dira jarduera fisikoaren onurak frogatzen dituzten ikerketak. Duela gutxi egindako

Amaia Mendizabal Olaizola

azterketa batek, zeinak kausa guztien ondoriozko pauso-zenbaketaren eta heriotza-tasaren eta gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko heriotza-tasaren arteko erlazioa ebaluatzen baitu, alderantzizko lotura esanguratsua erakusten du kausa guztien ondoriozko eguneko pauso-zenbaketaren eta heriotza-tasa kardiobaskularren artean: zenbat eta gehiago, orduan eta hobeto. Kausa guztien ondoriozko hilkortasunerako eguneko 3.867 pausotik gora egin behar dira, eta heriotza kardiobaskularerako 2.337 pausotik gora¹⁴.

Jarduera fisikoa, preskripzio soziala, terapia kognitiboak eta beste tratamendu ez-farmakologiko batzuk dira askotan aukerako tratamendua, baina argi dago alde batetik kostatzen dela profesionalak adieraztea, eta bestetik tratamendu horiek betetzea ez dela lan erraza pazienteentzat.

3.5 Prebentzio kuaternarioa kontuan hartzea

Laugarren mailako prebentzioa esku-hartze medikoak eragindako kaltea saihesten, murrizten eta arintzen saiatzen diren jardueren multzoa da. Jarduera kliniko guztiek onura bat bilatzen badute ere, bakar batek ere ez du arriskurik. Hala, proba diagnostikoez, prebentzio-jarduerak, agindutako botikek edo errehabilitazio-metodoek zirkulu bizioso kaltegarriak sortzen dituzten ekintzen errenkadak eragin ditzakete¹⁵.

Laugarren mailako prebentzioaren helburuetako bat eguneroko bizitza medikalizatzea da, osasunaren, gaixotasunaren eta arrisku-faktoreen definizioaren abusuen aurrean. Beharrezkoa ez dena ez erabiltzea eta behar dena gehiegi ez erabiltzea da kontua, batez ere arrisku-populazioetan, hala nola adinekoetan eta gaixotasun kronikoak dituzten pazienteetan¹⁶.

Oro har, polimedikazioko esku-hartzei buruzko berrikuspen sistematikoek (BS) erakutsi dute farmakoen kopurua eta preskripzio potentzialki desegokiak murrizten direla. Erikortasunean, hilkortasunean eta osasun-zerbitzuen erabileran duen eragina zalantzazkoagoa da¹².

Argitalpen berri batek berrikuspen sistematiko bat eta 2016ko metaanalisi bat eguneratu ditu, hasieratik 2024ko apirilera bitarteko azterlanak sartzeko, eta despreskripzioko esku-hartzeek adinekoen heriotza-tasan eta osasun-eraketan duten eragina neurtu du. Amaitzeko, esaten du despreskripzioa lor daitekeela onura potentzialki garrantzitsuekin biziraupena hobetzeari dagokionez, bereziki pazientearentzako esku-hartze espezifikoak aplikatzen direnean eta adineko gazteengan goiz hasten direnean¹⁷.

Kontzeptualki, medikazioaren berrikuspena paziente baten erregimen terapeutikoaren azterketa kritiko eta egituratu gisa definitzen da, osasunean duen eragina optimizatzeko eta polimedikazioarekin lotutako arriskuak minimizatzeko. Diziiplina anitzeko talde batek egin behar du, pazientearekin batera edo haren baimena bilatuz, eta haren beharretara bideratuta egon behar du. Tratamendu farmakologikoaren berrikuspena pertsonalizatua izan behar du, eta gutxienez urtean behin egin behar da aldizka, gaixotasunaren bilakaeraren eta pertsonak tratamenduari ematen dion erantzunaren arabera.

Egoeraren diagnostikoa pertsonaren dimentsio kliniko, funtzional, mental eta sozialen balorazio multidimentsional integral eta ebolutibo gisa ulertzen da denboran zehar. Pazientearen ikuspegi orokor hori erabakigarria da pertsonarengan zentratutako medikazioaren azterketan. Balorazio multidimentsionala pertsonaren funtzionaltasuna, arazoak, beharrak eta gaitasunak detektatzean eta kuantifikatzean datza, lehen aipatutako dimentsio desberdinetan. Balorazio horri esker, etengabeko esku-hartze, abordatze eta jarraipen estrategia bat egin ahal izango da denboran zehar, pertsonaren ahalik eta independentzia eta bizi-kalitate handiena lortzeko. Dimentsio anitzeko balorazioa diziiplina anitzeko talde batek egiten du: medikuak, erizainak, lehen mailako arretako farmazialariak, gizarte-langileak eta beste espezialista batzuk, beharrezkoa denean¹⁸.

3.6 Osasun-sektoreak ingurumenean duen eragina murriztea

Klima-aldaketa XXI. mendeko giza-osasunaren mehatxurik handiena da jada, eta biodibertsitatearen galerarekin eta hondakinen sorrerarekin batera eratzen da, gizarte gisa aurre egin behar diogun ingurumen-krisiaren hiru zutabe gisa.

Osasun-sektoreak berotegi-efektuko gasak emisio global garbien %4,4 sortzen du gutxi gorabehera,

hau da, 1,6 gigatona CO₂. Ondorioz, osasun-sektoreak klima-aldaketaren subjektu aktibo eta pasibo gisa eta emisio garrantzitsuen zein pertsonen osasunaren arduradun gisa duen eginkizuna kontuan hartuta, karbonogabete-prozesuan eredu eta erreferente izan behar du; gizartearen, ingurumenaren eta, beraz, osasunaren, batez ere urrakorrenen onerako¹⁹.

Europako Ingurumen Agentziaren zenbait ikerketak oso argi uzten dute ingurumenaren eta ongizatearen artean dagoen lotura. Azken hamarkadetan aurrerapenak lortu diren arren, kutsadurak eta beste ingurumen-arrisku batzuek Europako pertsonen osasunari kalte egiten jarraitzen dute. Hala ere, ingurumenaren egoera hobetzeak eta klima-aldaketa arintzeak Europako herritar guztiei egin diezaiekete mesede, zuzenean nahiz zeharka²⁰.

Gaur egun, gizakientzako sendagai berri bat merkaturatzeko baimena eman aurretik, eta gizakientzako sendagaien ingurumen-inpaktua ebaluatzeko EMA-Sendagaien Europako Agentziarengidak (2006) adierazitakoa betez, laborategiak ingurumen-inpaktuaren ebaluazioa egin behar du (ERA-Environmental Risk Assessment). Datu horiek EMAREN sendagaia baimentzeko azken txostenean (EPAR-European Public Assessment Report) daude jasota. Sendagaiak erabiltzeak, biltegitratzeak eta haien hondakinek eragindako ingurumen-inpaktua aipatzen da txosten horretan (ez sintesia edo ekoizpena dela eta eragindakoa). Hala ere, 2005eko urriaren 30a baino lehen merkaturatutako sendagaien kasuan, ez da ingurumen-inpaktuaren ebaluaziorik behar merkaturatzeko baimena berritzea eskatzen dutenean. ERAREN helburua da ingurunera isuritako medikamentu-kopurua minimizatzea, erabiltzaileek ingurumen-arriskuak murrizteko egin ditzaketen jardura espezifikoak identifikatzea, behar bezala ontziratzen eta etiketatzen direla ziurtatzea, eta erabiltzaileei jada behar ez dituzten medikamentuak behar bezala nola bota jakinarazteko erabilera-orria ematea. Nolanahi ere, gizakientzako sendagaien ERAREN emaitzek ez dute inola ere merkaturatze-baimena ukatzen (arriskuak murrizteko neurriak hartzea beharrezkotzat jotzen bada ere). Albaitaritzako sendagaien ERAK, ordea, produktu horien onura-arrisku balantzearen parte dira eta, beraz, produktu horiek merkaturatzeko baimena uka dakieke, ingurumen-arrazoiengatik.

4. Bibliografia

1. Parra Sáez, J. (2019). La medicalización de la vida y la sociedad contemporánea: origen, participantes y consecuencias. *Bajo Palabra*, (22), 221–238. <https://doi.org/10.15366/bp2019.22.011>
2. Cerecedo Pérez, J et al. (2013). Medicalización de la vida. Etiquetas de enfermedad: todo un negocio. *Rev. Atención primaria*.
3. Coll-Benejam, R. et al.(2018). Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Rev. Atención primaria*.
4. Gavilán, Enrique e Iriberry, Ainhoa (2014). Medios de comunicación como agentes que facilitan la medicalización de la vida: el ejemplo de la andropausia. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 49-67.
5. Bennie M, Santa-Ana-Tellez Y, Galistiani GF, Trehony J, Despres J, Jouaville LS, Poluzzi E, Morin L, Schubert I, MacBride-Stewart S, Elseviers M, Nasuti P, Taxis K. The prevalence of polypharmacy in older Europeans: A multi-national database study of general practitioner prescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 Sep;90(9):2124-2136. doi: 10.1111/bcp.16113. Epub 2024 May 29. PMID: 38812250.
6. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, Orueta-Sánchez R, Esteban-Jiménez Ó, Sempere-Manuel M, Arroyo-Aniés MP, Fernández-San José B. Evolution of polypharmacy in a

- spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020 Apr;29(4):433-443. doi: 10.1002/pds.4956. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31908111.
7. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. *Semfyc.* 2018. <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
 8. Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., Suñer-Soler, R., Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
 9. OMS. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
 10. Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Editorial. Rev Clin Med Farm* 2022;15(2): 75-76
 11. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out of hours services: Registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022; 72: e84-90
 12. Espauella-Panicot J. et al. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad. *Rev ES Geriatr Gerontol.* 2017; 52 (5): 278-281
 13. Baza Bueno M, Etxeberria Agirre A, Gárate Sacristán L, López de Heredia Gutiérrez A, Jaio Atela N. Prescripción centrada en la persona. *FMC.* 2024;31(6):291-304
 14. Banach M, Lewek J, Surma S, Penson PE, Sahebkar A, Martin SS, Bajraktari G, Henein MY, Reiner Ž, Bielecka-Dąbrowa A, Bytyçi I. The association between daily step count and all-cause and cardiovascular mortality: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2023 Dec 21; 30 (18): 1975-1985. doi: 10.1093/eurjpc/zwad229. Erratum in: *Eur J Prev Cardiol.* 2023 Dec 21;30(18):2045. doi: 10.1093/eurjpc/zwad263. PMID: 37555441.
 15. Gervás Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012; 8(6):312-317
 16. Lovo J. Prevención cuaternaria hacia un nuevo paradigma. *Aten Fam.* 2020;27(4):212-215. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76900>
 17. Quek HW, Page A, Lee K, et al. Efecto de las intervenciones de deprescripción sobre la mortalidad y la salud. Resultados en personas mayores: una revisión sistemática actualizada y metaanálisis. *Br J Clin Pharmacol.* 2024;1-74. doi:10.1111/bcp.16200
 18. Posicionamiento de la SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona. *Sociedad española de Farmacéuticos de Atención Primaria* 2022.
 19. Ministerio de Sanidad. Sanidad ambiental. Huella de carbono de los centros sanitarios. <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/saludCC/huelladeCarbono/home.htm>
 20. Señales de la Agencia Europea de Medio Ambiente 2023: salud y medio ambiente en Europa. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/es/publications/senales-de-la-aema-2023/folder_contents
 21. Farma-Kutsadura. Sendagaien ingurumen-inpaktua. *INFAC.* 2016;24(10): 59-64

Lehenengo mahai-ingurua: Min kronikoari aurre egiten

Min kronikoa

Chronic pain

Maritxu Muñoa Capron-Manieux

Familia-medikua eta EHUko irakaslea

maritxumu1@gmail.com

1. Azalpena

Min kronikoak zerikusi handia du despreskripzioa edo farmako gutxiago erabiltzeko beharrarekin. Hasteko, ezinbestekoa da min kronikoaren fisiopatologiari errebaso txiki bat egitea. Goazen harira.

Zein da nerbio-sistemaren funtzioa? Organismoa babestea. Funtzio hau betetzen dute, bai nerbio-sistema zentralak, bai sistema immuneak. Eta biek informazioa partekatzen dute. Beraz, sistema neuro-immune bat dugula esan genezake. Babesle funtzio hau egiteko, nerbio-sistemak informazioa jaso behar du, segurtasun edo mehatxu-egoera dagoen aztertu eta erabaki ahal izateko.

Informazioa iturri diferenteetatik lortuko du. Batetik, organismoan zehar ditugun errezeptoretatik. Milioika errezeptore ditugu, mota ezberdinetakoak.

Errezeptoreen artean, exterozeptoreak daude: kanpoko informazioa jasotzen dute (ikusmena, entzumena, dastamena, usaimena edo ukimenaren informazioa).

Gero interozeptoreak ditugu. Hauek erraietan gertatzen denari buruzko informazioa bilduko dute, eta garunera bidali.

Propiozeptoreak ditugu muskuluetan, lotailuetan, tendoietan..., posizio-informazioa transmititzen dutelarik.

Eta azkenik, nozizeptoreak aktibatzen dira, zeluletan kaltea gertatzen denean. Nozizeptoreek, beraz, ez dute minaren informazioa transmititzen, zelulen edo ehunen lesioarena baizik.

Errezeptore edo sentso-re hauek estimulu-mota diferenteak detektatzen dituzte, eta informazioa burmuinera transmititzen dute. Guzti hau, inkontzienteki, gu ohartu gabe eta etengabe.

Bestetik, badago beste informazio iturri bat: gure bizitzan zehar gertatu denaren informazioa, ikasi duguna, gure sinesmenak, gure aurreikuspenak... Gure sistemak jaso duen informazio guztia metatu egiten da, neuronen artean egiten diren sinapsien bidez. Eta informazio honek etengabe hartuko du parte errezeptoretatik iristen den informazioari nolabaiteko zentzua emateko.

Nerbio-sistema zentralera iristen den informazio guzti hau modu inkontziente batean baloratua izaten da eta hori momentu oro gertatzen da, etengabe. Momentu horretan, gure barruan milioika errezeptore daukagu informazioa gure burmuinera transmititzen eta burmuina, gu ohartu gabe, baloratzen ari da gure organismoa arrisku egoera batean dagoen ala egoera segurua den.

Arrisku egoera sumatzen badu, sintomak proiektatzen dira kontzientziara, organismoa babesteko asmoarekin (zorabioa, mina, eta aber).

Sintomak eta emozioak (beldurra, haserrea, tristura...) agertuko dira kontzientzian, egindako balorazioaren arabera.

Eta hortik ateratzen dira erantzunak: pentsamenduak edota ekintzak.

Maritxu Muñoa Capron-Manieux

Gertatzen den guztiak eragiten dio hurrengo erantzunari, etengabe, erantzunak indartuz.

Esan bezala, informazioa (bai sentsoreena, bai gure neuronetan eta sinapsietan dagoena), modu inkontziente batean prozesatzen da, nerbio-sistema zentralaren gune konkretu batzuetan, eta bertan baloratzen da organismoarentzat arriskua dagoen ala ez.

Eta balorazioaren arabera, sintomak edo emozioak proiektatuko dira kontzientziara. Norbanakoak azken hori nabaritzen du, baina ezin du ekidin.

Hortik agertuko dira erantzunak: pentsamenduak, ekintzak... Horiek bai. Borondatearen arabera molda daitezke. Hau da, nahita alda ditzakegu.

Adibidea:

Sukaldean nago eta ebakia egiten dut. Nozizeptoreek ekarrirako informazioa ondokoa da: zelulak lesionatu dira. Bestalde, ikasitakoak, memoriak, sinesmenek edo aurreikuspenek ere informazioa ematen digute: "Ebakia ez da oso handia. Horrelakoak izan ditudanean, egun batzuetan osatu dira arazorik gabe". Esparatrapua jarri, sukaldatzen jarraitu eta hurrengo egunetan minak jarraitzen badu, "kontuz ibiliko naiz eta kolpe gutxiago hartzen saiatuko naiz, zauria osatu ahal izateko". Beraz, mina gure burua babesteko modu bat da, organismoaren osotasunerako baliagarria.

Beste adibide bat:

San Ferminetan zezenen aurrean korrika egitera ateratzen diren mutilek minik al daukate hanka zauritzen dutenean? Ez, ezta? Bere nerbio-sistemak organismo osoak sumatzen duen mehatxuari kasu egiten dio, ez hankatik datozen nozizeptoreei. Ikusmeneko errezeptoreak, memoriarenak (zezen batek daukan arriskua...) dira lanean ari direneak eta, aldiz, nozizeptoreek ekarritako informazioa ez da hain garrantzitsua momentu horretan. Arrisku-egoerari aurre egiteko, korrika egin behar du mutilak. Zezena desagertu bezain pronto, mina agertuko da.

Hau da, lesioa bat izateak ez du beti zertan mina ekarri behar.

Eta honi buruz?

Duela mende inguru, langile bat aldamiotik erori zen eta iltzea zapaldu zuen. Zapata zeharkatu zion. Min ikaragarria zuen; lokartu egin behar izan zuten zapata kentzeko. Baina, gero konturatu ziren iltzea behatzen artetik igaro zela, ia zauririk egin gabe. Mina benetakoa zen? Mina nondik zetorkion? Mina beti dator dagoen informaziotik. Mehatxu-informazioa egon behar da, eta kasu honetan ikusmenetik zetorkion. Bere neuronetan gordetako informazioa zera esaten zion: zauri bat egiten badut infektatzeko arriskua daukat, tetanosa hartzekoa... Kasu honetan ez dago nozizeptorik. Kontua da zeukan informazioarekin burmuinak bere balorazioa egin zuela: mehatxua. Eta sintoma proiektatu zuen, babesteko asmoz. Beraz gerta daiteke mina egotea, baina lesiorik ez.

2. Mina, beti da benetazkoa eta inboluntarioa

Hitz gutxitan, nerbio-sistemak gorputzak duen osasun-egoeraren aurrean egiten duen balorazioaren ondorioa litzateke mina.

Eta guzti honetan, oso garrantzitsua izango da neuroplastizitatea, hau da, gure neuronek duten gaitasuna etengabe aldaketak egiteko. Horrela, informazioa etengabe eguneratzen joango da: sinapsi berriek informazio berria metatzen joango dira eta sinapsi batzuk desagertuko dira, informazioa deuseztatuz. Etengabe.

Baina, zer gertatzen da mina eta denboraren artean?

Zauri bat dut. Hurrengo asteetan, ehunak sendatu ahala, mina gutxitzen joango da. Ehunak osatuta daudenean, mina desagertuko da. Min hori oso lotuta dago nozizeptoreek ekartzen duten informazioarekin. Min nozizeptibo esaten diogu.

Normalean hau horrela izaten da, baina batzuetan, ehunak sendatu arren, minak hor dirau: kasu

hauetan, ehunetan ez dago lesio aktiborik, edo nekrosirik; ez dago jada nozizepziorik. Baina, badago informazioren bat, mehatxu-balorazioa ahalbidetzen duena.

Ez da ehunetatik datorren informazioa, baizik eta nerbio-sistema zentraletik datorrena: memoria, aurreikuspenak, ikusten duguna... edo auskalo. **Guzti hau, gogora dezagun, modu inkontziente batean gertatzen da.**

Gerta daiteke mina agertzea inolako lesiorik izan gabe. Askotan beste sintoma batzuk ere agertzen dira: biziak, aldakorrak, bizitza asko mugatzen dutenak... eta aldiz, ehunak sano egon daitezke.

Kasu hauetan, nozizeptoreen aktibaziorik ez dagoenean, mina nozioplastikoa dela esaten dugu. Kontua da agertzen den min horrek ez duela balio ehunak babesteko. Ehunak osatuta zeuden edo ez zegoen lesiorik; baina, minak gutxiago mugitzea eskatzen badu... ez du laguntzen, ez dagoelako arriskurik mina agertzen den tokian.

Simplifikatuta, hori litzateke min kronikoaren fisiopatologia. Kasu hauetan, nerbio sistemaren balorazioa ez dator bat ehunetan gertatzen ari denarekin. Balorazioa ez dator bat, ehunetan dagoenarekin... baina, agian, bai sistema osoak duen informazioarekin.

Egunerokoan honako egoera hauek ikusten ditugu: migraina, lunbalgia kronikoa, zerbikalgia, zorabio edo bertigo kronikoa, fibromialgia...

Lanean pazienteak artatzerakoan, gehienetan, tamalez, osasun-langileok ez dugu fisiologia-ezagutza hau kontutan izaten. Hau da, langileok ez dugu nerbio-sisteman pilatuta dagoen informazioa kontutan izaten. Informazio-iturri nagusia ahaztu egiten dugu. Bizitzan zehar ikasitakoa, burmuinen dauden sinapsi guztiak... existituko ez balira bezala jokatzeko dugu osasun-langileok.

Modelo honi biomedikoa esaten zaio. Mina badago, pentsatzen dugu lesio bat egon behar duela; eta lesioa aurkitzeko probak eskatzen ditugu, bata bestearen atzetik.

Gero, proba horietan aurkitzen duguna, aldaketa degeneratiboak badira edo aldaketa erresidualak lesio zahar bat eta gero, lesio aktibotzat hartzen ditugu, modu okerrean, eta lotura kausala egiten dugu aldaketa horiekin (nekrosi zein nozizepzio gabekoak) eta dagoen minarekin.

Pazienteari alarma-informazio oker hori transmititzen diogu. Bere neuronetara joango da, zuzenean, hurrengoetan mehatxu-balorazioaren parte izateko. Pentsatu behar dugu, pazienteek, pertsona guztiok, etengabe eguneratzen dugula gure sisteman dagoen informazioa, eta informazio hori gure ingurutik datorrela: medikuengandik, kulturatik, komunikabideetatik, eta abar.

Gero, tratamenduak aukeratzerakoan, gure iritzia bada lesio aktibo bat dagoela... joera dugu farmakoak eta teknikak ezberdinak erabiltzeko. Minerako kanpaina handiak egin dira, farmakoak preskribatzeko. Beraz, nahi gabeko efektuak dituzten farmakoak emanda, dependentzia eta tolerantzia sortzen dutenak, eguneroko bizitza konplikatzeko diegu pazienteei.

Eta azkenik, lesio aktibo bat dagoela transmititzen badugu, pazienteak hori barneratuko du, bere gorputza lesionatuta dagoela irudikatuz. Eta horren arabera mugituko da. Horretan ere osasun-langileok okerreko gomendioak eman ohi ditugu: "Gutxiago mugitu zaitez, ez ezazu hori egin, kontuz mugimendu horiekin...", horrela, sorgin-gurpila batera eramanez. Hau da, osasun-langileok ere parte hartzen dugu kronifikatze-prozesu honetan...

3. Zer da gaur egun gida klinikoek gomendatzen dutena?

Osasun-langilearen jarrerak eragiten du. Adi, beraz, gure jarrerari!

Historia klinikoa (anamnesia eta azterketa fisikoak) ezinbestekoak dira alarma-sintomak eta zeinuak detektatzeko.

Pazientea esan behar dugu, duen mina bizia bada ere, ez dagoela arriskurik. Dirudienek ez dagoela lesio aktibo bat. Gogora dezagun mina arrisku-balorazio batengatik agertzen dela, eta beraz, alarma jaiste garrantzitsua da. Mina gutxietsi gabe!

Maritxu Muñoa Capron-Manieux

Farmakoak ez dira beharrezkoak hasiera batean, ehunek ez dutelako lesio aktibo bat. Ez dago arriskurik. Aldiz, mugitzeak, iharduerak, lagungarriak dira egoera normalera bueltatzeko, eta mina gutxika-gutxika desagertzeko.

Eta mina kronifikatu denean jada, beste hau ere egin beharko genuke:

Neurozientzietako heziketa eman (pazienteak ulertzeko gorputzean gertatzen ari dena)

Beharrezkoa balitz, laguntza psikologikoa. Zergatik? Askotan, arazo psikologiko larriak dituzten pazienteek erraz izan dezakete alarma-balorazioa oso altua, inkontzientean, eta sintomak agertzen zaizkie; lesio gabeko sintomak. Horrelako kasuetan, ez zaio esan behar sintoma psikologikoa dela. Berez, sintoma neurologikoa da, neuronen sinapsietan dagoen informazioagatik datorrelako, inkontzientean.

Eta mugitzeko, laguntza eman, gorputza oso blokeatuta egon ohi delako egoera kroniko hauetan.

Lehenengo mahai-ingurua: Min kronikoari aurre egiten

Min kronikoa zelan kudeatu neurozientziaren ikuspegitik. Teoriatik praktikara: mugimendu askerako bidean

How to manage chronic pain from a neuroscientific point of view. From theory to practice: on the road to free movement

Alazne Pinedo Otaola

Uribe ESiko Leioako Osasun-zentroko fisioterapeuta

apinedootaola@gmail.com

1. Azalpena

Gaur egun, neurozientziari esker, jakin dugu gure gorputzak nola kudeatzen duen kanpotik zein barrutik jasotzen duen informazioa. Halaber, gero eta hobeto ulertzen dugu zergatik, nola eta zertarako pizten diren min kronikoarekin batera agertzen diren hainbat sintoma eta babesteko erantzunak. Haien artean, mugitzeko askatasuna eta naturaltasuna mugatzea. Alderdi hori mugimenduaren saioetan nola lantzen dugun azaltzen saiatuko naiz. Horretarako, mugimendu askerako bidean ibiltzera gonbidatzen zaituztet.

Minaren neurozientziaren heziketan eta ariketa fisikoan oinarritutako kudeaketaren eraginkortasuna egiaztatuta dago, fibromialgia eta min kronikoaren kasuetan. Mina eta ezgaitasuna arindu, eta bizikalitatea hobe dezake, bai banakako, bai taldekako esku-hartzeetan. Ikerketan eginiko ibilbidean erreferente asko aurki ditzakegu. Diapositiban baten batzuk agertzen dira.

Gimnasioan taldeekin hasten garenean, lehenik alde teorikoa lantzen dugu. Pazienteek ikasten dute minaren biologiar buruzko aspektu batzuk, eta hauek lagungarriak dira min kronikoaren konplexutasuna ulertzeko eta sintomak arintzen laguntzeko. Adibidez, ikusten dugu mina eta lesioaren arteko aldeak, garunean sortzen dela, organismoak nola interpretatzen duen ingurua eta informazioa, eta horren eragina perzeptioan. Guzti hau barneratzea kudeaketaren oinarria da. Eta ostean, ikaskuntza guztietan bezala, teoria praktikara eramatea ezinbestekoa da.

Baina horretan hasi baino lehen, galdera bat: gure organismoak arriskutsutzat jotzen duen jarduera baten aurrean, zein da lehenengo arazoa? Ziur aski, sortzen den beldurra, ezta?

Berez beldurra emozio positiboa da, babestu egiten gaituena. Arazoa da beldurra piztu daitekeela bai benetako, bai ustezko arriskuen aurrean. Eta arrisku fisikoen kasuan, aipatutako bi egoeretan, gure gorputzak babesteko dituen erreakzioak (mina, giharretako tentsioa, nekea...) berdin-berdinak dira.

Horregatik, ingurua hobeto interpretatzen duen organismoa behar dugu, akatsak gutxitzeko eta, azken finean, ongizate handiagoarekin bizitzeko.

Beraz, minaren funtzio nagusia arriskuaz ohartaraztea edo babestea da, etxe bateko alarmaren antzera. Gure nerbio-sistemak zein sistema immuneak eta endokrinoak gure organismoaren superkapitain babeslearen antzera jokatzeko dute. Gure segurtasunari dagokion informazioa kudeatzen dute eta, behar izatekotan, organismoa babesteko erantzunak martxan ipiniko dituzte berehala, guri galdetu gabe. Tamalez, "erabaki" horietan "positibo faltsuak" ere sortzen dira. Ikuspuntu ebolutibo batetik ez dago gaizki, babesa bermatzeko, baina adi egon behar dugu detektatzeko.

Jaso dugun informazioa, oroitzapenak, bizi duguna eta arriskuaren inguruko usteak gure sare

Alazne Pinedo Otaola

neuronalean metatzen dira, nozebo-informazioa eta uste okerrak barne. Eta zeintzuk dira uste oker ohikoenak? Bizkarrezurra hauskorra dela, artrosia mingarria dela, pisuak hartzea arriskutsua dela, eta abar. Uste horiek, nahiz eta kontzienteak ez izan, nerbio-sistemaren zein sistema immunearen eta endokrinoaren erreakzioak baldintzatuko dituzte, eta ondorioz, gure ehunen egoera ere bai. Neurobiologia ezagutzeak eta uste okerrak argitzeak mugimendu askerako bidean emango dugun lehen pausoa izango da. Lagunduko dio gure sistemari hobeto interpretatzen eta pertzepzioa hobetzen.

Hau adibide batekin argiago ikusiko dugu. Imajinatu zelai batetik paseatzen ari garela, oinutsik, egun eder batean, txoriak kantari daudela... eta bat-batean zitzada bat sentitzen dugula oin azpian. Une horretan gogoratzen dugu kontuz ibiltzeko esan digutela, ingurua kutsatuta dagoela bertan botatako hondakinen ondorioz, eta ebakia egitekotan zauriak infektatuko zaizkigula. Desastre hutsa.

Nola mugituko ginateke? Ziur aski, herrenka. Batzuk geldi geratuko liriateke, beste batzuk agian salto egingo lukete... Gure mugimendu-patroia aldatuko litzateke. Ezingo genuke solasean normaltasunez jarraitu, adi egongo ginateke pausoak ematerako orduan, kutsatutako hondakinen beldur. Horrek iraungo balu, arduratuta egongo ginateke zer gerta daitekeen pentsatuz. Ez da posible baldintza horietan inori mugitzen irakastea.

Kalterik ez izatearen ebidentziak besterik ez gintuzke utziko normaltasunez ibiltzen. Hondakinak kentzen dituztela ikusteak, kaltegarriak ez direla jakiteak, normal ibiltzeko aukera emango liguke, benetan ezer gertatzen ez dela sentituz. Bakoitza bere erara, gure aurreko ibilera naturalera itzuliko ginateke. Hala ere, konfiantza berreskuratzeko, ibili egin beharko litzateke, pasadizo hori ahaztu arte.

Adibide xelebrea izan daiteke, baina mugimenduari dagokionez kokatzen laguntzen gaitu. Garrantzitsua da benetan ziur egotea mugitzeak edo esfortzuak egiteak ez dietela ehunei kalterik egingo.

Beste era batera esanda, mina izateak gure ekintzen ondorioak aurreikustea dakar. Estimulerantzun paradigma tradizionala ez da nahikoa min kronikoaren konplexutasuna ulertzeko.

Mugitzeak min emango digula sinesten badugu irmoki, min hori sentitzea posible da, nahiz eta egungo seinaleek mehatxurik ez suposatu. Honek mina luzaroan mantentzea ekar dezake, kalterik ez badago ere. Kontrako efektua ere ikusten dugu: segurtasunarekin lotutako sinesmenek, mina baretu dezakete. Plazebo edo nozebo efektua dira.

Ondorioz, esan dezakegu arriskuaren ebidentzia segurtasunarena baino handiagoa bada, mina agertuko dela; eta segurtasunaren ebidentzia arriskuarena baino handiagoa bada, mina ez dela egongo.

Horregatik, gure helburua pazienteei segurtasun-ebidentziak aurkitzen irakastea izango da. Gorputz osasuntsua izatearen konbikzioa handitu ahala, mugimendua askeagoa izango da. Izan ere, mugimendu askeek ez dute instrukzio handirik behar izaten.

Bestela, nola mugitzen dira animaliak biziraupenak edo goseak bultzatuta?. Ez dut uste haien mugimenduari buruzko hausnarketarik egiten dutenik, ezta? Mugitzen dira berehalako beharrei erantzuteko. Bizitzan mugitzea oinarritzko beharra da.

Eta guk, gizakiok? Gogoratzen al du inork nola ikasi zuen mugitzen, makurtzen, altxatzen, korrika egiten...? Seguru asko, ez dugu horren oroitzapenik, agian urrunegi geratzen zaigu. Pentsatu haur batek nola egiten duen: nola ikasten du eskailerak igotzen eta jaisten?

Beti edozer lortzeko motibazioa behar dugu. Ikaskuntzan motibazioa funtsezko pieza da. Saiakuntza eta errore bidez (lehenik esku bat eta oin bat igotzen ditut: ipurdikoa. Gaizki. Bi eskuekin probatzen dut: hobeto...). Horrela, modu eraginkor bat aurkituko du eta errepikatu ahala, patroia automatizatuko du. Denborarekin, gero eta aldagai konplexuagoak sartzen joango da, eta azkenean, esaterako, ilunpean eskailerak igotzen eta jaitsi bitartean WachApp mezu bat idazten egon daiteke.

Guk, helduok, desabantaila bat dugu: ez gara sare neuronal huts batetik abiatzen, haurrak edo animaliak bezala. Gaur egun, nozebo kulturaren edo ikuspegi mekanizistaren eraginez, gure sistemak katastrofismo handiagorekin erantzuten ikasi du, eta askotan, babes-patroien alerta-programazioa

ohitura bihurtu da. Organismoak ezagutza, esposizioa eta denbora beharko ditu patroik horiek desikasteko eta zirkuitu neuronal berriak indartzeko.

Bidea egiteko, bakoitzak bere plana egin beharko du, haren sintomak eta mehatxuak zeintzuk diren ezagutu, alegia. Hala ere, bidean lagunduko dizkiguten gako batzuk aipatuko ditut:

- Lehendabizi, aldaketarako prest egotea. Ezinbestekoa da bide honetatik ibiltzeko. Mina eta lesioaren arteko lotura askatzea batzuetan ez da erraza.
- Neurozientziaren ezagutza. Esan dugunez, minaren biologia ulertzea eta sinesmen okerrak identifikatzea lehen urratsa da bidea argitzeko.
- Prozesua kudeatzeko gaitasuna berreskuratzea, pazientearen benetako protagonista aktibo bihurtuz.
- Arretaz jabetzea. Ekintzaren helburuan fokua jartzen edo kanpoko estimulu batean arreta jarri. Buruko zaratan eta hausnarketa-sarean kateatu gabe.
- Bistaratzea, organismo osasuntsu moduan irudikatuz. Horrela, segurtasunarekin lotutako memoriak eta zirkuitu neuronalek birprogramatuko ditugu, (nola mugitzen zinen egun hartan dantzatzean? Gogoan izan jantzita zeneraman arropa, giroa, testuingurua, nola sentitu zinen, norekin zeunden, musika, oroitzapen ahalik eta argi eta biziena birsortuz).
- Pixkanakako esposizioa, alerta-babes patroik zaharkituak desaktibatuz. Erabateko esposizioa ere izan liteke, baina alerta-sistema ez pizteko, hobe da pixkanakako esposizioa, mailakatua, egitea, ekintza korapilatsuago batera iritsi arte. Jakinda izanik sintomak berpiztearen eraginpean gaudela beti, ez lesioaren eraginpean.
- Motibazioa. Ikaskuntza errazten duen motorra da. Lehenesten dira pazienteak gustuko dituen jarduerak.
- Jolasa. Ekintzaren alde askea, dibertigarria bilatzea. Horrela, sistemari arduratik eta kontroletik ateratzen lagunduko diogu. Animaliak eta haurrak bezala, esploratzeko eta oztopoak gainditzeko aukera paregabea da.
- Berehalako emaitzak lortzeko irrika askatzea, egunerokoan mina monitorizatzeak alerta mantentzen du. Hobe izango da jakin-minetik abiatzea, beste gauza batzuei erreparatuz. Hala nola, beldurra galtzeari, gure animoa hobetzeari: "Gutxiago axola zait, hobeto lo egiten dut, gauza gehiago egin nahi ditut, ilusioa berreskuratzen dut, konfiantza, funtzioa..." Eta, azkenik, ehunak babesteko funtzioa beharrezkoa ez bada, mina ere desagertuz joango da, konturatu gabe. "Egin egin gabe", bizitzak gure gorputza bete-bete erabiltzeko eskaintzen dizkigun aukera guztiak aprobetxatuz.
- Konbikzioa. Behin lesioa baztertuta, gorputz osasuntsu bat edukitzeko sinesmenetik jardun. Eta mehatxuzko jarduerari ekitean, galdetu: "zer-nolako arriskua du honek nire ehunentzat? Ez minarentzat?". Eta erantzuna ezetz bada, ez dagoela inolako arriskurik, ahalik eta modu naturalean jarduerari egin. Zenbat eta sinesgarriagoak izan, gure organismoak orduan eta lehenago onartuko du bidaltzen diogun mezua. Hauek, oro har, bidearen gidalerroak edo euskarriak izango lirateke.

Saioen plangintzari dagokionez, hainbat eredu daude, eta saio kopuruak aldatu egiten dira. Batzuk teoria eta mugimendu-saioak txandakatzen dituzte, baina gehienetan alde teorikoarekin hasten da bakarrik.

Esparru publikoan, Valladolideko talde bat saio teoriko eta praktikoekin hasi zen arrakasta handiarekin duela sei urte eta 2020an Estatuko lehenengo Minari Aktiboki Aurre Egiteko Unitatea eratu zuten. Gaur egun, zorionez, Gasteizen, Minari Aktiboki Aurre Egiteko Unitatea daukagu, Salburuako (Gasteiz) Osasun Zentroan, non antzeko plangintza jarraitzen duten. Horrez gain, lehenengo arretako fisioterapeutek ere marko teoriko honetan oinarrituta artatzen dituzte pazienteak duela hiru urte ingurutik hona, eta Osatzeneko taldeei esker, gero eta profesional gehiago ari gara horrelako taldeak sortzen.

Teoria lantzeko, gehienetan sei saio egiten dira, guztira hamar ordu inguruko iraupenarekin. Saioak astean behin izaten dira, eta programa amaitutakoan, beste saio teoriko bat antolatzen da bi hilabete pasatuta. Taldeak zortzi eta hamalau pertsonakoak izaten dira, eta horrela, dinamika eta elkarlana errazten dira.

Alazne Pinedo Otaola

Nire zerbitzuan, ordu bateko hamabost saio egiten ditugu guztira, astean hiru egunetan. Baina, esan dudanez, eredu desberdinak daude. Saio bakoitzean, indarra, malgutasuna, oreka, koordinazioa eta arreta lantzen dugu. Alde kognitiboa ere estimulatu dugu ekintza bikoitzak eginez edo gorputzaren bi aldeen arteko koordinazioa lantzen. Horrez gain, eguneroko jarduerak praktikatu ditugu, minaren ustezko eragileei aurre eginez. Hau da, lurretik altxatzea, makurtzea, pisuak jasotzea eta eramatea, batzuetan jolas baten parte izanik edo musikaren erritmoan murgilduta.

Jolasa saioen osagai nagusia da. Indarra eta trebetasun jakin batzuk handitzeko diziplina eta entrenamendua beharrezkoak dira. Baina despenalizatzeko eta mugimenduaren beldurra gaitzetzeko, jolasa, harridura eta jakin-mina oso eraginkorrak dira. Gorputza modu sortzaile eta dibertigarrian mugitzen garenean, mugimenduarekin lotutako garun-eremuak ez ezik, plazerarekin lotutakoak ere aktibatzen dira. Horrek esperientzia atseginagoa bihurtzeaz gain, oso ondo pasatzen dugu, memoriak baikorragoak sortaraziko du.

Talde kide bakoitza bere erritmora joango da. Aurrerapausoak indartuko ditugu, pazienteak prozesuan izandako hobekuntzaz jabe daitezen. Saio praktikoko teoria finkatzeko eta espozizioa gidatzeko aukera ematen digute, baina, gainera, ikaskuntzari denbora luzeagoz lagunduko diogu.

Bukatzeko eta hasierako galderara itzuliz, gure sistemaren beldurrari aurre egiteko, neurobiologia ulertzea izango da gakoa. Ezagutzen dugunari ez diogu beldurrik izaten, eta horrek gure organismoarekin batera erabaki hobeak hartzera bideratuko gaitu. Gainera, ez dago ezer galtzerik!

Eta saio guztiak amaitzean, gu, profesionalok, bidetik erretiratzen gara, pazientea ikasitako guztiarekin ahaldundua, bere kabuz eta modu askeagoan jarraitzeko, bizitzaren dantza modu askeagoan bizitzeko.

2. Bibliografia

- Barrenengoa M, Muñoa M, Fernández Maria, Angón Luis et al. Effectiveness of a structured group intervention based on pain neuroscience education for patients with fibromyalgia in primary care: A multicentre randomized open-label controlled trial. *European Journal of Pain*. 2021, 25. 10.1002/ejp.1738.
- Galán MA, Montero F, Lluch E, Coca MC et al. Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 2020, 9(4): 1201; [<https://doi.org/10.3390/jcm9041201>] PMID: 32331323; PMCID: PMC7230486.
- Lepri B, Romani D, Storari L, Barbari V. Effectiveness of Pain Neuroscience Education in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Central Sensitization: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 24;20(5):4098. doi: 10.3390/ijerph20054098. PMID: 36901108; PMCID: PMC10001851
- Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016 Jul;32(5):332-55. doi: 10.1080/09593985.2016.1194646. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27351541.
- Tabor A, Burr C. Bayesian Learning Models of Pain: A Call to Action. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2019, 26, 54-61; doi: /10.1016/j.cobeha.2018.10.006
- Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short- and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain*. 2019 Feb;23(2):234-249. doi: 10.1002/ejp.1314. Epub 2018 Oct 14. PMID: 30178503.

Bigarren mahai-ingurua: Betiko gaixotasunak polifarmaziatik kanpo
Pertsonengan oinarritutako zaintza eredua lotura fisiko eta
kimikorik gabe. Lotura kimikoak murriztea eta kentzea
*A people-focused model of care without physical or chemical limitations.
Reduction and elimination of reliance on chemicals*

Ana Urrutia Beaskoa ⁽¹⁾, Leire Diaz Silvestre eta Nere Urbina Sardina ⁽²⁾

Cuidados Dignos Fundazioa ⁽¹⁾

Sancti Spiritus Egoitza ⁽²⁾

anaurrutia@cuidadosdignos.org

leiredisi@gmail.com

nereurbina78@gmail.com

1. Azalpena

Urteak dira pertsonen zaintza pertsonarengan oinarritutako arreta eta zaintza-eredu baterantz aldatzen ari dela. Gizarte-erakundearen eremuan hasten da garatzen eredu hori, batez ere desgaitasunen bat duten pertsonen arreta ematen dieten erakundeetan. Ondoren, mendekotasuna duten adinekoentzako iraupen luzeko zainketen eremuan ezarri zen, erakunde soziosanitarioetara pasatzeko. Eta, azkenean, osasun-arretak zaintza-eredu hori aldatzeari ekin behar dio.

Pertsonarengan oinarritutako arretari buruz hitz egiten duten adierazleen artean, ez da loturarik erabiltzen, ez fisikorik, ez kimikorik. Pertsona ardatz duen zaintza-eredua, zalantzarik gabe, loturarik gabeko zaintza-eredua da. Gainera, loturak (fisikoak eta kimikoak) kentzea antolakuntza-aldaketaren bultzatzaile gisa erabiltzen da, erakunde zainketa-eraren beharretan oinarritutako eredu batetik pertsona zaindua ardatz duen eredu batera.

Duela 14 urtetik hona, CuidadosDignos Fundazioak zaintzen dituzten erakundearen eta gizartearen aldaketa bultzatzen du, pertsonarengan oinarritutako zaintza-eredu baterantz, aldaketa-bektore gisa lotura fisikoak eta farmakologikoak kentzea erabiliz. Horretarako, fundazioak berak sortutako Libera-Care Araua metodologia ezarri zuen; horren bidez, erakundeak pertsonarengan oinarritutako loturarik gabeko erakunde bihurtu zituen.

Libera-Care izeneko pertsonen arretaren paradigma-aldaketa hori mendekotasuna duten adinekoen egoitza-zaintzaren eremutik sortu zen, baina gaur egun asistentzia-maila guztietara egokitu da, eta zaintza-ingurune soziosanitario eta sanitario guztietan aplikatzen ari da, hala nola osasun mentalean eta ospitaleetan.

2. Loturak kendu ahal izateko hauek definitzen hasi behar da:

Lotura Fisikoa:

"Edozein ekintza edo prozedura, pertsona baten gorputza askatasunez mugitzea eragozten duena aukerako posizio batean, edota pertsona horren gorputzera normaltasunez sartzea eragozten duena, pertsonaren gorputzari atxikitzen edo eransten zaion edo haren ondoan dagoen eta berak erraz kontrolatu edo ezabatu ezin duen edozein metodo erabiliz" (Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti, E, Hamers J, on behalf of the International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints:

Ana Urrutia Beaskoa, Leire Diaz Silvestre eta Nere Urbina Sardina

Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique)

Lotura Kimikoa:

"Farmakoak erabiltzea, batez ere NSZ mailan jarduten dutenak, pertsonaren mugikortasuna murrizten dutenak. Beraz, bere jarduerak murriztuta geratzen dira (ohetik altxatzea, komunera joatea, gizarte-jardueretan parte hartzea...) jokabide desegoki edo gogaikarri bat maneiatzeko edo kontrolatzeko helburuarekin (adibidez: alderrai, hitzeko oldarkortasuna, zainketetan ez laguntzea, etab.), eta desordena psikiatriko diagnostikatu batean oinarritu daiteke edo ez. Baina pazientearen interesik onena bilatzeko, tratamendu ez hain jatrogenikoa dago. Beste era batera esanda, tratamendu hobea duen arazo bat kudeatzeko farmakoak (psikotropikoak ala ez) erabiltzea da" (Adaptado NLC de Tideiksaar (2005), Burgueño eta Urrutia).

Lotura kimikoa izango litzateke funtsezko bi baldintza betetzen ez dituen administrazio psikotropiko oro:

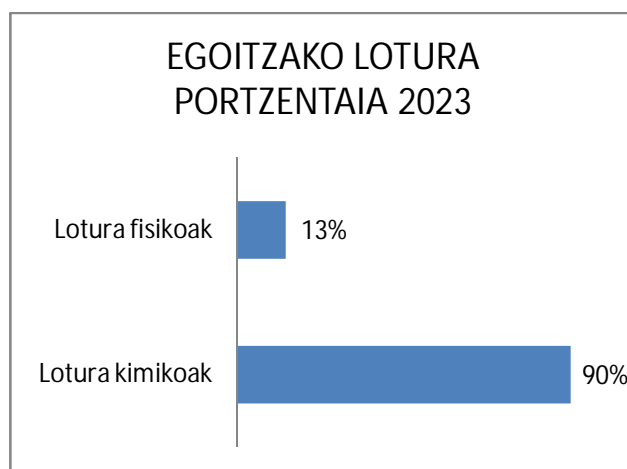
- Farmakoa eman aurretik, pazientearen eskubideak gutxiago mugatzen dituen terapia bat bilatzea, pertsonaren eskubideak gehiago babesten dituen:
 - o Kasu gehienetan jokabide gogaikarria edo desegokia agertzea saihesten duten edo pazientearentzat edo bere inguruarentzat arriskutsua izan daitekeen pertsonarengan zentratutako prebentzio-ekintzak: ingurune fisikoa hobetzea, tratua hobetzea, paziente bakoitzaren indibidualtasuna ardatz duten zaintza-prozesuak, etab.
 - o Terapia ez-farmakologikoak, psikoterapikoak, etab.
- Pazientearen onura bilatzean, pazientearen interes onenean eta haren autonomia babestean aplikatzea, aurreko neurriek porrot egin ondoren.

Hortik aurrera, metodologiari esker, loturak kentzen dira:

Lotura fisikoak kentzeko: 4 zutabe lantzen dira (Autonomia Onuragarria + Pertsonarengan Oinarritutako Zaintza Prozesuetara Aldaketa + Diziplinarteko Lana + Zaintza eta Loturen Alternatibak).

Lotura kimikoak kentzeko: 9 irizpide lantzen dira, Farmako Terapia vs Farmako Lotura bereizteko.

Aurkeztutako hitzaldian, adinekoen egoitza baten adibide praktikoa bat ikusiko da, Bermeoko Sancti Siphiritus egoitzarena. Egoitza horretan, pertsonarengan oinarritutako zaintza-eredu batera aldatu da, urtebeteko epean euskarri fisikoak zein farmakologikoak kenduz.



EGOITZAKO LOTURA PORTZENTAIA 2024

Lotura fisikoak = 0%
Lotura kimikoak = 0%

Lotura fisikoak eta kimikoak erabat murrizteko eta kentzeko prozesuaren emaitzek erakusten dute posible dela "lotu gabe zaintzea".

3. Bibliografia

- López JA, Ramos P, Gutiérrez J, et al. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014.
- Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics*. 2006 Mar;32(3):148-52. doi: 10.1136/jme.2005.012708.
- Fariña E. La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación. (Tesis Doctoral). Santiago de Compostela, España: Universidad de Santiago de Compostela; 2012.
- Urrutia AM. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: Conceptualización e Implantación. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
- Estévez GJ. Restricción Física: Cultura de seguridad en centros de personas mayores. (Tesis Doctoral). Santiago de Compostela, España: Universidad de Santiago de Compostela; 2017.
- Galán C, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey J, Onrubia A, López E y Hernández H. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(4):208-13. DOI: 10.1016/S0211-139X(08)71184-3.
- Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr*. 2005 Feb;38(1):10-8. doi: 10.1007/s00391-005-0285-y.
- Urrutia A. Norma Libera-Care – Sistema de gestión de la calidad de vida en el cuidado en centros de atención sanitaria, social y sociosanitaria. Gernika: Fundación Cuidados Dignos, 2014.
- Urrutia A, Erdoiza I. Cómo se eliminan las Sujeciones. Guía para la eliminación de Sujeciones Físicas y Químicas en Centros de Atención Sociosanitaria y Domicilios. Gernika: Fundación Cuidados Dignos; 2012.
- Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers J. (2012). A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. *Gerontologist*. 2012;52:136.
- Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP; International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435.
- Abraham J, Kupfer R, Behncke A, Berger-Höger B, Icks A, Haastert B, Meyer G, Köpke S, Möhler R. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical

- restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2019 Aug;96:27-34. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017.
- Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Rissmann U, Kurrle S, Bredthauer D. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Feb;59(2):333-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x.
 - Olazarán J, López J, Agüera L, López JM, Beltrán JL, García P, Rigueira A, Martín M, Quintana D y Muñoz R. *Chrome Chrome Criteria – Prescripción de Calidad de Psicofármacos y Evitación de Sujeciones Químicas.* Madrid: Fundación María Wolff, 2016.
 - Joyce NR, McGuire TG, Bartels SJ, Mitchell SL, Grabowski DC. The Impact of Dementia Special Care Units on Quality of Care: An Instrumental Variables Analysis. *Health Serv Res.* 2018 Oct;53(5):3657-3679. doi: 10.1111/1475-6773.12867.
 - Family & Community Services Home, Government of New South Wales. Restrictive Practices Guidance Chemical Restraint. 2022 [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.facs.nsw.gov.au/providers/deliver-disability-services/restrictive-practices-authorisation-portal/rpa-resources/resources/restrictive-practices-guidance-chemical-restraint>
 - Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639.
 - Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Capezuti E, van Rossum E, Ambergen T, Hamers JP. Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2012 Dec;49(12):1473-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013.
 - Ramos P, López JA, Maíllo H et al. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50:35–38. Doi: 10.1016/j.regg.2014.09.006
 - Medina JA, Rivas I, Urrutia A, Álvarez E. Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Urg Emerg.* 2023;2:24-29.
 - Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, Liao Y, Xu Y, Zhang Y. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2019 Apr 20;6(3):343-348. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.04.002.
 - Muir-Cochrane E, Grimmer K, Gerace A, Bastiampillai T, Oster C. Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta-synthesis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2020 Aug;27(4):425-445. doi: 10.1111/jpm.12585.
 - Eltaliawi AG, El-Shinawi M, Comer A, Hamazah S, Hirshon JM. Restraint use among selected hospitalized elderly patients in Cairo, Egypt. *BMC Res Notes.* 2017 Nov 28;10(1):633. doi: 10.1186/s13104-017-2978-x.
 - Hu F, Muir-Cochrane E, Oster C, Gerace A. An examination of the incidence and nature of chemical restraint on adult acute psychiatric inpatient units in Adelaide, South Australia. *Int J Ment Health Nurs.* 2019 Aug;28(4):909-921. doi: 10.1111/inm.12591.
 - Lee DA, Robins LM, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Griffiths D, Haines TP. Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential

- aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021 May;117:103856. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103856.
- Burgueño A. Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. 2008 [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
 - Prudent M, Parjoie R, Jolly D, Dramé M, Badr S, Novella JL, Mahmoudi R. Factors related to use of potentially inappropriate psychotropic drugs in 2,343 residents of 19 nursing homes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2018 Sep 1;16(3):279-285. English. doi: 10.1684/pnv.2018.0742.
 - Krüger K, Folkestad M, Geitung JT, Eide GE, Grimsmo A. Psychoactive drugs in seven nursing homes. *Prim Health Care Res Dev.* 2012 Jul;13(3):244-54. doi: 10.1017/S1463423611000685.
 - Koopmans RT. Worden psychofarmaca in het verpleeghuis te vaak voorgeschreven? [Are psychotropic drugs too frequently prescribed in Dutch nursing homes?]. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2007 Dec;38(6):270-3.
 - Jester DJ, Molinari V, Zgibor JC, Volicer L. Prevalence of psychotropic polypharmacy in nursing home residents with dementia: a meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2021 Oct;33(10):1083-1098. doi: 10.1017/S1041610220004032.
 - Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Aguirregomozcorta M, Bisbe J, Hernández E, López-Pousa S, Manzano A, Palacios M, Pericot-Nierga I, Perkal H, Ramió L, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J; Registry of Dementias of Girona Study Group (ReDeGi Study Group). Psychotropic drugs in patients with Alzheimer's Disease: a longitudinal study by the Registry of Dementias of Girona (ReDeGi) in Catalonia, Spain. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Jul;15(7):497-503. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.003.
 - Lornstad MT, Aarøen M, Bergh S, Benth JS, Helvik AS. Prevalence and persistent use of psychotropic drugs in older adults receiving domiciliary care at baseline. *BMC Geriatr.* 2019 Apr 25;19(1):119. doi: 10.1186/s12877-019-1126-y.
 - Cox CA, van Jaarsveld HJ, Houterman S, van der Stegen JC, Wasylewicz AT, Grouls RJ, van der Linden CM. Psychotropic Drug Prescription and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2016 Dec 1;17(12):1089-1093. doi: 10.1016/j.jamda.2016.07.004.
 - Madhusoodanan S, Ting MB. Pharmacological management of behavioral symptoms associated with dementia. *World J Psychiatry.* 2014 Dec 22;4(4):72-9. doi: 10.5498/wjp.v4.i4.72.
 - Lopez OL, Becker JT, Chang YF, Sweet RA, Aizenstein H, Snitz B, Saxton J, McDade E, Kamboh MI, DeKosky ST, Reynolds CF 3rd, Klunk WE. The long-term effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 2013 Sep;170(9):1051-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12081046.
 - Cioltan H, Alshehri S, Howe C, Lee J, Fain M, Eng H, Schachter K, Mohler J. Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2017 Jan 26;17(1):32. doi: 10.1186/s12877-017-0428-1.
 - Urrutia A. Evaluación de la Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria: ¿Cómo conseguir un Centro Libre de Sujeciones? 2023 [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/1_-_jornada_cam_dra_ana_urrutia_-_fcd_marzo_2023.pdf

- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016 [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- Urrutia A. Un nuevo modelo de cuidado centrado en la persona sin sujeciones – Análisis y fundamentación desde la bioética y el bioderecho. Trabajo de Investigación. Gernika: Fundación Cuidados Dignos; 2014.
- Ryan JM, Kidder SW, Daiello LA, Tariot PN. Psychopharmacologic interventions in nursing homes: what do we know and where should we go? *Psychiatr Serv.* 2002 Nov;53(11):1407-13. doi: 10.1176/appi.ps.53.11.1407.
- Gurvich T, Cunningham JA. Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *Am Fam Physician.* 2000 Mar 1;61(5):1437-46. PMID: 10735348.
- Hughes CM, Lapane KL. Administrative initiatives for reducing inappropriate prescribing of psychotropic drugs in nursing homes: how successful have they been? *Drugs Aging.* 2005;22(4):339-51. doi: 10.2165/00002512-200522040-00006.
- Llorente MD, Olsen EJ, Leyva O, Silverman MA, Lewis JE, Rivero J. Use of antipsychotic drugs in nursing homes: current compliance with OBRA regulations. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Feb;46(2):198-201. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02539.x.
- Pasina L, Marengoni A, Ghibelli S, Suardi F, Djade CD, Nobili A, Franchi C, Guerrini G. A Multicomponent Intervention to Optimize Psychotropic Drug Prescription in Elderly Nursing Home Residents: An Italian Multicenter, Prospective, Pilot Study. *Drugs Aging.* 2016 Feb;33(2):143-9. doi: 10.1007/s40266-015-0336-z.
- Nyborg G, Brekke M, Straand J, Gjelstad S, Romøren M. Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGE-PNH criteria. *BMC Geriatr.* 2017 Sep 19;17(1):220. doi: 10.1186/s12877-017-0608-z.
- Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021 Mar;29(3):304-315. doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.004.
- Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, Salem-Schatz SR, Fields D. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med.* 1992 Jul 16;327(3):168-73. doi: 10.1056/NEJM199207163270306.
- Martocchia A, Spuntarelli V, Aiello F, Meccariello AL, Proietta M, Del Porto F, Di Rosa R, Salemi S, Rocchietti March M, Laganà B, Martelletti P, Sesti G. Using INTERCheck® to Evaluate the Incidence of Adverse Events and Drug-Drug Interactions in Out- and Inpatients Exposed to Polypharmacy. *Drugs Real World Outcomes.* 2020 Sep;7(3):243-249. doi: 10.1007/s40801-020-00193-9.
- Ghibelli S, Marengoni A, Djade CD, Nobili A, Tettamanti M, Franchi C, Caccia S, Giovarruscio F, Remuzzi A, Pasina L. Prevention of inappropriate prescribing in hospitalized older patients using a computerized prescription support system (INTERcheck®). *Drugs Aging.* 2013 Oct;30(10):821-8. doi: 10.1007/s40266-013-0109-5.
- Blozik E, Born AM, Stuck AE, Benninger U, Gillmann G, Clough-Gorr KM. Reduction of inappropriate medications among older nursing-home residents: a nurse-led, pre/post-design, intervention study. *Drugs Aging.* 2010 Dec 1;27(12):1009-17. doi: 10.2165/11584770-000000000-00000.

- Carrión Madroñal IM, Martín Alcalde E, Bartolomé Martín I, Febres Páñez DF, Colato López CA, Rodríguez-Miñón Otero MI. Appropriateness of medication prescribing in nursing homes: A collaboration project between pharmacy and geriatric departments. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023 Mar-Apr;58(2):68-74. doi: 10.1016/j.regg.2023.01.008.
- Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther*. 2016 Apr;41(2):158-69. doi: 10.1111/jcpt.12372.
- Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N, Degryse JM, Spinewine A. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs Aging*. 2014 Apr;31(4):291-8. doi: 10.1007/s40266-014-0157-5.
- Westbury J, Jackson S, Gee P, Peterson G. An effective approach to decrease antipsychotic and benzodiazepine use in nursing homes: the RedUse project. *Int Psychogeriatr*. 2010 Feb;22(1):26-36. doi: 10.1017/S1041610209991128.
- Westbury JL, Gee P, Ling T, Brown DT, Franks KH, Bindoff I, Bindoff A, Peterson GM. RedUse: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Med J Aust*. 2018 May 21;208(9):398-403. doi: 10.5694/mja17.00857.
- Richter C, Berg A, Fleischer S, Köpke S, Balzer K, Fick EM, Sönnichsen A, Löscher S, Vollmar HC, Haastert B, Icks A, Dintsios CM, Mann E, Wolf U, Meyer G. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implement Sci*. 2015 Jun 4;10:82. doi: 10.1186/s13012-015-0268-3.
- Cossette B, Bruneau MA, Couturier Y, Gilbert S, Boyer D, Ricard J, McDonald T, Labarre K, Déry V, Arcand M, Rodrigue C, Rhéaume AA, Moreault S, Allard C, Pépin MÉ, Beauchet O; OPUS-AP investigators. Optimizing Practices, Use, Care and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-term Care Centers in Québec, Canada: A Strategy for Best Practices. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Feb;21(2):212-219. doi: 10.1016/j.jamda.2019.08.027.
- Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, Woods B, Garrod L, Testad I, Woodward-Carlton B, Wenborn J, Knapp M, Fossey J. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2018 Feb 6;15(2):e1002500. doi: 10.1371/journal.pmed.1002500.
- Richter C, Berg A, Langner H, Meyer G, Köpke S, Balzer K, Wolschon EM, Silies K, Sönnichsen A, Löscher S, Haastert B, Icks A, Wolf U, Fleischer S. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2019 May 1;48(3):419-425. doi: 10.1093/ageing/afz016.
- Carrero-Planells A, Urrutia-Beaskoa A, Moreno-Mulet C. The Use of Physical Restraints on Geriatric Patients: Culture and Attitudes among Healthcare Professionals at Intermediate Care Hospitals in Majorca. A Qualitative Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 14;18(14):7509. doi: 10.3390/ijerph18147509.
- Sawan M, Jeon YH, Chen TF. Relationship between Organizational Culture and the Use of Psychotropic Medicines in Nursing Homes: A Systematic Integrative Review. *Drugs Aging*. 2018 Mar;35(3):189-211. doi: 10.1007/s40266-018-0527-5.

- Sawan M, Jeon YH, Chen TF. Shaping the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study on organisational culture. *Soc Sci Med.* 2018 Apr;202:70-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.02.010.
- Sawan M, Jeon YH, Fois RA, Chen TF. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Res Social Adm Pharm.* 2017 May-Jun;13(3):513-523. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.06.012.
- Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):77-82. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb01017.x.
- Monette J, Champoux N, Monette M, Fournier L, Wolfson C, du Fort GG, Sourial N, Le Cruguel JP, Gore B. Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Jun;23(6):574-9. doi: 10.1002/gps.1934.
- Sheehan R, Strydom A, Brown E, Marston L, Hassiotis A. Association of Focused Medication Review With Optimization of Psychotropic Drug Prescribing: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2018 Oct 5;1(6):e183750. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.3750.
- Thompson Coon J, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S, Lang I, Cartmell N, Stein K. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antipsychotic medications in people with dementia resident in care homes: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Oct;15(10):706-18. doi: 10.1016/j.jamda.2014.06.012.
- Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12(12):CD008634. doi: 10.1002/14651858.CD008634.pub2.
- Birkenhäger-Gillesse EG, Kollen BJ, Achterberg WP, Boersma F, Jongman L, Zuidema SU. Effects of Psychosocial Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia on the Prescription of Psychotropic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Mar;19(3):276.e1-276.e9. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.100.
- Muñoz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, Rodríguez J, Usieto T, Lavin L, Rigueira A, Agüera-Ortiz L, López-Alvarez J, Martín-Carrasco M, Olazarán J. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2020 Mar;32(3):315-324. doi: 10.1017/S104161021900111X.
- SEFAP (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria). Posicionamiento SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona. 2022 [Internet]. [citado 11 de enero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2022/06/POSICIONAMIENTO-REVISION-MEDICACION-C3%93N.pdf>

Heriotza eta doluaren prozesuei buruzko trilogia dokumental baten analisi kualitatiboa

Qualitative analysis of a documentary trilogy on the processes of death and mourning

Iñaki Peña Bandres

Osakidetza. Debagoieneko Ospitalea

inaki.penabandres@osakidetza.eus

1. Sarrera

Master Amaierako Lan honek eredu mistoa du, ikerkuntza kualitatibo eta disertazio-aurkezpenaren artean. Azken hamarkada honetan ekoiztutako hiru dokumentalen ikerketa bat da: "Aulki Hutsak" (2013), "Suminetik eta saminetik bakera" (2017) eta "Mendian hil. Hirian hil" (2020). Egilea bera da film hauen gidoigilea eta zuzendaria. Arteman Komunikazioa da ekoizlea.

2. Helburuak

Heriotza naturalen eta bat-bateko heriotzen (suizidioa, heriotza perinatalak, motibazio politikoaren erailketak eta mendiko istripuak) arteko puntu amankomunak aztertu.

3. Metodoak

- Lagina: Dokumentalen 32 protagonista, hildako pertsonen 21 senide edota lagun eta 11 osasungile.
- Datu bilketaren teknikak: Elkarrizketa erdi-egituratuak, batik bat banakakoak. Ikus-entzunezkoen grabaketen bidez.
- Analisi kualitatiboa gaika, bilaketa bibliografiko batekin osatutakoa.

4. Emaidzak

255 zita, 77 kode eta 3. maila interpretatiboaren 3 kategoria topatu ditugu:

1. Heriotza baino lehen:
 - Zahartzea.
 - Gaixotzea.
 - Heriotzari irabaztea.
 - Heriotza ez ikustea.
 - Heriotza onartzea.

Iñaki Peña Bandres

2. Heriotza:

- Osasungileok bere aurrean.
- Nola.
- Non.
- Noiz.
- Heriotza ona.

3. Heriotza ostean:

- Errituak.
- Dolua.
- Laguntzen duena eta ez duena.

5. Ondorioak

- Estigma osagaia amankomuna da zahartze prozesuan, minbizi eta dementzietan (esperotako heriotzak), eta suizidioa eta indarkeria politikoan (bat-batekoak). Ez dugu topatzen heriotza perinataletan eta mendiko istripuetan.
- Etiologia ez da faktore bakarra heriotza ona eta trauma osteko hazkundera baldintzatzen dituen.
- Barkamena, esker ona, maitasuna eta errukia zeharkako balioak dira hala esperotako nola bat-bateko heriotzetan.
- Zinemaren garrantzia heriotzari aurre egiteko eta dolua lantzeko.

6. Bibliografia

- Alexander, M., Lenahan, P., Pavlov, Anna. (1999) *Cinemeducation: A Comprehensive Guide to Using Film in Medical Education*. CRC Press.
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. (2014). *Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Chochinov, H. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *Cancer Journal for Clinicians*, 56 (2), 84-103.
- Gómez-Batiste, X., Formiguera, A., Vilaclara, A. (2021). *Fins al final de la vida: Tres experts en atenció pal.liativa ens orienten sobre com cuidar i acompanyar les persones en processos de malalties avançades. Perquè qui estimem ens importa fins a l'últim dia*. (1ª edició). Eumo Editorial.
- Parro-Jiménez E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., García-Vera, MP. (2021). Complicated grief: A systematic review of prevalence, diagnosis, risk and protective factors in the adult population of Spain. *Anales de Psicología*, 37 (2), 189-201.

D bitamina, botiketarik haratago

Vitamin D, beyond pharmaceuticals

Beñat del Alba Iriarte ⁽¹⁾, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbieto, Adolfo Garrido Chercoles ⁽²⁾, Maria Eugenia Alkiza Eizagirre ⁽³⁾ eta Mercedes Sota Bussele ⁽⁴⁾

Osakidetza. Bidasoa Ospitalea. Anali Klinikoan Zerbitzua ⁽¹⁾

Osakidetza. Donostia Unibertsitate Ospitalea. Anali Klinikoan Zerbitzua ⁽²⁾

Osakidetza. Bidasoa ESI. Medikuntza arloko Asistentzia Koordinatzeko zuzendaria ⁽³⁾

Donostia Ospitalea. Gipuzkoako Laborategietako Kudeaketa Klinikoko unitateburua ⁽⁴⁾

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

D bitamina ezinbestekoa da kaltzioa xurgatzeko eta hezurak indartsu mantentzeko. Eguzkitan maiz eta denbora laburrean egoteak beharrezko kantitatea ematen dio biztanleriaren gehiengoari. Kopuru txiki bat, aldiz, dieta bidez (arain koipetsuak, haragia, arrautza gorringoak...) eskuratzen da.

D bitaminaren mailak odolean neurtzen dira, 25-hidroxi D bitamina -25(OH)D- analizatuz. Alabaina, ez dago 25(OH)D neurtzeko teknika estandarizaturik, urritasuna adierazten duten gutxieneko puntuak ez dira ebidentzian oinarritutako prozesu baten bitartez ezarri eta desadostasunak daude tratamendua hasteko erabili behar den maila serikoari dagokionez.

25(OH)D-ren kontzentrazioak aldakortasun handia du urtaroaren, adinaren, GMIren, arrazaren, azal-pigmentazioaren, eguzki-esposizioaren, elikaduraren, bizimoduaren eta faktore genetikoaren arabera, eta ezaugarri horiek kontuan hartu behar dira, laborategiari analisisa eskatzerakoan eta emaitzak interpretatzerakoan.

Nazioartean gertatu bezala, Osakidetzan 25(OH)D-ren determinazioek gora egin dute azken urteetan. Laborategiko proba eskatuenetarikoa da. Gainera, aldi berean hazi egin da D bitaminaren gehigarrien kontsumoa EAEn.

Orain arteko ebidentziak ez du frogatu D bitamina neurtzeak onura klinikoa duenik biztanleriarentzat, orokorrean, baldin eta sintomarik eta urritasun-arriskuko faktorerik ez badago. Gizartean, ordea, gehigarriak hartzea ohitura zabaldua da, eta kontsumoaren hazkundeak determinazio-kopurua handitzen du ezinbestean, ekinga biak justifikatuta egon ez arren.

2. Helburuak

Ikerketan finkatutako erreferentzia-balioak baliatuz, Gipuzkoako Laborategietako azken 5 urteetako emaitzak (2019-2023) berrikustea.

3. Metodoak

D bitaminari buruzko ikerketak eta Gipuzkoako Laborategietako datuak.

4. Emaitzak

Osakidetzaren erreferentzia-balioak ez datoz bat ikerketetan finkatutakoekin. Laborategi bakoitzak desberdinak erabiltzen ditu. D bitaminaren gutxiegitasunaren prebalentziaren gainestimazioa eragiten du biztanlerian.

Beñat del Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbieto, Adolfo Garrido Chercoles , Maria Eugenia Alkiza Eizagirre eta Mercedes Sota Busselo

5. Ondorioak

Gutxiegitasun terminoa oker uler daiteke, biztanleriaren erdiaren eskakizunak beteko lituzketen maileri dagokielako. Analisisien eta gehigarrien hazkundean eragina izan lezake.

Ikerketa gehienek onartzen dute populazioaren %97,5entzat 20 ng/ml-tako kontzentrazioa aski dela hezur-oreka aproposa mantentzeko eta kantitate handian kaltegarria izan daitekeela.

Pertsona heldu osasuntsuen artean ez dago odoleko 25(OH)D mailak neurtzeko beharrik. Gehienek D bitamina nahikoa lor dezakete eguzki-esposizioaren bidez. Ez da botika gehigarririk hartzea gomendatzen. Kasu batzuetan bakarrik dira beharrezkoak: osteoporosia, malabsortzio-sindromeak, obesitatea...

Osakidetzako Laborategietan 25(OH)D-ren irizpideak aztertzeko, aldatzeko eta bateratzeko premia dago.

6. Bibliografia

- Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzako Informazio Sistemak. Osakidetza.
- Farmazia Zuzendaritzako Informazio Sistemak. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.
- D bitamina helduengan: gainbaloratuta dago? INFAC buletina. 2020;28(1):1-10.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2020/eu_def/adjuntos/INFAC_Vol_28_1_D-bitamina.pdf
- Vitamina D: evidencias y controversias. INFAC. 2012;20(2):7-12. Eskuragarri:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2012/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_2.pdf
- Indicaciones para la determinación de niveles séricos de vitamina D. Plan Director de la Red de Diagnóstico Biológico. Osakidetza 2015. Eskuragarri:
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/RecomendacionesVitD.pdf>
- Leache L, Saiz LC, Erviti J. Cribado y suplementación de vitamina D en adultos. Sol y sombras. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra (BIT). 2018;26(4):1-18
https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+26/BIT+26+N+4.htm#comienzoContenido
- US. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Office of Dietary Supplements. Vitamin D. 2021. Eskuragarri:
<https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminDHealthProfessional/>
- Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Recomendaciones de uso adecuado de pruebas y suplementos de vitamina D en población general. Madrid: Osasun Ministeritza; 2021. Eskuragarri: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/07/pa_10_avalua-t_vitamina-d.pdf
- Carbonell C. Vitamina D: indicaciones para el cribado y tratamiento. FMC. 2019;26(8):441-7. Eskuragarri: <https://www.fmc.es/es-vitamina-d-indicaciones-el-cribado-articulo-S1134207219301355>
- Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2024; 00:1-41.
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgae290>

Loaren kalitatea narriadura kognitiboaren prebentzioan eta tratamenduan aztertu beharrekoa

Sleep quality analysis in the prevention and treatment of cognitive decline

Miren Altuna Azkagorta, Maite García Sebastián, Jon Saldias Iriarte, Marta Cañada Rodríguez, Mirian Ecay Torres eta Pablo Martínez-Lage Álvarez

CITA-Alzheimer fundazioa

maltuna@cita-alzheimer.org

1. Sarrera

Loa funtsezkoa da gure gorputz eta garun-osasunerako. Zehazki, ezinbesteko da errendimendu kognitibo egokia izateko, ez bakarrik unean bertan, baita etorkizunean ere. Eta nahasmenduak (bai loaren kalitatea, bai kantitatea) Alzheimerren gaixotasuna garatzeko arrisku faktore independenteak dira.

Dementia garatzeko arrisku handiagoa dutenengan, loaren trastornoen diagnostiko eta tratamendu desegokia egin ohi da. Zehazki, loaren apnea eta hipopnea sindromearena.

2. Helburuak

1. Loaren trastornoen prebalentzia erreala ezagutzea dementia garatzeko arriskua aregotua duten herritarrengan, eta, bereziki, loaren apnea-hipopnea sindromearena.
2. Loaren pertzepzio subjektiboaren eta loaren kuantifikazioa eta analisi objektiboaren arteko erlazioa aztertzea.

3. Metodoak

2024ko martxotik aurrera (gaur egun bilketa aktiboa) 6 edo gehiagoko CAIDE dementia-arriskuaren indizea duten 60-85 urteko pertsonak, kognitiboki osasuntsuak edo narriadura kognitibo arinarekin, dementia prebenitzeko CITA GO-ON esku-hartze multimodal ez-farmakologikoko azterketan parte hartzen dutenen artean bildu dira.

Denei euren loaren kalitate eta kantitatearen inguruan elkarrizketa bat egin zaie, Pittsburg, Oviedo eta eguneko hiperlogurari buruzko Epworth galdetegiak erabiliz. Gainera, guztiei loaren neurketa objektibo bat etxean egiteko gailu bat eman zaie (WatchPAT), gau bakar batean erabiltzeko, eta loaren eguneroko bat, astebetez euren kabuz osatzeko, WatchPATekin erregistratuko gaua barne duena.

Miren Altuna Azkagorta, Maite García Sebastián, Jon Saldias Iriarte, Marta Cañada Rodriguez, Mirian Ecay Torres eta Pablo Martínez-Lage Álvarez

Anomalia esanguratsurik detektatzen ez bada, postaz bidaltzen dira emaitzak; aldiz, alterazio esanguratsuak izanez gero, loaren espezialista den neurologoari egiten zaio bisita (STOP-Bang eta Berlin galdetegiak barne) pertsonalizatua, tratamendu farmakologikorako zein ez-farmakologikorako gomendio espezifikoeekin.

4. Emaitzak

2024ko uztailaren 1era bitartean, 165 parte-hartzaile batu dira, 69.6+/-5.8 urtekoak, %48.9 emakumeak, eta CAIDE demenzia-arriskuaren 7.8+/-1.4 indizea dutenak. WatchPAT bidezko azterketak erakusten du: %44.7ak apnea-hipopnea (AHI) indizea >15 duela, eta % 12.8k, zehazki, IAHD>30, nahiz eta subjektiboki hautematen den loaren kalitatea ona izan, eguneko hiperlogura esanguratsu eza barne.

Gorputzaren masa indizea da AHI handienarekin lotuen dagoena.

5. Ondorioak

Loaren nahasteak gutxiegi diagnostikatuta daude populazio mailan, batez ere demenzia garatzeko egoera zaurgarrian daudenengan. Eta desadostasun handia dago lo-pertzepzio subjektiboaren eta neurraketa objektiboaren artean.

6. Bibliografia

- Dzierzewski JM, Dautovich N, Ravyts S. Sleep and Cognition in Older Adults. *Sleep Med Clin.* 2018 Mar;13(1):93-106. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.009. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29412987; PMCID: PMC5841581.
- Bubu OM, Andrade AG, Umasabor-Bubu OQ, Hogan MM, Turner AD, de Leon MJ, Ogedegbe G, Ayappa I, Jean-Louis G G, Jackson ML, Varga AW, Osorio RS. Obstructive sleep apnea, cognition and Alzheimer's disease: A systematic review integrating three decades of multidisciplinary research. *Sleep Med Rev.* 2020 Apr;50:101250. doi: 10.1016/j.smrv.2019.101250. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31881487; PMCID: PMC7593825.
- Yalamanchali S, Farajian V, Hamilton C, Pott TR, Samuelson CG, Friedman M. Diagnosis of obstructive sleep apnea by peripheral arterial tonometry: meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Dec;139(12):1343-50. doi: 10.1001/jamaoto.2013.5338. PMID: 24158564.
- Ecay-Torres M, Estanga A, Tainta M, Izagirre A, Garcia-Sebastian M, Villanua J, Clerigue M, Iriondo A, Urreta I, Arrospide A, Díaz-Mardomingo C, Kivipelto M, Martínez-Lage P. Increased CAIDE dementia risk, cognition, CSF biomarkers, and vascular burden in healthy adults. *Neurology.* 2018 Jul 17;91(3):e217-e226. doi: 10.1212/WNL.0000000000005824. Epub 2018 Jun 13. PMID: 29898969.

Erizaintzako Zainketak: Ekografoaren erabilera autonomoa prebentzio neurri gisa

Nursing care: Autonomous use of ultrasound scanning as a preventive measure

Ana Catalina Sanchez ⁽¹⁾, Izaskun Elustondo Oiarbide ⁽²⁾, Maider Garmendia Goitia, Yolanda Alonso Soto ⁽³⁾ eta Haizea Aranguren Irizar ⁽⁴⁾

Osakidetza. Debarreneko ESI. Etxeko Ospitalizazio Zerbitzua ⁽¹⁾

Osakidetza. Goierri-Urola Garaiko ESI. Oftalmologia Zerbitzua ⁽²⁾

Osakidetza. Goierri-Urola Garaiko ESI. Dialisi Zerbitzua ⁽³⁾

Osakidetza. Goierri-Urola Garaiko ESI. Larrialdi Zerbitzua ⁽⁴⁾

anius.ctl@gmail.com

1. Sarrera

Erizaintzan zainketa egoki eta efektibo batzuk emateko prebentzioa dugu baliabide garrantzitsua. Ekografiaren erabilera gero eta garatuagoa dago osasunaren zaintzan lana egiten dugun profesionalen artean. Erizainok gero eta prestakuntza hobea eta gaitasun landuagoak daukagu. Gu ere ekografoaz baliatuz onurak eskaini dizkiokegu gure gaixoei.

2. Helburuak

Erizainak prebentziorako egin ditzakeen aurrerapenak ikertu eta aztertu baliabide desberdinak erabiliz, ekografoaren erabilerak kontutan hartuz.

3. Metodoak

Erizainak prebentziorako egin ditzakeen aurrerapenak ikertu eta aztertu baliabide desberdinak erabiliz, ekografoaren erabilerak kontutan hartuz.

4. Emaizak

Gainbegiratutako lanen arabera, erizainek ekografoa erabil dezakete pazienteraren zainketaren arlo desberdinetan, besteak beste, maskuria baloratzeko, ziztada bat egiterakoan, kateterizazioan zain zein arteriala izanda, zundaketa enterala egiterakoan, barneko fistula arteriobenosoaren balorazioa egiteko.

Maskuriko ekografiari buruz, prebentziorako ekintza desberdinak aipa ditzakegu, hala nola, gernu kopuruaren balorazioa gernu erretentzio akutuan, maskuriko edukiaren balorazioa (koaguluak, piuria, hematuria, ...) edo maskuriko zundaketaren sartzeko egokia (zundaren puxika ikustea).

Ana Catalina Sanchez, Izaskun Elustondo Oiarbide, Maider Garmendia Goitia, Yolanda Alonso Soto eta Haizea Aranguren Irizar

5. Ondorioak

Erizainok pazientearen segurtasuna bermatzeko lan asko egin dezakegu, literatura zientifikoak dioenez. Gai gara ekografoa bezalako tresnak erabiltzeko. Gai izateaz gain, beharrezkoa da erizain denak prestakuntza berezia izatea eta hori bultzatzea erizaintza gara dadin.

6. Bibliografia

- Lopes KR, Jorge BM, Barbosa MH, Barichello E, Nicolussi AC. Use of ultrasonography in the evaluation of urinary retention in critically ill patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4026. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6618.4026>
- Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 24;2015(11):CD005495. doi: 10.1002/14651858.CD005495.pub4.
- Schmiemann G, Kranz J, Mandraka F, Schubert S, Wagenlehner F, Gágyor I. The Diagnosis, Treatment, and Prevention of Recurrent Urinary Tract Infection. *Dtsch Arztebl Int.* 2024 May 31;121(11):373-382. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0068.PMID: 38686602
- Palese A, Buchini S, Deroma L, Barbone F. The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2010 Nov;19(21-22):2970-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03281.x. Epub 2010 Sep 8.PMID: 21040003
- Coulthard MG, Vernon SJ, Lambert HJ, Matthews JN. A nurse led education and direct access service for the management of urinary tract infections in children: prospective controlled trial. *BMJ.* 2003 Sep 20;327(7416):656. doi: 10.1136/bmj.327.7416.656.PMID: 14500439
- Van Loon FHJ, Buise MP, Claassen JJF, Dierick-van Daele ATM, Bouwman ARA. Comparison of ultrasound guidance with palpation and direct visualisation for peripheral vein cannulation in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2018 Aug;121(2):358-366. doi: 10.1016/j.bja.2018.04.047. Epub 2018 Jul 2.PMID: 30032874
- Salleras-Duran L, Fuentes-Pumarola C, Fontova-Almató A, Roqueta-Vall-Llosera M, Cámara-Liebana D, Ballester-Ferrando D. Pain and Satisfaction Perceptions of Ultrasound-Guided Versus Conventional Peripheral Intravenous Catheterization: A Randomized Controlled Trial. *Pain Manag Nurs.* 2024 Feb;25(1):e37-e44. doi: 10.1016/j.pmn.2023.07.010. Epub 2023 Aug 24.PMID: 37633742
- Cirgin Ellett ML, Cohen MD, Perkins SM, Smith CE, Lane KA, Austin JK. Predicting the insertion length for gastric tube placement in neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011 Jul-Aug;40(4):412-21. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01255.x. Epub 2011 Jun 3.
- Wu A, Huang H, Zhang H, Li H. In-plane guided upper arm arteriovenous fistula cannulation with color ultrasound. *Hemodial Int.* 2022 Oct;26(4):496-502. doi: 10.1111/hdi.13043. Epub 2022 Sep 6.
- Chen S, Liu JS, Chai CC, Si C, Tan SH, Ravindran HR, Martinez MTP, Gao Y, Yeap YR, Liu AYL. Handheld ultrasound-guided cannulation of difficult hemodialysis arteriovenous access: A randomized controlled trial. *Hemodial Int.* 2023 Jan;27(1):21-27. doi: 10.1111/hdi.13050. Epub 2022 Oct 25.

Haurren garun-paralisia garaiz detektatzeko eskala eta tresna eraginkorrenen berrikuspen eta metaanalisiak: berrikuspen sistematikoa

Reviews and meta-analyses of the most effective scales and tools for early detection of cerebral palsy in children: Systematic review

Alicia Varas Meis ⁽¹⁾, Itziar Alonso Arbiol ⁽²⁾ eta Carmen Lillo Navarro ⁽³⁾

Zaragoztako Unibertsitatea ⁽¹⁾

UPV-EHU ⁽²⁾

Miguel Hernandez Unibertsitatea ⁽³⁾

alimeis7@gmail.com

1. Sarrera

Garun-paralisia haurtzaroko mugimendu-desgaitasunaren kausa ohikoena da, eta diagnostiko goiztiarra funtsezkoa da epe luzerako emaitza funtzionalak hobetzen dituzten esku-hartze goiztiarrak optimizatzeko. Bizitzako lehen bi urteak seinale goiztiarrak detektatzeko epe kritikoa dira, eta diagnostiko-tresnek garapen neurologikoaren funtsezko etapetan esku hartzeko aukera ematen dute.

2. Helburuak

Hori dela eta, berrikuspen eta metaanalisen berrikuspen sistematiko bat burutu zen, eskura dauden diagnostiko eta bahaketa metodoei buruzko aurkikuntza sendoenak laburtzeko eta garun-paralisiaren diagnostiko goiztiarrerako tresna eraginkorrenak identifikatzeko.

3. Metodoak

PRISMA 2020 estandarren arabera egin zen deskribapena. Bilaketa Web of Science eta PubMed datu-baseetan egin zen. Inklusio-irizpideak honako hauek izan ziren: haurren garun-paralisiaren diagnostiko goiztiarra egiteko tresna eraginkorrenak aztertzen dituzten berrikuspen sistematikoak eta metaanalisiak, gaztelaniaz edo ingelesez idatziak. Berrikuspen kalitatea AMSTAR-2-ri jarraituz analizatu zen.

4. Emaitzak

Hiru berrikuspen aukeratu ziren hautagarritasun-prozesuaren ondoren. Analizatutako ikerketen artean adostasuna dago, garuneko paralisiaren diagnostikoa diagnosi-tresna bakar batean baino aurkezpen klinikoan oinarritzen dela. Halaber, ikerketak bat datoz historia klinikoa, neuroirudia eta ebaluazio motore/neurologiko estandarizatuak konbinatzearen gomendatzearekin garuneko

Alicia Varas Meis, Itziar Alonso Arbiol eta Carmen Lillo Navarro

paralisiaren diagnostiko goiztiar eta zehatza egiteko. Teknologiaren bitarteko motore /neurologikoaren ebaluazioa etorkizun handikoa dirudi, baina oraindik balioztatu ez den tresna da.

5. Ondorioak

Garuneko paralisiaren diagnostiko goiztiarra posible da bizitzako lehen sei hilabeteetatik aurrera, historia klinikoa, neuroirudia eta miaketa fisikoa konbinatuz.

6. Bibliografia

- George, J. M., Pannek, K., Rose, S. E., Ware, R. S., Colditz, P. B., & Boyd, R. N. (2017). Diagnostic accuracy of early magnetic resonance imaging to determine motor outcomes in infants born preterm: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(2), 134-146. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13611>
- Hubermann, L., Boychuck, Z., Shevell, M., & Majnemer, A. (2015). Age at referral of children for initial diagnosis of cerebral palsy and rehabilitation: Current practices. *Journal of Child Neurology*, 31(3), 364-369. <https://doi.org/10.1177/0883073815596610>
- Novak, I., Morgan, C., Adde, L., Blackman, J., Boyd, R. N., Brunstrom-Hernandez, J., Cioni, G., Damiano, D., Darrach, J., Eliasson, A., De Vries, L. S., Einspieler, C., Fahey, M., Fehlings, D., Ferriero, D. M., Fetters, L., Fiori, S., Forssberg, H., Gordon, A. M., . . . Badawi, N. (2017). Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *JAMA Pediatrics*, 171(9), 897. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>
- Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(6), 509-519. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12080>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Redd, C. B., Karunanithi, M., Boyd, R. N., & Barber, L. A. (2021). Technology-assisted quantification of movement to predict infants at high risk of motor disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 118, 104071. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104071>
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 8-14. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A. C., Tugwell, P., Moher, D., & Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>

Kasu klinikoa: trigeminoaren neuralgia

Clinical case report: trigeminal neuralgia

Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute, Maitena Urberuaga Ertze eta Sandra Ledesma Jorge

UPV-EHU

anderizawi@gmail.com

1. Sarrera

Trigeminoaren neuralgia trastorno neuropatiko bat da, nerbio trigeminoak inerbatutako eremuetan min handia behin eta berriro agertzea ezaugarri duena.

Trigeminoaren neuralgiarekin lotutako mina, askotan, sentsazio ziztatzaile gisa deskribatzen da, eguneroko jarduerak eragin dezaketena, hala nola murtxikatzeak, hitz egiteak, hortzak garbitzeak; baita estimulu arinek ere, adibidez, Haizea aurpegian. Bizi-kalitatea nabarmen murrizten da.

Trigeminoaren neuralgia primarioa izan daiteke edo sekundarioa, non mina nerbioa odol-hodi baten bidez estutzeari, tumoreei edo esklerosi anizkoitzean bezalako lesio desmielinizatzaileei egozten zaion. Prebalentzia nahiko baxua da, baina ohikoagoa da emakumeetan eta 50 urtetik gorako pertsonetan.

2. Kasu klinikoaren aurkezpena

86 urteko gizonetzkoa. Lau hilabeteko eboluzioko min handia duela dio, jatea ere eragozten diona. Haztatzean, min akutuak jarraitzen du. Egungo tratamendua: Atorvastatina, Fluticasona nasal, Doxazonsina. Aho barruan, guztiz hagin gabekoa da, eta min handia ematen du hirugarren koadranteko albeolo-eremu molarra haztatzean.

Proba erradiologiko gisa, itxurazko normaltasun-ortopantomografia bat egiten da, baina zalantzarik ez dago erradioluzitatea dago ezkerreko gorputzean. Parasetamol pautatzen da eta jarraipena egiten da. Bi hilabete igaro direnean, berriro etorri da, eta adierazi du berriro min handiarekin dagoela leku berean: ezkerreko masailezurrean.

Mingainarekin hitz egitean edo ukitzean mina duela esaten du. Miaketa fisikoan, mina sentitzen du hatz-puntarekin ukitze hutsarekin (ezkerreko V3-ren 3. adarra), eta ahoa zabaltzea muga txiki batekin (32mm). CBCTn, alde biko betazaleko degenerazioa ikusten da, eta Eagle sindromea baztertzeko dugu.

Neurologoak baloratutako erresonantzia magnetikoan, bosgarren nerbioaren profilararekin eta hirugarren ezkerreko adarrekin (alde biko zelula mastoideoen okupazioa) kontaktu neurobaskular bat dagoela ikusten da. Ebakuntza kirurgikoa egitea proposatzen da, eta pazienteak baztertu egiten du. Pregabalina eta Gabapentina hartzen du.

Hiru hilabeteetako kontrolari erreparatuta, egonkor dago, baina noizean behin min pasarteak izaten ditu, baina intentsitate txikiagokoak. Jada ez duela ezer hartzen esan du. Noizbehinka min akutua izaten du, baina automugatu.

Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute, Maitena Urberuaga Erce eta Sandra Ledesma Jorge

3. Diagnostiko diferentziala

Neuralgia Postherpetikoa, Zefalea Mahats-mordoetan, Migraina, Min Miofasziala.

4. Behin betiko diagnostikoa

Aurpegiko min bereizgarria, nerbio trigeminoaren konpresioa iradokitzen duten irudi-aurkikuntzak eta antikonbultsiboekiko erantzun partzialak Trigeminoaren Neuralgiaren behin betiko diagnostikoa babesten dute.

5. Bibliografia

- Zakrzewska, J. M., & Linskey, M. E. (2016). Trigeminal neuralgia. *BMJ*, 348, g474. doi:10.1136/bmj.g474.
- Burchiel, K. J. (2003). A new classification for facial pain. *Neurosurgery*, 53(5), 1164-1167. doi:10.1227/01.neu.0000088847.09677.d5.
- Cruccu, G., Finnerup, N. B., Jensen, T. S., Scholz, J., Sindou, M., Svensson, P., ... & Zakrzewska, J. M. (2016). Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. *Neurology*, 87(2), 220-228. doi:10.1212/WNL.0000000000002840.
- Di Stefano, G., Truini, A. (2017). Pharmacological treatment of trigeminal neuralgia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(10), 901-911. doi:10.1080/14737175.2017.1368320.
- Love, S., & Coakham, H. B. (2001). Trigeminal neuralgia: Pathology and pathogenesis. *Brain*, 124(12), 2347-2360. doi:10.1093/brain/124.12.2347.

Kasu klinikoa: Aho suminduaren sindromea - kasu kliniko propioa

Clinical case report: hot mouth syndrome - own clinical case report

Sandra Ledesma Jorge, Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute eta Maitena Urberuaga Ertze

UPV-EHU

sledesmajorge@gmail.com

1. Sarrera

SBA-Aho Suminduaren Sindromea mihian edo ahoko mukosaren beste kokapen batean berotasuna eta erredura izatea ezaugarri duen prozesua da, ahoko lesio espezifikorik ez dagoenean. Zefaleen Nazioarteko Elkarrekin honela definitu zuen: "aho barruko erredura-sentsazioa da, eta ez dago ez kausa medikorik, ez hortzetakorik".

Xede-populazio nagusia emakume peri edo postmenopausikoak dira, eta gizonekiko erlazioa 7:1ekoa da.

2. Kasu klinikoa

48 urteko emakumea kontsultara joan da ahoko minarekin, zortzi hilabeteko eboluzioarekin. Mina iraunkorra, neurritzkoa, ez-irradiatzailea eta eboluzio kronikokoa da. Eutirox, Deltius, Clortalidona, Omeprazol, Paracetamol. Klotrimazola, fosfomizina eta klonazepam hartzen du. Ehun bigunen azterketan ez da anormaltasunik ikusten.

Diagnostiko diferentzialak aho suminduaren sindromea eta tratamendu osteko eskualdeko min konplexuaren sindromea barne hartu zituen.

Aho suminduaren sindromea diagnostikatu zioten pazienteari: egunean 2 ordu baino gehiagoz 3 hilabetez aho barneko mina izatea ezaugarri duen egoera, klinikoki nabariak diren lesiorik gabe.

3. Eztatanda

SBA duen ohiko paziente emakume peri edo postmenopausikoa da, konpromiso psikologikoa duena (antsietatea edo depresioa) eta, normalean, polimedikatua. Triada klasikoa honako hau da: aho-sugar jarraitua edo aldizkakoa, disgeusia eta xerostomia.

Miaketa klinikoan ez da ikusten muki-asaldurarik, eta gutxienez 4-6 hilabete irauten du, nahiz eta, askotan, zenbait urte izan. Min kronikoaren entitate gisa tipifikatu dezakegu.

Mingainaren punta da kokapenik ohikoena.

Behin diagnostikoa ezarrita, estrategia terapeutikoa planteatu behar dugu. Garrantzitsua da sindromearen eboluzio-denbora kuantifikatzea. Koadroa ezarri berritan, tratamendu kontserbadorea eraginkorragoa izan ohi da.

Sandra Ledesma Jorge, Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute eta Maitena Urberuaga Erce

Ahoko mukosa (tabakoa, alkohola...) lehortzen eta narritatzen duten ohitura toxikoak ere saihestuko ditugu. Gaixoaren azterketa analitikoak burdinaren metabolismoan (ferritina edo sideremia baxua) gertatzen diren asaldurak azalatu ditzake, eta horiek elikadura konpentsatzea gomendatzen dute. Faktore psikologikoak kontrolatzeko zailak dira. Hala ere, tratamendu bat bera ere ez da behin betikoa eta unibertuala. Clonazepan eta Capsaicina erabiltzen dira, emaitza ezberdinekin.

4. Emaitzak

Hiru berrikuspen aukeratu ziren hautagarritasun-prozesuaren ondoren. Analizatutako ikerketen artean adostasuna dago, garuneko paralsiaren diagnostikoa diagnosi-tresna bakar batean baino aurkezpen klinikoan oinarritzen dela. Halaber, ikerketak bat datoz historia klinikoa, neuroirudia eta ebaluazio motore/neurologiko estandarizatuak konbinatzearen gomendatzearekin garuneko paralsiaren diagnostiko goiztiar eta zehatza egiteko. Teknologiaren bitarteko motore/neurologikoaren ebaluazioa etorkizun handikoa dirudi, baina oraindik balioztatu ez den tresna da.

5. Ondorioak

Gaur egun ez dago protokolo terapeutiko bateratu eta eraginkorrik SBA duten paziente guztientzat. Hori lotuta egon daiteke SBAREN historia naturala argi definitu ez izanarekin. Litekeena da plazebo-efektuagatik hobetzea.

6. Bibliografia

- Parra Martínez MH. El Síndrome de boca ardiente: revisión de la literatura. Acta odontológica Colombiana 2013; 3 (2): 119-128.
- Casariego ZJ. Síndrome de boca ardiente. Avances en odontoestomatología 2009; 25 (4): 193-202.
- Silvestre FJ, Silvestre-Rangil J, López –Jornet P. Rev Neurol 2015; 60(10):457-463.
- Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J, Rodríguez de Rivera Campillo ME. Síndrome de ardor bucal: Actualización diagnóstica y terapéutica. Av. Odontoestomatol 2008; 24 (5):313-321.
- ChimenosKüstner E, Arcos-Guerra C, Marques –Soares MS. Med Clin (Barc). 2014; 142 (8): 370-374.
- Blanco Carrión A, Otero Rey E. Patología oral asociada a la sequedad bucal. Av.Odontoestomatol 2014; 30 (3): 129-133.

Osasun mentaleko erizainen lana botiketarik haratago

The work of mental health nurses beyond pharmaceuticals

Maria Milagros Amundarain Lejarza, Ainara Uribe Alkorta ⁽¹⁾, Margarita Diaz Sanz ⁽²⁾, Ana Merino Rodriguez ⁽³⁾ eta Paloma Atela Urquijo ⁽⁴⁾

Osakidetza. Durango OMZ ⁽¹⁾

Osakidetza. Ajuriagerra OMZ ⁽²⁾

Ezkerraldeko erizaintzako gainbegiralea ⁽³⁾

Barrualdeko erizaintzako gainbegiralea ⁽⁴⁾

mariamilagros.amundarainlejarza@osakidetza.eus

1. Sarrera

Osasun-arloan atxikidura farmakologikoak eta ez-farmakologikoak duten garrantzia egindako eta egiten diren ikerketa kopuruan erakusten da.

Atxikidura eta betetze terapeutikoa ez dira gauza bera. 2001an, OME-Osasunaren Mundu Erakundeak honela definitu zuen atxikimendu terapeutikoa: "Pertsona baten jokabidea, medikazioa hartzeari, dieta baten jarraipenari edo bizi-ohituen aldaketari dagokionez, bat dator profesional sanitarioarekin adostutako gomendioekin".

Betetze terapeutikoa pertsonaren jokabide pasiboa eta osasun profesionalaren jokabide aktiboa barneratzen ditu. Tratamenduarekiko atxikidura aldiz, dinamikoa eta konplexua da, eta faktore askoren eragina du, hala nola: sozioekonomikoak, osasun-laguntzarekin lotutakoak, gaixotasunarekin lotutakoak, tratamenduarekin lotutakoak eta pazientearekin lotutako faktoreak.

2. Helburuak

Durangoko Osasun Mentaleko Zentroko erizainek tratamendu ez-farmakologikoaren atxikimenduan duten lana erakustea.

3. Metodoak

Durangoko OMZ-Osasun Mentaleko Zentroan lan egiten duten OM-Osasun Mentaleko erizainek buruko nahasmendu larria eta beste arazo mentalak dituzten pertsonak tratatzen dituzte. Tratamendu horren barnean botiken hartzeaz gain, autozainketak lantzen dira (elikadura, loa, higiena, jarduera fisikoa, eta abar).

OMEk jarduera fisikoaren abantaila hitz egiten du eta adinaren araberako gomendioak ematen ditu. Horren harira, OMZtan hainbat jarduera egiten dira ariketa fisikoa sustatzeko. Alde batetik, Athletic fundazioarekin eta eguneko ospitalearekin batera, gaixo talde batek ordu bete astean ariketa fisikoa egiten du; eta bestaldetik, beste batzuek, Durango eta Durangaldeko Mugiment ekimenarekin.

Maria Milagors Amundarain Lejarza, Ainara Uribe Alkorta, Margarita Diaz Sanz, Ana Merino Rodriguez eta Paloma Atela Urquijo

Erizainek OMZko profesionalak ariketa fisikoko ekintzetara deribatutako pertsonen jarraipena egiten dute ekintza azaldu, balorazioa eta deribazioa egin ondoren.

4. Emaitzak

OMko erizainek jarduera fisikoaren inguruko ekintzak koordinatu eta sustatu dituzte azken bi urteotan.

Athletic Fundazioarekin eta Durangoko eguneko ospitalearekin batera egindako asteroko ekintzan buruko nahasmendu larria duten 12 pertsonen parte hartu dute.

Mugiment ekimenera 34 pertsona deribatu dira, zazpik atzera egin dute arrazoi desberdinengatik.

Erizainek egindako koordinazio eta ebaluaketa batzarretan ekimen bietan jendeak adierazitako gogobetetasuna nabarmendu dute.

5. Ondorioak

Jarduera fisikoak ongizate fisiko eta mentalean eragin onuragarria du. Pertsona batzuek beren kabuz egiten dute ariketa baina beste batzuek suspertzea behar dute eta horretan OMko erizainak funtzio garrantzitsua dauka.

6. Bibliografia

- Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. (2004). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/327897>

Hauskortasun Multidimentsionalaren Eskala: Hauskortasuna ebaluatzeko tresna berri baten egitura faktoriala eta fidagarritasuna

Multidimensional Frailty Scale: Factor structure and reliability of a new frailty assessment tool

Joanes Lameirinhas Ortuoste, Igone Etxeberria Arritxabal eta Arantxa Gorostiaga Manterola

UPV-EHU. Psikologia Fakultatea. Psikologia Klinikoa eta Osasunaren Psikologia eta Ikerketa Metodologia Saila

joanes.lameirinhas@gmail.com

1. Sarrera

Hauskortasuna faktore estresagarri endogeno eta exogenoekiko zaurgarritasun-egoera gisa definitzen da, zeinak osasun-ondorio kaltegarriak sufritzeko arriskua areagotzen baitu. Hauskortasuna ebaluatzeko hainbat tresna eskuragarri dauden arren, oro har, ez dituzte konstruktuen dimentsio guztiak barne hartzen eta, gainera, ez dute propietate psikometriko egokirik erakutsi. Bestalde, egun ez dago hauskortasunaren ebaluaziorako euskaraz baliozkotutako tresnarik. Gabezia horiei erantzuna emateko, HME-Hauskortasun Multidimentsionalaren Eskala egin zen, 65 urtetik gorako pertsonengan hauskortasunaren dimentsio fisikoa, kognitiboa, afektiboa, soziala eta ingurumenekoa ebaluatzeko.

2. Helburuak

Ikerlanaren helburu nagusia HMEren egitura faktoriala aztertzea zen. Halaber, ingurune-hauskortasunaren egokitasunari buruzko eztabaida dela eta, dimentsio hori barne hartzen zuten eta ez zuten eredu faktorialen doikuntza estatistikoa konparatu zen.

3. Metodoak

Nafarroako eta EAEko 160 adineko parte hartu zuten, komunitatean zein egoitzetan bizi direnak, eta 65 eta 96 urte artekoak ($B = 73$; $DT = 7,18$). Partaideek HMEren behin-behineko bertsioa bete zuten. Bertsio horrek 51 item ditu, eta 4 puntuko Likert-eskala batean erantzuten dira (non, 1 = Inoiz edo ia inoiz ez; eta 4 = Beti edo ia beti). Berrespenezko faktore-analisiaren bitartez zenbait eredu faktorial kalkulatu ziren. Datu-analisiak Mplus 7.31 softwarearekin egin ziren.

4. Emaitzak

Emaitzek erakutsi zuten dimentsio bakarreko ereduak izan zirela doikuntza okerreza izan zutenak, bai ingurune-dimentsioko itemak barne hartuta, bai horiek kanpoan utzita. Aitzitik, doikuntza onena agertu zuen ereduak 4 faktoreko ereduak izan zen (fisikoa, kognitiboa, afektiboa eta soziala), nahiz eta 5 faktoreko ereduak (ingurunekoa gehituta) ere doikuntza egokia aurkeztu zuen. Barne-trinkotasunaren indizeak (Cronbach-en alfak) 0,89, 0,89, 0,92, 0,90 eta 0,67 izan ziren bost dimentsioetan, hurrenez hurren.

5. Ondorioak

Ikerlan honen emaitzek hauskortasunari ikuspegi multidimentsional batetik heltzeko beharra mahaigaineratzen dute. Dimentsio bakarreko ereduak ez bezala, 4 eta 5 dimentsioko ereduak doikuntza egokia agertu dute. Eduki-baliozkotasunaren ikuspuntutik, hauskortasunaren ebaluazioan ingurune-hauskortasuna barne hartzea proposatzen dugu, hauskortasun-egoeraren ebaluazio osoagoa eta zehatzagoa bermatzearren. HME helburu horretarako eraiki zen, eta lortutako barne-trinkotasunaren indizeek eta faktore-egitura sendoek iradokitzen dute tresna baliagarria eta fidagarria izango dela hauskortasun multidimentsionala ebaluatzeko.

6. Bibliografia

- Bessa, B., Ribeiro, O., eta Coelho, T. (2018). Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.005>
- Buta, B. J., Walston, J. D., Godino, J. G., Park, M., Kalyani, R. R., Xue, Q.-L., Bandeen-Roche, K., eta Varadhan, R. (2016). Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing Research Reviews*, 26, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.12.003>
- Chu, W., Chang, S.-F., eta Ho, H.-Y. (2021). Adverse health effects of frailty: Systematic review and meta-analysis of middle-aged and older adults with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 18(4), 282–289. <https://doi.org/10.1111/wvn.12508>
- De Donder, L., Smetcoren, A.-S., Schols, J. M. G. A., van der Vorst, A., eta Dierckx, E. (2019). Critical reflections on the blind sides of frailty in later life. *Journal of Aging Studies*, 49, 66–73. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100787>
- Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A. X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L., Yanguas, J., eta Millán-Calenti, J. C. (2019). Cognitive frailty: A conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, 121, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.006>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., eta McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gobbens, R. J. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., eta Schols, J. M. G. A. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14, 175–181. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6>
- Lameirinhas, J., Gorostiaga, A., eta Etxeberria, I. (2024). Definition and assessment of psychological frailty in older adults: A scoping review. *Ageing Research Reviews*, 100, 102442. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102442>
- Munduko Osasun Erakundea. (2015). World report on ageing and health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Muñiz, J., eta Fonseca-Pedrero, E. (2020). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Sutton, J. L., Gould, R. L., Daley, S., Coulson, M. C., Ward, E. V., Butler, A. M., Nunn, S. P., eta Howard, R. J. (2016). Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 16, 55. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0225-2>

Bigarren motako diabetesean depreskribatzea posiblea da

Deprescription in type 2 diabetes is possible

Pili Carmona Oyaga, Pedro Gemio Zumalave, Jon Ander Illodo Becerra, Estibaliz Picaza Iturricha, Yuriy Viseda Torrellas eta Olatz Ibarra Barrueta

Osakidetza. Galdakao-Usansolo Unibertsitate Ospitalea. Farmazia Zerbitzua

mariapilar.carmonaoyaga@osakidetza.eus

1. Sarrera

Bigarren motako diabetes mellitus (DM2) diagnostikatuta duten adineko pertsonak, ez dute zertan kontrol glukemiko hain zorrotza jarraitu behar zenbait irizpide betetzen dituztenean (hauskortasuna, dementzia, bizi-itxaropen mugatua, pluripatologia...)1 helburu terapeutikoa %7,5-8 beherakoa izanik.

2. Helburuak

Tratamendu antidiabetikoaren desintentsifikazio-proposamena egin eta onarpena neurtu. Desintentsifikazio-proposamenak onartuta dituzten egoiliarrei 4-6 hilabetetan jarraipena egin.

3. Metodoak

Ospitaleko farmazia-zerbitzu bati atxikitako 8 egoitzetan egindako azterketa deskribatzaile bat da. Historia kliniko elektronikoa berrikusi behar izan dira inklusio-irizpideak betetzen zituzten egoiliarretan (>70 urte, DM2, antidiabetikoak edukitzea, Hemoglobina glikosiltua (HbA1c) < %7 eta endokrinologiako zerbitzuaren jarraipenik ez izatea) eta ondoren, egoiliar horien jarraipena egin zen.

Aldagaiak: adina, sexua, tratamendu antidiabetikoa, dementzia, komorbilitate-kopurua, GIT-Glomerularren Iragazte Tasa, HbA1c aurre eta desareagotu ostekoa.

Excel bidez aztertu ziren datuak.

4. Emaizak

DM2ren aurkako tratamendua zuten 130 egoiliarretatik, 77k inklusio-irizpideak betetzen zituzten. Berrikuspen sakona egin eta gero 66 egoiliarrei tratamendua desareagotzea gomendatu zitzaion. 34 (%51,5) emakumeak, batez besteko adina $84,03 \pm 6,81$, 40 (%60,6) demenziadunak, 44 (%66,6) 5 komorbilitate edo gehiago zituzten eta batez besteko GIT eta HbA1c $67,22 \pm 19,37$ eta $6,2 \pm 0,58$ izan ziren, hurrenez hurren.

Gomendioak (n): dosia murriztu (43), botika bat kendu (10), bi botika kendu (1), 3 farmako gabe utzi (1) eta tratamendu osoa bertan behera utzi (11) izan ziren. Eta onarpena %89,4koa (59) izan zen.

Desareagotzearen aurretik, farmako antidiabetikoen batez besteko kopurua $1,66 \pm 0,97$ izan zen, eta, desareagotzearen ondoren, $1,17 \pm 0,91$.

Pili Carmona Oyaga, Pedro Gemio Zumalave, Jon Ander Illodo Becerra, Estibaliz Picaza Iturricha, Yuriy Viseda Torrellas eta Olatz Ibarra Barrueta

Desintentsifikatu eta 4-6 hilabetera 43 pazienteren jarraipena egin ahal izan zen (4 egoiliar hil ziren eta 12tan oraindik ez dago HbA1c-ren emaitzarik). Desareagotzearen ondoren, HbA1c batez bestekoa %6,49 (%4,8-8,7) izan zen, 4 pertsona bakarrik helburu terapeutikotik kanpo.

5. Ondorioak

Farmazia-gomendioen onarpen-ehunekoa handia izan da eta pazientearen segurtasuna hobetzeko aukera bat izan da. Izan ere, ia paziente guztiak (%90,7) helburu terapeutikoaren barruan mantendu direlako eta farmakoen kopurua murriztu delako. Eta honen ondorioz, kontrako efektuak eta interakzio farmakologikoak murrizten dira..

6. Bibliografia

- Diabetes práctica 2023: 14(02):37-75. doi: 10.52102/diabet.pract.2023.2.art3
- 2022ko irailean zabaldu zen SENDAGAIK ZENTZUZ ERABILTZEKO GOMENDIOEI buruzko oharra:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/uso_responsable_medicamentos/eu_def/adjuntos/8-B-hipoglucemiante.pdf

Euskal nerabeen elikadura emozionalean eragiten duten faktore psikologiko eta familiarrak

Psychological and family factors influencing emotional eating among Basque adolescents

Itziar Alonso-Arbiol, Joana Gómez-Odrizola, June Vacas, Jara Mendia, Aitziber Pascual, Miriam Gallarin, Susana Conejero, Bárbara Torres-Gómez⁽¹⁾ eta Paula Campos-Reicheneder⁽²⁾

UPV-EHU, Psikologia Fakultatea ⁽¹⁾
Regensburg Unibertsitatea, Alemania ⁽²⁾

itziar.alonso@ehu.eus

1. Sarrera

Elikadura emozionala emozioek eragindako jateari dagokio. Jokaera nahiko ohikoa da (Barnhart eta beste batzuk, 2021) eta elikadura-nahasteen iragarle esanguratsua da (Reichenberger eta beste batzuk, 2020). Nerabeen elikadura emozionalaren jokabideak ulertzen laguntzen duten faktoreak aztertzea funtsezkoa da (Braden eta beste batzuk, 2021) gazteek aurre egin behar dieten osasun-mentaleko erronkei heltzeko eta beharrezko prebentzio-planak gauzatu ahal izateko.

2. Helburuak

Familia-aldagaiak (gurasoen kontrol psikologikoa) eta aldagai psikologikoak (auto-errukia) nola lotzen diren nerabeen elikadura emozionalarekin aztertzea, genero-desberdintasunak kontuan hartuta.

3. Metodoak

Ausaz hautatutako Euskal Autonomia Erkidegoko ikastetxeetako 980 gaztek parte hartu zuten (%53 neskak), 13 eta 17 urte bitartekoak ($M = 15,32$; $SD = 0,93$). SPSS 28.0 erabiliz, batez bestekoen arteko aldeak aztertu ziren generoaren araberrako aldaketak ebaluatzeko; bestalde, programa erabili zen bitartekotza estatistikoko ereduak planteatzeko.

4. Emaitzak

Neskek joera handiagoa azaltzen dute elikadura emozionalean; mutilek, berriz, auto-errukiaren maila handiagoa dute. Emaitza hauek generoaren araberrako erregulazio emozional ezberdina adierazten dute. Gainera, amaren kontrol psikologikoaren eta elikadura emozionalaren arteko harremanean auto-errukiaren bitarteko efektua identifikatu zen. Bitartekotza-efektu horrek, mutilen artean, elikadura emozionalaren bariantzaren %30 inguru azaldu zuen, eta nesken artean, berriz, %24. Honek iradokitzen du amaren kontrol psikologikoak elikadura emozionala iragartzen duela auto-errukiaren murrizketaren bidez.

Itziar Alonso-Arbiol, Joana Gómez-Odriozola, June Vacas, Jara Mendia, Aitziber Pascual, Miriam Gallarin, Susana Conejero, Bárbara Torres-Gómez eta Paula Campos-Reicheneder

5. Ondorioak

Etorkizuneko esku-hartze psikologikoetan oso garrantzitsua da gurasoen dinamikei eta norbanakoen arteko desberdintasunei heltzea, nerabeen osasun emozionala hobetzeko. Ikerketa honek nerabeei laguntzeko estrategia pertsonalizatuagoak eta eraginkorragoak sortzeko ikuspegi integrala eskaintzen du.

6. Bibliografia

- Barnhart, W. R., Braden, A. L. eta Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotionaleating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite*, 158, 105038. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105038>
- Braden, A., Anderson, L. N., Redondo, R., Watford, T., Emley, E. eta Ferrell, E. (2021). Emotionregulationmediatesrelationshipsbetweenperceivedchildhoodinvalidation, emotional reactivity, andemotional eating. *Journal of Health Psychology*, 26(14), 2937-2949. <https://doi.org/10.1177/1359105320942860>
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A. K. eta Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individual sand patients with an eating disorder: Evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 290-299. <https://doi.org/10.1017/S0029665120007004>

Depreskripzioa

Deprescription

Itxasne Lekue Alkorta

Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESiko Lehen Arretako farmazialaria

itxasne.lekuealkorta.osakidetza.eus

1. Azalpena

Medikazioa osasuna hobetzeko medikuntzan gehien erabiltzen den esku-hartzea da. Hala ere, polifarmacia-arrisku hauek areagotzearekin ere lotzen da: ondorio kaltegarriak, interakzioak, tratamenduarekiko atxikipen txikiagoa, ospitaleratze gehiago, hilkortasun handiagoa eta kostuen handitzea. Polimedikazioak garrantzi berezia hartzen du paziente nagusien kasuan, aurkako erreakzioak izateko arrisku handiagoa dutelako, aldaketa fisiologikoak, ahultasuna eta komorbilitatea direla eta.

Terapia farmakologikoa optimizatzeko eta sendagaien erabilerak ekar ditzakeen arriskuak saihesteko hainbat esku-hartze daude. Paziente nagusi polimedikatuei dagokienez, erabakiak hartzen laguntzeko sistema elektronikoen eta farmazia-arretak preskripzio desegokia eta sendagaiei lotutako arazoak murriztea lortzen dutela erakutsi dute. Farmazia-arreta hau hainbat esparrutako (lehen mailako arreta, centro soziosanitarioak, kanpoko kontsultak, ospitalea) profesional klinikoekin elkarlanean medikazioa berrikustean datza.

Pertsonarengan oinarritutako preskripzioa arreta hobetzeko eredu gisa proposatu da, batez ere multimorbilitatea duten pazienteen tratamendu farmakologikoari lotutakoa. Eredu honek ebaluazio multidimentsional bat proposatzen du (gaixotasunak, eboluzio klinikoa, sintomak, faktore sozioekonomikoak, kalteberatasuna, faktore kulturalak). Diziiplina anitzeko talde batek gauzatzen du, eta pazientearen lehentasunak txertatzen ditu, plan terapeutikoa eta pertsonaren osasuna hobetzeko aukera emanez. Preskripzio hau zentzuzkoa izan behar da. Horretarako beharrezkoak dira pazientearen helburu terapeutiko globalak identifikatzea, testuinguruan kokaturiko balorazioa egitea, osasun-arazo nagusiak ezagutu eta bakoitzaren lehentasuna erabakitzea, eta pazienteak hartzen dituen sendagai guztien zerrenda eguneratua izatea. Egokiena aldi behin medikazioa berrikustea da, eta hau sistematikoki egitea.

Medikazioaren azterketa egituratua errazteko hainbat algoritmo eta tresna daude. Tailerrean berrikuspenaren etapak azalduko ditugu eta kasu praktiko bat egingo dugu Europako Geriatria Elkarteak 2023an proposatutako STOPP-START irizpideekin. Irizpide hauek fidagarriak dira eta praktikan ezartzeko errazak. 65 urtetik gorako pertsonetan desegokiak izan daitezkeen preskripzioak antzematen laguntzen digute. Patologia edo egoera kliniko jakin batzuetan sahiestu behar diren medikamentuak ere detektatzen dituzte.

2. Bibliografia

- Mikel Baza Buena, Arritxu Etxeberria Agirre, Leire Gárate Sacristán, Ander López de Heredia Gutiérrez eta Nekane, Jaio Atelae. Actualizando la práctica asistencial: prescripción centrada en la persona. FMC. 2024;31(6):291-304.
- Eva Delgado-Silveiraa, María Dolores Molina Mendoza, Beatriz Montero-Errasquín, María Muñoz García, Erick Arturo Rodríguez Espeso, Manuel Vélez-Díaz-Pallarés eta Alfonso José Cruz-Jentoft. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología 58 (2023) 101-407
- Revisando la medicación en el anciano: ¿Qué necesito saber?. INFAC. Vol. 23. N°2 (2015)

Hitzaldia: Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea

Pentsamendu klinikoa euskaratik sortua

Clinical thinking from the Basque language perspective

Idoia Agirre Lasarte

Psikiatra

idoia.agirrelasarte@osakidetza.eus

1. Azalpena

Historia klinikoa euskaraz egitea aspalditik dugun kezka da. Gaur egun adimen artifizialak euskaraz idatzitakoa gaztelerara itzultzen du. Eta nahi izanez gero, gazteleraz idatzitakoak ere euskaratzen ditu. Bat-batean historia kliniko guztiak euskaraz irakurtzea den ametsa egi bihurtzen da adimen artifizialari esker.

Hala ere, gure eguneroko jarduera klinikoan errealitate linguistikoa beste bat da. Pazienteekin ahozko harremana euskaraz denean ebolutiboak gazteleraz idazten ditugu, ia gehienetan. Ahozkoa euskaraz eta idatzizkoa erdaraz.

Eguneroko errealitateak galdera hau planteatzen digu: zergatik ez dugu historia klinikoa euskaraz idazten?

Hasteko, egoera hau ulertzeko soziolinguismora jo behar dugu. Joxe Manuel Odriozola pentsalariak (2017) hau dio: "Kultura idatziaren aroa da industrializazioaren eta modernizazioaren eraginez taxututako gizarte ereduak. Eta gizarte modernizatu horren lehen eskakizuna alfabetatzea da: hain zuzen, ahozko kultura etnikotik idatzizko kultura nazionalera egin behar den jauzi horretan oinarritako baldintza da. Identitate etnikoa-folklorikoa, tokikoa, ahoz mintzo da; nazio identitatea idatziz ere bai.

Haurren eta gazteen pikiatriako taldean lan egiten denean batipat, hizkuntza-komunikazioa erdigunean dago. Hizkuntza mundua adierazteko era da eta mundua ulertzeko modua eta munduaren moldea. Hizkuntza pentsamenduaren bidea da eta haren bidez norbanakoaren zailtasunak eta gatazkak adierazten ditu.

Psikiatriaren eremuan haurren eta helduaren bizipenak norbanakoak dira, norberak berea eta bere hizkuntzan modu jakin batean adieraziko du. Hizkuntzak pentsamenduen arteko lotura-lana egiten du eta horregatik ere garrantzitsua da hizkuntza eta hizkera kontuan hartzea.

Hizkuntza mundua adierazteko era da, mundua ulertzeko modua eta munduaren moldea ere bai. Hizkuntza pentsamendua egituratzeko bidea da. Hizkuntza bakoitzak ditu bere hitz-sare propioak, metonimiaz eta metaforaz osatutako sare esanguratsuak, norbanakoak bere esperientziaren arabera osatuko dituenak. Irati Jimenez idazleak halaxe adierazten zuen "Berria" egunkariko elkarrizketa batetan: "euskalduna naiz eta niretzat mina hitza entzuteak piperminaren ziztada ekarriko dit edo eta, maiteminauren taupada edo baita ere minbiziaren ikara".

Aipatu dugu honezkero euskaldunen eskubidea osasun-zentruetan. Euskararen hautua egin dutenen erregistroa asko handitu da eta handituko dela ematen du. Pazienteen eskubidea da euskaraz arreta egokia jasotzea, gaztelaniaz jasotzen duten neurrikoa.

Soziolinguistikarekin jarraituko dugu. Egunero bizitzan bezala lanean ere elebidunak gara. Eta lanerako behar dugun gaitasun komunikatiboaren iturrian dagoen kapital linguistikoak baldintzatzen

Idoia Agirre Lasarte

du gure trebetasuna.

Helburua ez da elebitasun orekatu eta simetrikoa. Ezinezkoa iruditzen zait erabat elebidun izatea, ez bada afektibotasuna erabat ukatuz. Helburua besterik da: bere kulturaren sakon errotutako norbanakoa sortzea eta bere kulturaren jakite zabala izatea (NGEH, 86 or.)

Historia klinikoa idaztean pentsamendu klinikoa sortzen ari gara: subjektiboa, sortzailea, eta komunikatzeko pentsatua da. Hizkuntza bakoitzak bere esamolde eta adierazpen-moduak ditu. Idatziko lanak ahozkotasanari eransten diona elaborazio maila konplexuagoa da. Horretaz gain transmisiorako balioko digu, beste osasun-langileek irakurtzeko moduan idatziko dugu.

Psikiatriaren eremuan, haurren eta helduen bizipenak norbanakoak izango dira, norberak berea eta bere hizkuntzan modu jakin batean emango duena. Guri dagokigu klinikoak garen neurrian kapital hori jasotzea eta geure hizkuntza eta sentimenduekin pentsamendu berri bat sortzea gaixoei batera. Hizkuntzak pentsamenduen arteko lotura-lana egiten du eta horregatik ere garrantzitsua da hizkuntza eta hizkera kontuan hartzea.

Beraz, zergatik ez dugu klinika euskaraz idazten?

Euskaraz ditugun hizkuntza-gaitasunekin ez gara fiatzen. Akatsak egiteko kezka daukagu. Esan bezala, gure lan taldean, guztiok daukagu batez beste euskarazko hizkuntza-gaitasuna. Baina beste hizkuntza hegemonikoen marmarra entzuten dugu gure baitan. Errealitatea da: beste hizkuntza horiek erabiliagoak, ezagunagoak, osatuagoak dira. Hiztun kolonizatuak gara, hau onartzea kostatzen bazaigu ere.

Ainize Madariaga antropologoak eta kazetariak tesia egin zuen hizkuntza baztertzea behartuta izan zen haur baten inguruan. Laurogeigarren hamarkadan gertatu zen, Ipar Euskal Herrian. Gerora gizon honek nahaste afektiboa izan zuen bere lanean eta familia-harremanetan. Psikoterapeuta batekin tratamenduan zegoelarik lotura egin ahal izan zuen txikitan bizitutako bortxa-egoera eta helduaroko ezintasunaren eta ondoezaren artean. Batz bestea guztiok dugu zauri-linguistikoa eta hori ekiditen saiatzen gara, euskara baztertzen dugunean besteekin komunikatzeko.

Kontzientzia hori ez badugu eta Estatu plurinazional batetako osasungintzan ari garen neurrian, guk ere jarrera asimilataileak izan ditzakegu, euskararekiko baztertzailleak direnak. Izan ere, giza-kulturaren aniztasun linguistikoa erazteko arriskua beti ere hor dago.

Adibide bat jarriko dut: Adimen urritasuna zuten haurren familiei seme-alabei erderaz hitz egitea gomendatu izan zaie, etxeko hizkuntza alboratuz. Mezua inplizitua ondokoa izanik: Zure haurra laguntzeko gai direnak erdaldunak dira. Hizkuntza aniztasuna "negatiboa den zerbait delako" estatu hegemonikoen altzoan goxo bizi direnentzat. Gaur egun ere aniztasun horren kontra egiten da mediku euskalduna eta erdalduna kontrajarriz.

Zergatik tematzen gara euskaraz idazten?

Galde egin dezaioket nire buruari. Nik argi daukat nerretzat euskaraz idaztea behar bat dela, pentsamendua garatzeko behar dudalako, lehen esan bezala idazkerak elaborazio eta diskriminazioa maila eskatzen duelako. Beharra asetuta atsegin-iturria da, indarberritzea eta komunitatearen balioa berrestea eta egun mugak onartzea.

Joxe Mari Odriozolak dioenarekin bat egiten dut: Identitate historiko etnokulturala -demagun folklorikoa, lokala- berrinterpretatzeko eta, aldi berean, paradigma nazionaletan kokatzeko ardurak daukagu. Aurretik inoiz izan ez duten esanahi politiko, nazional berri bat itsatsi behar diogu hizkuntzari eta Etxeparek esan bezala osasun-kultura aberasteko erabili, plazara eta liburuetara jalgiz araziz.

Adimen artifizialak bere zeregina du. Baina adimen emozionala da euskararekiko ditugun konplexuak eta ezinak gainditzeko behar duguna.

Zer behar dugu helburua lortzeko?

Beharrezkoa da oinarri instituzionala, eta osasungintza instituzionalean motel doa. Gizarteak eskubide hori aldarrikatzen du. Horren adierazle da azken urtetan euskaraz artatuak izateko eskaeraren jarraiako igoera. Eta azkenik euskararen estatus juridikoa eta hizkuntza-politika hartu behar ditugu kontuan.

Osakidetzak zein Mediku Elkargoak "Ebolutiboak euskaraz" izeneko ikastaroak antolatu izan ditu. Bertan egonda, konturatu gara ikasi behar dugula euskaraz gauzak modu egokian idazten eta nola, nahigabe, erdaratik itzulpen mentalak egiten ditugun. Euskarak bere leku propioa egin behar du, eta hori guk egin behar dugu. Euskararen eboluzioa izango da hori. Horretan lagunduko digu Itzulbide adimen artifizialak.

Gero ere, Osakidetzan ebolutiboak euskaraz idazteko ez dugu horretarako dauden laguntzak erabiltzeko aukerarik izan, Xuxen moduko zuzentzailea, hain zuzen.

Lehenago esan bezala historia klinikoa eta ebolutiboak idaztea testu bat sortzea da, pazientearekin izan dugun orotariko komunikazioa jasotzeko eta erizpide klinikoak egiteko. Horretarako euskalduna den klinikoak eginikoa denez, besteen begiradetatik libratu behar du. Jose Manuel Odriozola soziolinguistak ekimen honi autozentratzea deitzen dio: Bere nortasunean eta duintasunean zentratu beharra dauka norberak, batez ere gutxiogotasunaren sentiera-piakiak barrutik jango ez badu. Gainerakoan, badakigu, autoetnozidiorako ateak alde alde zabaldu ohi direla (Jose Manuel Odriozola, 2010)

Gaur egungo egoeratik aurrera egiteko ulertu beharrekoak dira inertiak. Ainize Madariaga antropologoak (2018) egindako ikerketa lanean dio hizkuntza-jarreraren inertziaren indarraz ohartu behar dugu: inertiak eramaten gaitu bide nagusitik, alegia, esfortzu gutxiena eskatzen digun hartatik. Inertzia da emozio gabeko gunea, halako no man's land bat". Soziolinguistikoki inertiak ez dio aldaketari atea zabaltzen. Baina funtsezkoa da azpimarratzea inertzia alda daitekeela, kostata, baina alda daitekeela.

Gaurko ekimenak balio dezake aztertzeko zertan gauden inertzia mailan eta indar mailan, hortik aurrera aldaketak nondik nora egin daitezken ikusteko. Kezkagarria da unibertsitatean euskaraz ikasi duten langileek halako erresistentzia edukitzea euskara aritzeko historia klinikoa idazterakoan.

Estimuluak behar ditugu. Gure artean ere harro sentitu behar dugu euskaraz idazten, hobe idazten lagunduko digulako. Ebolutiboak gure artean transmisio-sarea osatzen dute eta beste idatzi batzuk egiteko materiala ematen digu. Etxean egindako lanak kanpora konfiantza gehiago edukita irten gaitzke. Baldintzak aldatzean datza; gutxiagotuak izateari utzi eta hizkuntza normalizatu bateko hiltun izaerara igarotzea, alegia.

Komunitate zientifikoaren garrantzia

Azkenik, euskaraz klinika egin eta transmititu nahi badugu, euskalduna den komunitate zientifikoa eta linguistikoa ezagutu eta erabili behar dugu eta gure artean behar bezala saretu.

Ematen du ez dugula azken hamarkadetan zenbait erakundek egin duten lana, hizkuntza teknika sortzen eta osatzen gure egin nahi. Iruditzen zait arreta gutxi jartzen diogula idatzizko euskal komunikabideetan argitaratzen diren zientzako lanei. Komunitatean gaude, eta guztion artean hizkuntza teknika sortzea, erabiltzea eta doitzea dagokigu.

Hizkuntzagintzan daudenekin harreman gehiago edukitzea, lexiko berria nola egin, zergatik hau edo beste hautatu. Eskertzekoa da UZEI taldeak urtetan hiztegitintzan egindako lana.

Batzutan ematen du, ez dakigula zer arraio egin euskararekin. Guraso izutuak gara adolezentearen aldaketa-nahiarekin. Zer egingo du? Norekin joango da? Zer berri ekarriko digu?

Esan nahi dudana argitzeko, Fernando Rey itzultzaileak (2014) idatzitakoa irakurriko dizuet. Aukeratu dudana puska honetan euskararen berrikuntzak sortzen dion "asalduraz" eta gogoetaz ari zaigu.

Idoia Agirre Lasarte

Hauxe dio:

“Itzulpenetan, euskara zentral samarra erabiltzen saiatzen naiz. Dena dela, aberasgarria da literaturarentzat eta euskara batuarentzat mendebaldeko zein ekialdeko moldeek ere tokia izatea. Jende gehiegiren gogoan, gipuzkera aberastu bat da euskara batua, eta, denon hobe beharrez, askoz ere gehiago da edo izan beharko luke.

“Haur psikiatra bat” aipatu zuen batek, eta salto moduko zerbait sentitu nuen bularrean. Badakit logika erabiliz gero ez dagoela nahasbiderik. Gizarte honetan adoleszentzia izugarri luzatzen ari den arren, haurtzaroa laburtzen ari den arren, badakit pixka bat pentsatuta ongi ulertu beharko nukeela, baina susmoa dut ez ote den gertatzen hark esan zuena: “beharrrik badakidan erdaraz; bestela ez nuke zure euskara ulertuko”.

“Infantil” adjektiboa agertzen den aldiro izen-elkarketaz eta “haur” hitzaz baliatzeko joera badagoela jakin ezean, ez da berehalakoan harrapatzen; ez nik, behinik behin.

Automatismo batzuk lagungarriak izaten dira, baina beste batzuek, jakina, kalte egiten dute. Bitartean nik –eta gehienok nik uste– nahiago dut deklinabide-atzizkiez baliatu. Naturalagoa egiten zait. “Haurrentzako parkea, haurren parkea”, edo “haurren psikiatra, psikiatra pediatrikoa...”.

Bakarren batek esaten zidan hori aise konpontzen dela marra erabilita (kirol-berriak, haur-psikiatra), baina elkarketa horiekin ohitu bitartean edo ditxosozko marra hori ahoskatzeko moduren bat asmatu bitartean, ni beste bideren bat bilatzen saiatuko naiz”.

Beraz, denon artean bidea asmatzen jarraituko dugu, galdera berriei erantzun sortzaileak emanaz.

2. Bibliografia

- MAdariaga Muthular, Ainize. (2018) Komunitatea hats-bahiturik, hiztunaren trauma: diagnosis eta paliatiboak, Udako Euskal Unibertsitatea, Bilbo
- Odriozola Lizarribar, Joxe Manuel (2017) Nora goaz euskalduntasun honekin?, Elkar, Donostia
- Rey Escalera, Fernando (2014) 31 eskutik bloga.

Hitzaldia: Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea

Itzulbide: osasun-txostenen itzulpen automatiko neuronal

Itzulbide: neural automatic translation of health reports

Olatz Perez de Viñaspre Garralda eta Maite Oronoz Anchordoqui

Hitz zentroa - Ixa taldea, UPV/EHU

olatz.perezdevinaspre@ehu.eus

1. Sarrera

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) euskaraz eta gaztelera hizkuntza ofizialaren estatusa dute, eta txosten ofizial guztiak bi hizkuntzetan argitaratzen dira. Osakidetza, EAEko osasun zerbitzu publikoa den heinean, Erakundearen txosten orokorrak bi hizkuntzetan argitaratzen dira. Hala ere, txosten klinikoei dagokienez, orain arte gaztelera izan da erabilitako hizkuntza nagusia. Oso ohikoa bihurtu da, paziente euskaldunak mediku euskaldunarekin ahozko komunikazioa euskaraz izatea, baina medikuak historial klinikoan idazten duen txostena gaztelera hutsean idaztea. Bi arrazoi nagusi aurki ditzakegu jokabide horren atzean. Alde batetik, Osakidetzak Historia Kliniko bateratua erabiltzen du, pazienteen asistentzia sanitarioa edozein zentroetatik bermatzea ziurtatzen duena, eta ondorioz, artatzen duen edozein medikuk edota erizainek izango dute pazientearen historia klinikora sartzeko aukera (euskalduna izan, edo ez). Bestetik, profesional sanitarioek urteak daramatzate (bizitza osoa, eta belaunaldiz belaunaldi) gaztelera idazten eta gaur egungo belaunaldi berriek euskaraz ikasketak burutzeko aukera badute ere, lan-mundura sartzen direnetik euskara idatzizko komunikazio teknikonik alboratuta aurkitzen dute, eta urtez urte, izan dezaketen ezagutza eta ohiturak ahaztuz doaz.

Hizkuntzen egoera normalizatu batean, ahozko komunikazioaren eta idatzizko erregistroen artean koherentzia egongo litzateke. Osakidetzako errealitateak baina, ez du euskararen erabilera normalizatu bat errazten eta, aldi berean, premiazkoa da euskara erregistro idatzian bere lekua aldarrikatu eta indartu dezan. Testuinguru honetan, hizkuntza-teknologiak eta adimen artifiziala baliatuz, euskara ulertzen ez duten osasun-profesionalentzat euskaratik gaztelaniara itzuliko duen itzultzaile automatiko baten garapena egin dugu, Osakidetzak, EHUKo Ixa taldeak eta Elhuyar Fundazioak elkarlanean.

2. Itzulbide prozesua

Itzulbide proiektua ikerketa gizarteratzen duen proiektu bat da. Proiektua Osakidetzak eta UPV/EHUKo Ixa taldeak elkarlanean hasi zuten 2019ko udan, Elhuyar bidelagun izanik. Lehenengo proiektu haren arrakastari esker, dagoeneko bigarren kontratu baten amaierako fasean sartuta gaude.

Lehenengo fasean, osasun-txosten elebidunen sorkuntza izan zen erronka nagusia eta sortutako baliabide hori baliatuz, itzultzaile automatiko neuronal baten garapena. Itzultzailearen helburu nagusia euskaraz idazten diren osasun-txostenak nahikoa kalitatez gaztelera idaztea izan da (eta ez hainbeste aurkako norantzan). Itzultzaile neuronalek adibide asko ikusi behar dituzte ondo itzultzen ikasteko, eta hori izan zen egiteko nagusia: osasun-profesionalak, boluntario gisa, hizkuntza batean idatzi, eta berau itzultzen aritu ziren hilabete luzez. Egindako esfortzu ikaragarriak, bere fruituak eman zituen, eta oso emaitza onak lortu genituen proiektuaren lehenengo fase hartan.

Olatz Perez de Viñaspre Garralda eta Maite Oronoz Anchordoqui

Gaur egungo bigarren fasean, hiru erronka nagusi izan ditugu mahai-gainean:

1. Aurreko fasean bildutako corpora handitzea eta hau baliatuz itzultzailea hobetzea.
2. Itzultzaile neuronalean gaixoaren sexuaren tratamendua lantzea eta osasun-terminologia txertatzea.
3. Itzultzailearen integrazioa Osakidetzaren baliabide informatikoetan. Lan informatikoaz gain, Elhuyarrekin eta Osakidetzako Euskara Zerbitzuarekin batera, osasunarekin lotutako hiztegia modu bateratuan kontsultatzeko interfaze bat garatu da.

3. Ondorioak

Itzulbide proiektuaren bigarren fasearen amaieran murgilduta gaude jada. Ikerketaren esparrutik generoaren tratamendua eta terminologia zehatza txertatzeko esperimentuak arrakastatsuak izan dira, eta gaur egun berauek azken sisteman txertatzeko lanetan murgilduta gabiltza.

Horretaz gain, Osakidetzaren baliabide informatikoetan txertatzeko lanek ere erritmo ona hartuta daukate, eta laster lehenengo probak egiten hasteko aukera izango dugu. Proba hauetan, integrazioa bera ebaluatu beharko dugu, eta jakina, itzultzaile automatikoaren kalitatea ere bai.

Ebaluazio horrek, Itzulbide proiektuaren etorkizuna definitzeko balioko digu, hobetzeko ildoak eta erabiltzeko gakoak guztion artean zehazten laguntzeko.

Hitzaldia: Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea

Historia klinikoa euskaraz: eskubidea eta beharra

Clinical History in Basque: right and necessity

Unai Larrinaga Torrontegi

Prebentzio Medikuntza espezialista

urtzilarrinagatorrontegi@osakidetza.eus

1. Azalpena

Komunikazio klinikoan hizkuntza parekidetasuna da kalitate berme gehien eskeintzen duen komunikazio mota^{1,2}. Alegia, osasungintzako langileria talde batek artatzen duen pazientearen hizkuntza bera erabiltzea segurtasun *gold standard* bat da. Irizpide hau sistemaren arreta-maila guztietan bete beharko litzateke. Edonon eta edonoiz.

Gaur egun, paziente euskaldunek ez dute eskubide hau bermaturik eta arestiko *gold standard* hau ez da betetzen. Hau da, paziente euskaldunek ezin dute euren hizkuntza erabili ahozko komunikazioan edota ez dute behar duten informazioa euskaraz jasotzen, ahoz zein idatziz. Ondorioz, euskara hizkuntza lehenetsia duten pazienteen kalitate bermea ez litzateke beteko; eta egoera horrek bereizkeria eragingo luke erdara (frantsesa Iparraldean edota gaztelera Hegoaldean) lehenetsia duten pazienteen kalitate-mailarekin alderatuz.

Euskaldunak diren osasun-profesionalak aurkituz, pazientearen eta talde asistentzialaren arteko ahozko hizkuntza euskara izan daiteke; baina maiz ikusten dugu ere egoera horietan informazio idatzia bakarrik erderaz eskaintzen zaiola pazienteari: baimen informatuak, proba osagarrien emaitzak edota informazio-orriak adibidez. Are gehiago, bakarrik erderaz jasotzen dugu informazioa bere historia klinikoan: formularioak, txostenak, aurre-idatziak, testu libreko bilakaera orriak...

Historia kliniko hau pazientearen osasun-biografia edota kontakizun patobiografikoa osatzen duten elementu deskriptibo eta baloratiboz osatuta dago; prozesu asistentzial guztien unean uneko egoera eta bilakaera azalduz. Osakidetza-mailan Osabide izeneko programa informatikoa da gaur egun historia klinikoa osatzeko erabiltzen dugun lanabesa, nahiz eta oraindik badauden gordeta paperezko historia klinikoak. Eta gauza berezi bat gertatzen da paziente euskaldunen artean: ahozko komunikazioa euskaraz bada ere, pazientearen hizkuntza lehenetsia ez dator bere historia klinikoan idazten dugun hizkuntzarekin bat.

Historia klinikoan dagoen informazioa hiru mekanismo juridikoren bitartez dago babestua: intimitatearen eskubidea, askatasun informatikoaren eskubidea eta datu pertsonalen babeserako eskubideen bitartez. Lehenengoa eskubide negatibo bezala ulertzen dugu: eskubidea betetzeko, “ez ekite” ekintza bat egon behar da (kanpo interferentziarik gabe babestuko da informazioa). Azken biak, aldiz, eskubide positibotzat hartzen dira: Estatu edota gainontzekoen aldetik ekintza behar da eskubidea bermatuta egon dadin.

Pazientea eskubide hauen titularra izatera pasatzen den momentuan, eskubide hauen bermean subjektu aktibo bihurtzen da eta datuen kudeaketa eta kontrola bere menpe daude (informazioa, onarpena, sarrera, ezeztapena, zuzenketa...). Halaber, eskubideen titulartasunaren ikuspuntutik, pazientea subjektu subjektibotzat hartzen da eta, ondorioz, datu horiek tratatzen dituztenak (historia klinikoan aldaketak egiteko eskumena duten osasun-profesionalak) titularrarekiko betebeharrak

Urtzi Larrinaga Torrontegi

dituzte bere autoderminazio informatiboaren defentsan³.

Historia klinikoa euskaraz idaztearen praktikotasunari dagokionez, posible dela erakusten diguten adibideak ditugu. Alde batetik, terminologia biomedikoa euskaraz ere erabil daiteke, eta zenbat eta gehiago praktikatua, orduan eta gehiago elikatuko dugu hiztegi biomedikoa. Izan ere, euskara beste hizkuntza bezain baliagarria da informazio biomedikoa erregistratzeko. Bestetik, badaude aurrerapausua eman duten profesionalak: fisioterapeuta, erizain laguntzaile, erizain, sendagile eta osasun-formakuntza espezializatua egiten ari diren kategoria desberdinetako egoiliarak. Osakidetzako Euskararen III Planak praktika hori aurreikusten du eta pazientearen segurtasuna kolokan jarri dezaketen mekanismoak jarri ditu martxan⁴: itzultzaile neuronalak, batik bat. Dena den, baliabide hauek ez dute paziente euskaldunen arreta euskaraz bermatzen eta, ondorioz, ez dute arestian azaldutako kalitate *gold standard*-a betetzen laguntzen. Are gehiago, ez dute historia klinikoa euskaraz lantzen duten profesionalen ongizana defendatzen; eta gaur egun ez dago babes-mekanismo argirik hauen aurkako jarreraren aurrean esku hartzeko edota hauek saihesteko⁵.

Labulbiduz, hizkuntza-parekidetasuna da eremu elebidunetako osasungintza-sistemen komunikazio-kalitate irizpiderik gorena baina ezaugarri hau ez da betetzen gure gizartean, euskara hizkuntza lehenetsia duten erabiltzaileek (pazienteek) ez baitute bermaturik euren hizkuntza-eskubideak. Aurrerapausoak egin behar dira ahozko zein idatzizko informazioa euskaraz jaso dezaten *gold standard*-a bete ahal izateko. Ahozko arreta euskaraz bermatzen den kasuen gehiengoan ere idatzizko informazioa erdaraz erregistratzen da historia klinikoa, eta praktika honek ez ditu betetzen pazientearen datu pertsonalak eta eurekiko duten autodeterminazio informatiboa betetzen. Gaur egungo praktika klinikoa historia klinikoa euskaraz idaztea errealitate bat da, bide hau lantzen ari den kategoria desberdinetako profesional kopuru zehazgabe bat baitago; baina ez dute babes mekanismo argirik hizkuntza-zapalkuntzak eragiten dituen bazterkeria kasuen aurrean.

2. Bibliografia

1. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998; 9:117-125.
2. Betancourt et al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*. Association of Schools of Public Health. 2003; 118: 293-303.
3. Seoane Rodríguez JA. ¿A quién pertenece la historia clínica? Una propuesta armonizadora desde el lenguaje de los derechos. *Derecho y salud DS*. 2002; 10 (2): 231-254.
4. Eusko Jaurlaritza. Osakidetzan Euskararen Erabilera Normalizatzeko III Plana 2022-2028. Hurrengo helbidean ikusgai:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_ii_euskara_plana/eu_def/adjuntos/Osakidetzan-Euskararen-Erabilera-Normalizatzeko-III-Plana.pdf
[2024/10/17an kontsultatua azkenekoz]
5. Ansa, A. Un médico de Aramaio denuncia coacciones de un facultativo por escribir en euskera. *El Diario Vasco*. 2023ko apirilaren 24a. Hurrengo helbide elektronikoa ikusgai:
<https://www.diariovasco.com/sociedad/salud/medico-aramaio-denuncia-coacciones-facultativo-escribir-euskera-20230424213353-nt.html> [2024/10/17an kontsultatuta azkenekoz].

Hitzaldia: Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea

Historia klinikoa euskaraz lortzeko pausoak: ebidentzia zientifikoa

Steps to wards a Basque Clinical History: scientific evidence

Adrian Unai Zelaia Arieta-Araunabeña

Osakidetza, Debarrena ESI

adrianunai.zelaiaarietaraunabena@osakidetza.eus

1. Aurrekariak

Pazienteen historia klinikoaren hizkuntza-aferra garrantzitsua izan ohi da lantokiko hizkuntza hegemonikoaren eta pazientearen hizkuntza parekotasuna falta den egoeretan. Hala nola, migranteen edo hizkuntza minorizatuen kasuan. Euskara hizkuntza ofiziala izan arren Euskal Herriko zati batean, zergatik eta paziente horientzako euskarazko historia klinikoa nola lortu beharko litzatekeen (edo nola ez) planteatu beharra dago. Oraingoz, mahai gainean eztabaidan dauden tresnak hizkuntza eskakizunak, zirkuitu elebidunak eta itzultzaile automatikoak dira.

Itzultzaile automatikoen zein gainerako erabilerari buruz existitzen den ebidentzia ebaluatzea eta historia klinikoa euskaraz lortzeko pauso eraginkorrak proposatzea da lan honen helburua.

2. Metodoak

Osasun-sistemetan itzultzaile automatikoen erabilerak ebaluatzen dituzten ikerketen bilaketan oinarritutako errebisioa, EAEko euskarazko arreta-eskaera eta hizkuntza-eskakizunen datu ofizialak erabili ditugu.

3. Emaitzak

Osasun-arloko komunikazioaren goldstandard-a hizkuntza parekotasuna da. Ez da itzultzaile automatikoetan soilik oinarrituriko egoera kliniko bat ezartzen, eta beren egokitasuna eta erabilgarritasuna beste inongo tresnarik ez dagoen aldietara mugatzen dute. Zirkuitu elebidunek esparru oso txikietan eta modu kontra-hegemonikoan euskarazko arreta orientatu arren, oraindik berauen estandarizazioa eta idatzizko ezarpena ez da eman.

4. Eztabaida

Itzulpen automatikoa ez daiteke gaitasun edota segurtasun kulturalaren estandarretan barnebildu, azken aukera gisa baino. Egun Osakidetzan dauden hizkuntza-eskakizunek ez dute euskarazko arreta eta historia klinikoa euskaraz bermatzen. Hizkuntza-eskakizunen areagotze edo unibertsalizazioa litzateke itxuraz pauso eraginkorra. bai historia klinikoa. bai arreta euskaraz ziurtatzeko berme bakarra. Bien bitartean, zirkuitu elebidunak alternatiba izan daitezke historia klinikoa euskaraz txertatzen hasteko.

Adrian Unai Zelaia Arieta-Araunabeña

5. Ondorioak

Itzultzaile automatikoek ez dute osasun-arretan beren kontura ezartzeko eraginkortasun, zehaztasun edo egokitasunik erakutsi. Hizkuntza-mugak direla eta, egungo goldstandard-ahizkuntza-parekotasuna da itzulpena baino.

6. Bibliografia

1. Zelaia A., Torrontegi U., Montes A. Itzultzaile automatikoak osasun-arretan: azterketa bibliografikoa. Osagaiz. 2021 – 5. bolumena – 1. zk.- 68.
<http://doi.org/10.26876/osagaiz.1.2021.352>
2. Osakidetzan Euskararen Erabilera Normalizatzeko III. Plana 2022 – 2028. Debarrena ESIko 2024 Urteko Kudeaketa Plana (UKP)

Aurkibide osoa

Editoriala

33. Osasun Biltzarra	5
----------------------------	---

Lehen mahai-ingurua: Min kronikoari aurre egiten

Botiketarik haratago	9
<i>Amaia Mendizabal Olaizola</i>	
Min kronikoa	17
<i>Maritxu Muñoa Capron-Manieux</i>	
Min kronikoa zelan kudeatu neurozientziaren ikuspegitik. Teoriatik praktikara: mugimendu askerako bidean	21
<i>Alazne Pinedo Otaola</i>	

Bigarren mahai-ingurua: Betiko gaixotasunak polifarmaziatik kanpo

Pertsonengan oinarritutako zaintza eredia lotura fisiko eta kimikorik gabe. Lotura kimikoak murriztea eta kentzea.....	25
<i>Ana Urrutia Beaskoa, Leire Diaz Silvestre eta Nere Urbina Sardina</i>	

Ahozko-komunikazioak

Heriotza eta doluaren prozesuei buruzko trilogia dokumental baten analisisa.....	33
<i>Iñaki Peña Bandres</i>	
D bitamina, botiketarik haratago.....	35
<i>Beñat del Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbietta, Adolfo Garrido Chercoles, Maria Eugenia Alkiza Eizagirre eta Mercedes Sota Busseto</i>	
Loaren kalitatea narriadura kognitiboaren prebentzioan eta tratamenduan aztertu beharrekoa.	37
<i>Miren Altuna Azkagorta, Maite García Sebastián, Jon Saldias Iriarte, Marta Cañada Rodríguez, Mirian Ecaz Torres eta Pablo Martínez-Lage Álvarez</i>	
Erizaintzako Zainketak: Ekografoaren erabilera autonomoa prebentzio neurri gisa.....	39
<i>Ana Catalina Sanchez, Izaskun Elustondo Oiarbide, Mainer Garmendia Goitia, Yolanda Alonso Soto eta Haizea Aranguren Irizar</i>	
Haurren garun-paralisia garaiz detektatzeko eskala eta tresna eraginkorrenen berrikuspen eta metaanaliak: berrikuspen sistematikoa.....	41
<i>Alicia Varas Meis, Itziar Alonso Arbiol eta Carmen Lillo Navarro</i>	
Kasu klinikoak: trigeminoaren neuralgia	43
<i>Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute, Maitena Urberuaga Ertze eta Sandra Ledesma Jorge</i>	
Kasu klinikoak: Aho suminduaren sindromea - kasu kliniko propioa.....	45
<i>Sandra Ledesma Jorge, Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute eta Maitena Urberuaga Ertze</i>	

Posterrak

Osasun mentaleko erizainen lana botiketarik haratago	47
<i>Maria Milagors Amundarain Lejarza, Ainara Uribe Alkorta, Margarita Diaz Sanz, Ana Merino Rodriguez eta Paloma Atela Urquijo</i>	
Hauskortasun Multidimentsionalaren Eskala: Hauskortasuna ebaluatzeko tresna berri baten egitura faktoriala eta fidagarritasuna	49
<i>Joanes Lameirinhas Ortuoste, Igone Etxeberria Arritxabal eta Arantxa Gorostiaga Manterola</i>	
Bigarren motako diabetesean depreskribatzea posiblea da	51
<i>Pili Carmona Oyaga, Pedro Gemio Zumalave, Jon Ander Illodo Becerra, Estibaliz Picaza Iturricha, Yuriy Viseda Torrellas eta Olatz Ibarra Barrueta</i>	
Euskal nerabeen elikadura emozionalean eragiten duten faktore psikologiko eta familiarak	53
<i>Itziar Alonso-Arbiol, Joana Gómez-Odrizola, June Vacas, Jara Mendia, Aitziber Pascual, Miriam Gallarin, Susana Conejero, Bárbara Torres-Gómez eta Paula Campos-Reicheneder</i>	

Tailerra

Depreskripzioa	55
<i>Itxasne Lekue Alkorta</i>	

Hitzaldia: Historia klinikoa euskaraz: beharra eta eskubidea

Pentsamendu klinikoa euskaratik sortua	57
<i>Idoia Agirre Lasarte</i>	
Itzulbide: osasun-txostenen itzulpen automatiko neuronala	61
<i>Olatz Perez de Viñaspre Garralda eta Maite Oronoz Anchordoqui</i>	
Historia klinikoa euskaraz: eskubidea eta beharra	63
<i>Unai Larrinaga Torrontegi</i>	
Historia klinikoa euskaraz lortzeko pausoak: ebidentzia zientifikoa	65
<i>Adrian Unai Zelaia Arieta-Araunabeña</i>	

Egileen aurkibidea

Adolfo Garrido Chercoles	35
Adrian Unai Zelaia Arieta-Araunabeña	63
Ainara Uribe Alkorta	47
Aitziber Pascual.....	53
Alazne Pinedo Otaola.....	21
Alicia Varas Meis.....	41
Amaia Mendizabal Olaizola	9
Ana Catalina Sanchez	39
Ana Merino Rodriguez	47
Ana Urrutia Beaskoa	25
Ander Izaguirre Urberuaga.....	43, 45
Arantxa Gorostiaga Manterola.....	49
Bárbara Torres-Gómez.....	53
Beñat del Alba Iriarte	35
Carmen Lillo Navarro	41
Edurne Bereciartua Urbietta	35
Estibaliz Picaza Iturricha.....	51
Haizea Aranguren Irizar.....	39
Idoia Agirre Lasarte.....	57
Igone Etxeberria Arritxabal	49
Iñaki Izaguirre Mendikute	43, 45
Iñaki Peña Bandres	33
Itxasne Lekue Alkorta.....	55
Itziar Alonso Arbiol.....	41, 53
Izaskun Elustondo Oiarbide.....	39
Jara Mendia	53
Joana Gómez-Odriozola	53
Joanes Lameirinhas Ortuoste	49
Jon Ander Illodo Becerra.....	51
Jon Saldias Iriarte.....	37
June Vacas	53
Leire Diaz Silvestre	25
Maidier Garmendia Goitia	39

Aurkibidea

Maite García Sebastián	37
Maite Oronoz Anchordoqui	63
Maitena Urberuaga Ertze	43, 45
Margarita Diaz Sanz	47
Maria Eugenia Alkiza Eizagirre	35
Maria Milagors Amundarain Lejarza	47
Maritxu Muñoa Capron-Manieux	17
Marta Cañada Rodriguez.....	37
Mercedes Sota Busselo	35
Miren Altuna Azkagorta	37
Miriam Gallarin	53
Mirian Ecay Torres	37
Nere Urbina Sardina	25
Noelia Lopez Barba	35
Olatz Ibarra Barrueta	51
Olatz Perez de Viñaspre Garralda	61
Pablo Martínez-Lage Álvarez.....	37
Paloma Atela Urquijo	47
Paula Campos-Reicheneder	53
Pedro Gemio Zumalave.....	51
Pili Carmona Oyaga	51
Sandra Ledesma Jorge	43, 45
Susana Conejero	53
Unai Larrinaga Torrontegi	61
Yolanda Alonso Soto	39
Yurij Viseda Torrellas	51

Zuzendaria

Jose Ramon Furundarena

Erredakzio Batzordea

Karlos Iburguren

Eukene Ansuategi

Maria del Mar Ubeda

Izaskun Elezgarai

Jose Ramon Arriandiaga

Eder Baltizkueta

Batzorde Zientifikoa

Iker Badiola

Rafael Aldabe

Nagore Arza

Larraitz Gaztañaga

Terminologia Adituak

Itziar San Martin

Jabier Agirre

Jon Jatsu Azkue

Euskara Zuzentzailea

Ander Altuna

Idazkaritza Teknikoa

Iberba

OJS Kudeatzailea

Emilio Delgado

Marije Bidaguren

Maiztasuna

Urtean bi ale

Harremanetarako

info@osagaiz.eus

944 00 11 33

Osagaizen babesleak



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



Osasun biltzarreko babesleak

