

4. Ahozko komunikazioak

4.1. Canavan gaixotasuna edo aspartoazilasaren gabezia. Kasu kliniko baten aurkezpena

Beñat de Alba Iriarte, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*

Ainhoa Igarzabal Irizar, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Pediatria Zerbitzua*

Maria Letona Luqui, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Pediatria Zerbitzua*

Miren Lacasta Esain, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*

Eduarne Bereciartua Urbieto, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*

Maria Unceta Suarez, *Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*

baiargitxo@gmail.com

Sarrera

3 hilabeteko haurra begirada galduagatik ospitaleratu zuten Donostia Ospitalean, Zumarragakotik bideratuta. Azterketa fisiko eta neurologikoan exotropia, plagiozefalia, buru-eusterik eza, hipotonia axial arina eta hanketan hipertonia antzeman zizkioten pediatrek. Gurusoak jatorri pakistandarreko lehengusu-lehengusina osasuntsuak dira.

Zenbait azterketa egin zitzaizkion. Garezur-erresonantzia magnetikoan substantzia zurian alterazioa ikusi zioten. Aurrekari hipoxiko-iskemiko gabezia eta buruko alde biko kalte simetrikoak zirela eta, lehen aukera gisa sortzetiko metabolopatia batean pentsatu zuten. Laborategian analisi metabolikoa egin zitzaion. Biokimika, hemograma, gasometria, serologia eta aminoazidoen emaitzak normalak izan ziren. Lagin bereziak Gurutzetara bidali ziren.

Helburuak

Kasuaren interesa gaixotasun honen bitxitasun eta larritasunean datza. Haurtzaroko eritasun neurodegeneratibo genetiko eta metaboliko arraroa da. Akats neurologikoak eta ondorio larriak eragin ditzake. Hauxe da Euskal Herrian diagnostikatu den gaixotasun honen lehenbiziko kasua.

Metodoak

Gaixoaren diagnostikoa eta jarraipena egin dugu Pediatria eta Analisi Klinikoen zerbitzuok.

Emaitzak

Gernuan azido N-azetil-aspartiko (NAA) balioa 1527 mmol/mol kreatinina izan zen [erreferentzia-balioa <36, gas kromatografia-masa espektrometriaz neurtuta]. Emaitza Canavan gaixotasunaren diagnostikoarekin bateragarria da.

Diagnostikoa ASPA geneko mutazioen analisisiaz konfirmatu zen. Haurrak p.Asn54Lys mutazioa du 162. posizioan (c.162C>A) homozigotian; gurusoek aldaera berbera heterozigotian.

Ondorioak

Canavan gaixotasuna aspartoazilasa kodifikatzen duen ASPA genearen (17p13.2) mutazioen ondorioz sortzen da. Entzima hau urria denean, NAA garunean metatzen da aziduria N-azetil-aspartikoa eta substantzia zuriaren endekapena eraginez. Herentzia autosomiko errezesiboaz transmititzen da eta, mundu osoan dagoen arren (1:100.000), askenazi juduengan ohikoagoa da (1:6.400-13.500).

Sintomak bizitzako 3. hilabetean hasten dira azaltzen, nabarmenenak begirada galdua, makrozefalia, buruaren kontrol falta, garapenaren atzerapen larria, hipotonia, hipertonia, elikatze eta loaren nahasmenduak, konbultsioak eta itsutasuna izanik. Haurtzaroan hil ohi dira. Ez dago tratamendu sendagarririk, baina litio-zitratoa ikertzen ari dira garuneko NAA kontzentrazioa murriztu dezakeelako. Sendabide sintomatikoek eta taxuzko elikadurak haurraren jarraipen egokia baimendu zuten.

Funtsezkoa da proba erradiologiko, metaboliko eta genetikoetan bildutako informazioa. Horrek diagnostiko goiztiarra egitea ahalbidetzen du aholku genetiko familiarrean laguntzeko eta gaixoaren bizi-kalitatea hobetzeko, etorkizun hurbilean terapia genikoak erabilgarri izan bitartean.

4.2. *Taxus baccata* intoxikazioa. Kasu kliniko baten aurkezpena

Beñat de Alba Iriarte, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*
Edurne Bereciartua Urbieto, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*
Eva Lorea Gil Rodriguez, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*
Irene Perez Casas, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*
Miren Lacasta Esain, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*
Laura Martinez Gonzalez, *Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua*

baiargitxo@gmail.com

Sarrera

48 urteko gizonak hagin hosto ugari irentsi zuen suizidatzeko asmoz. Donostia Ospitalean sintomarik gabe ospitaleratu zuten. Arnas alkalosia eta laktato maila altua antzeman zizkioten.

Ustekabean, takikardia bentrakularra eta konorte galera jasan zituen eta kardiobertsio elektrikoa eta intubazio orotrakeala egin ondoren Zainketa Intentsiboen Unitatera (ZIU) eramán zuten larri. Analisisian leukozito, troponina eta kreatina-kinasa balioen igoera nabarmendu zen. Gainerako emaitzak normalak izan ziren.

Tratamenduan ikatz aktibatua, magnesio-sulfatoa, amiodarona, euskarri basoaktiboa eta taupada-markagailua erabili zituzten. 24 ordura egonkortu eta astebetean ondoriorik gabe guztiz suspertu zen.

Helburuak

Euskal Herriak zuhaitz sakratutzat hartu izan du hagina. Landare ezaguna da gurean eta hilen munduarekin lotu izan dute. Hagin intoxikazioa arrunta ez bada ere, bere hostoak jatea hilgarria izan daiteke. Kasuaren interesa egoera honen larritasunean datza, presazko tratamendurik gabe, heriotza eragin baitezake agudo. Kasuak nahita (autolisia) edo ezbeharrez (haurrak, animaliak) gerta daitezke.

Metodoak

Gaixoaren jarraipena egin dugu ZIU eta Analisisi Klinikoen zerbitzuok.

Emaitzak

Ez dago intoxikazio hau orienta dezakeen alterazio analitiko espezifikorik. Diagnostikatzen zaila da, landare honen ingesta susmatzen ez bada. Dosi hilgarria 50-100 gramo hostotan neurtu da. Kasua orientatzeko garrantzitsuak dira anamnesi zorrotza eta pazientearen aitortza, baita intoxikazioaren benetako kausa zehazteko helburuz, laborategian taxinaren alkaloideak ikertzeko proba analitikoak

egitea ere. Alabaina, ospitaleko laborategian ezin izan zen taxinaren presentzia konfirmatzeko alkaloiderik neurtu laginetan.

Ondorioak

Taxus baccata (hagin arrunta) munduko zuhaitz toxikoenetako bat da. Bere atal oro, fruitua izan ezik, alkaloidetoxikoetan aberatsa da. Taxina da arriskutsuena; narritadura gastrointestinala, ondorio neurologikoak eta kardiotoxizitatea eragiten ditu, eta dosi altutan bihotz-geldiketa eta heriotza. Arin artatu ezean, klinikak bilakaera tamalgarria du ordu gutxitan. Zorionez, gure pazienteak onik atera zen.

3,5-dimetoxifenol taxinaren metabolitoaren neurketa da behin betiko diagnostikoa konfirmatzeko era bakarra. Gas kromatografia-masa espektrometria bidez eduki gastriko, gernu edo odol laginetan bila daiteke. Kasuak urriak direnez, proba hau ez da laborategi klinikoetan egiten. Hagin intoxikazio susmoa egiaztatzeke, laginak Toxikologia Institutuan analizatzen dira.

4.3. Glargina intsulina biosimilarra merkaturatzearen ondoren, kontsumoaren analisia

Leire Braceras Izaguirre, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*
Isabel Elizondo López de Landache, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*
Nerea Ullibarri Ortiz de Zarate, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*
Alaitz Zubizarreta Aizpurua, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*
Itziar Soengas Ribote, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*
Jon Iñaki Betolaza San Miguel, *Farmazia. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza*

i-elizondo@euskadi.eus

Sarrera

Medikamentu-politikak zuzendu behar dira arrazionalizatza eta bere erabilera egokia estimulatza. Farmaziako eta Osakidetzako Zuzendaritzatik biosimilarren erabilera sustatzen da.

2015eko urrian merkaturatu zen lehen biosimilarra, glargina intsulinak diabeteserako eta gomendioa igorri zen tratamenduak biosimilarrekin has zitezten, preskripzio elektronikorako laguntzako erremintetan zehar ateratako mezua tratamendu-hasieretan jarri zen momentu berean.

Helburuak

Glargina intsulina biosimilarra merkaturatzearen ondoren gastua ebaluatzea Euskadin.

Metodoak

2015eko urtarrila eta 2017ko abendua bitartean, farmazietako dispensazioen analisia.

Emaitzak

2015 urte hasieran, EAEn hilabeteen kontsumitutako ontziak 10.824 izan ziren, guztira, 832.900 €-ko gastua; 2017aren amaieran, berriz, 11.956 ontzi izan ziren, eta guztirako zenbatekoa, 669.700 €.

Ontzien kontsumoa, beraz, % 10,46 areagotu da, eta diru-zenbatekoa, aldiz, % 19,60 gutxitu.

Ondorioak

Honekin ikusten dugu biosimilarren erabilerak laguntzen duela gastua eusten; hau da, biosimilarren erabilerak arrazionalizazioa bultzatzen du, osasun-sistemak medikamentu berengatik gutxiago ordaintzea ahalbidetzen duen heinean.

4.4. Iktus iskemikoaren tratamendu akutua tronbektomia mekanikoa erabiliz

Miren Altuna Azkargorta, Arabako Unibertsitate Ospitalea. Neurologia Zerbitzua

Juan Timiraos Fernandez, Arabako Unibertsitate Ospitalea. Neurologia Zerbitzua

Naroa Arenaza Basterrechea, Arabako Unibertsitate Ospitalea. Neurologia Zerbitzua

Jon Segurola Olaizola, Arabako Unibertsitate Ospitalea. Neurologia Zerbitzua

mialaz@gmail.com

Sarrera

Iktus iskemikoa gaixotasun larri eta ohikoa da. Diagnostiko goiztiarrak odol-fluxua berrezarriko duen tratamendua ahalbidetzen du, bai fibrinolitikoak zain barnean administratuz zein tronbektomia mekanikoa eginez, eta horrela, gaixoen bizi-itxaropena zein bizi-kalitatea hobetuz.

Helburuak

Gure Ospitalean tronbektomia mekaniko bidez tratatutako iktus iskemikoekin izandako esperientziaren berri ematea, horretarako, gure gaixoen ezaugarri klinikoak, heriotza-tasa eta iktusaren aurreko eta ondorengo bizi-kalitatea aztertuz.

Metodoak

2015eko martxoa eta 2018ko iraila bitartean Arabako Unibertsitate Ospitalean tronbektomia mekanikoa erabiliz tratatutako iktus iskemikoak aztertu ditugu: zerbitzuko zein ospitaleko datu-basea erabili dugu eta gaixoei galdeketa espezifikoko bat egin diegu.

Emaitzak

Gure lagina 137 gaixoz osatuta dago: 67 emakumez (% 48,6) eta 70 gizonez (% 50,7). 71,50 urte da batez besteko adina (27-97 urte). Kasuen % 52,6 bihotzeko enbolia baten ondorioz gertatutakoa da. NIHSS eskalan (iktusaren larritasun klinikoa zehazteko eskala), batez besteko puntuazioa 15,41ekoa da (10 puntutik gorako iktusak –larriak– gure laginean % 78,52 dira).

Tronbektomia mekaniko bidez tratatutako gaixoen % 85,6ren kasuan, odol-fluxua berrezartzea lortu da.

36 gaixo hil dira (% 26,28), gehienak iktusa jasan eta lehen hilabetean.

Lagineko gaixoen % 95,6 erabat independentea da iktusa jasateko momentuan; ospitaletik ateratzean, aldiz, % 56,1.

Ahozko komunikazioak

3 hilabete edo gehiago igaro ostean: gaixoen % 66 gai da bere kabuz janzteko eta garbitzeko, eta % 86 etxean bakarrik ibiltzeko gai da. Alderantziz, gaixoen % 44k bere etxeko ardurak gutxitu behar izan ditu, eta % 40 ariketa fisikoa egitean, harreman sozialetan edo hobbietan ere okerrago aritu dira.

Epe mugatu batez bada ere, sintoma afektibo-konduktualak sufritzen dituzte gure gaixoen % 50ek, gehienbat, tristura eta suminkortasuna, baina baita ere apatia, gogogabetasun edo geldotasun bezala ulertuta (gaixoen % 42k). Neke patologikoa ere ohikoa da, gaixoen % 50ek duelarik. Kognitiboki ere, beherakada nabaritu izan da kasuen % 44an.

Ondorioak

Iktus iskemikoak eragin zuzena du gaixoen bizi-kalitatean. Tratamendua ez da mugatu behar gaixoaren adinarengatik. Tronbektomia mekanikoa teknika ziurra eta eraginkorra da, gaixoak ongi hautatzen badira.

Iktusaren ondorioak mugikortasuna okertzera soilik mugatzea akats bat da. Sintoma kognitibo-konduktualak ere oso garrantzitsuak dira.

4.5. Erizainen diagnostikoak euskaraz Osakidetzan

Regi Larruzea Aransolo

Osakidetzaren Euskara Zerbitzuko Itzultzailea, Gasteizko Zuzendaritza Nagusia

Garrastatxu Landaluze Okerantza

Osakidetzaren Erizaintzako Zuzendariordetzako Erizaina, Gasteizko Zuzendaritza Nagusia

Itsaso Martinez Aramberri

Osakidetzaren Erizaintza Zuzendariordetzako Erizaina, Gasteizko Zuzendaritza Nagusia

regina.larruzeaaransolo@osakidetza.eus

mirengarrastatxu.landalucoqueranza@osakidetza.eus

itsaso.martinezaramberri@osakidetza.eus

Sarrera

Pertsonak, familiek edo komunitateek erantzun desberdinak dituzte osasun-arazoan edo bizitzako prozesuen aurrean, eta erizainen lana da erantzun horien gaineko ebazpen klinikoa ematea, hau da, erizaintzako diagnostikoa egitea. Erizaintzako diagnostiko guztiak NANDA taxonomian daude jasota, eta erizainek erreferentzia gisa erabiltzen dute taxonomia hori, denek berdin ulertu eta deskribatzeko diagnostikoak, baina Osakidetzaren plataforma guztietan zegoen gaztelania hutsean.

Helburuak

Horrek oztopatu egiten zuen bai erizainek euskaraz lan egin ahal izatea (terminologia-irizpide bate-raturik ez izateagatik nork bere modura adierazten zituelako kontzeptu batzuk), bai pertsonari arreta osoa euskaraz ematea, eta batez ere, historia klinikoa gure eremuko bi hizkuntza ofizialetan eskura-garri egotea; eta gure lanarekin lortu nahi genuena zen gabezia hori zuzentzea.

Metodoak

NANDA taxonomia euskarara ekartzean ez da egin ohiko itzulpen soil bat, diagnostiko batzuk edo haien ezaugarriak geurera egokitu behar izan baitira, eta horrek, itzulpen hutsaz haratago, hausnarke-ta prozesu bat eskatu du. Euskara Zerbitzuko itzultzaile bat arduratu da NANDA euskarara egokitzeaz, 2009ko bertsio zaharraren euskarazko itzulpenaren laguntzaz eta erizain-talde aditu baten aholku-laritzarekin, diagnostikoen alderdi guztiak ondo ulertu eta moldatzeko, beti ere terminologia berria erabilerara zuzenduta zegoela kontuan hartuz eta, hortaz, ulergarritasunari eta erabilgarritasunari lehentasuna emanez.

Emaitzak

Oraintsu arte, erizainek gaztelaniara jo behar izan dute, bai pazienteek beren osasun-egoeren aurrean dituzten erantzunei buruz mintzatzerakoan, bai erantzun horien inguruko erregistroak egitean,

Ahozko komunikazioak

baina sortu dugun jargoi berria Osanaian erabilgarri jartzean, arazo hori zuzentzeko pauso handia eman dugu.

Ondorioak

Erizainen kolektiboan eragin handia duen aurrerapauso bat eman da, beraz, oraintsu arte ez dutelako izan irizpide bateraturik haien lanerako oinarri-oinarrizkoak diren kontzeptu batzuk euskaraz adierazteko. Terminologia berri honi esker, erizainen arteko eguneroko komunikazioa askoz zehatzagoa izan daiteke. Hurrengo pausoa izango da erabileratik iristen zaizkigun moldaketa-eskaerak jasotzea eta erizaintzako emaitza eta esku-hartzeen taxonomiak (NIC eta NOC) euskarara moldatzea.

Bibliografia

- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017. Madrid: Elsevier, 2015.
- NANDA International. Erizaintza-diagnostikoak. Definizioak eta sailkapena 2009-2011. Euskal Herriko Unibertsitatea, 2010.
- NANDA International. Nursing Diagnoses 2009-2011: Definitions and Classification. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2009-11. Madrid: Elsevier, 2010.

4.6. Elkarrizketa motibazionala eta erabakiak partekatzea

Virginia Guillen Cañas

Euskal Herriko Unibertsitatea. Neurozientzietako Departamentua

virginia.guillen@ehu.eus

Sarrera

Erabakiak partekatzea osasun-laguntzako eredua da, prozesuan parte hartzen duten pazienteek tratamenduari buruzko erabakiak har ditzaten. Horretarako, beren lehentasunak eta kezkek kontuan hartzen dira.

Helburuak

Eguneko ospitalera bertaratze eta gogobetetasuna areagotzea, parte hartze aktiboaren bidez.

Organizazio-aldaketa sustatzea paziente eta profesionalen parte hartzearen bidez.

Metodoak

Ikerketa bat aurrera eraman genuen Bizkaia Osasun Mentaleko Sareko eguneko zentro batean.

1. FASEA: NEGOZIOA (kualitatiboa)

Delphi taldea egin genuen gaixoen eta talde klinikoaren lankidetzarekin, autokudeaketaren berrikuntza-esperientzia bat sortzeko asmoz. Jasotako arreta, bizi-kalitatea (edo ongizatea) eta gaixoaren funtzionamendua aztertu ziren lehen eta gero.

2. FASEA: KOMUNIKAZIOA-AKZIOA

Esperientziaren ostean, gaixo helduek anbulatorioan parte hartu zuten eta jarduerak eztabaidan jarri ziren.

Emaitzak

Sei hilabetetan zehar pazienteek aukeratutako jarduerak aurrera eraman ziren.

Gogobetetasun-maila oso altua izan zen.

Azkenik, autozaintzarako gomendioak ezinbestekoak direla ondorioztatu da:

- Estresa maneiatzea
- Ezagutza-faltaren aurrean informazioa bilatzea

Ahozko komunikazioak

Ondorioak

Emozio negatiboak eta pazientea epaitzea ekidin behar da.

Prozesuan parte hartzen duten pazienteek tratamenduari buruzko erabakiak hartu ahal izateko, ingurunea prestatu behar da.

Bibliografia

Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, Sullivan G. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res.* 2014 Aug 15;218(1-2): 35-8.

Fisher A, Manicavasagar V, Kiln F, Juraskova I. Communication and decision-making in mental health: A systematic review focusing on Bipolar disorder. *Patient Educ Couns.* 2016 Jul;99(7): 1106-1120.

Knapp, M. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica: líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo

4.7. Lekukoa berpiztearen arduradun. Emaitzak hobetzen dira?

Karlos Ibareuren Olalde, *Emergentziak Osakidetza*
Itsaso Vaqueriza Ituriza, *Emergentziak Osakidetza*
Cristian Fernandez Barreras, *Emergentziak Osakidetza*
Daniel Alonso Moreno, *Emergentziak Osakidetza*
Mario Ernesto Jimenez Mercado, *Emergentziak Osakidetza*

carlosjose.ibareurenolalde@osakidetza.eus

Sarrera

Bihotz-biriketako berpiztearen kateak dituen lau katebegietatik, lehen hiruak lekukoaren esku uztea proposatzen dugu emaitzak hobetze aldera. Lekukoak bihotz-geldialdia antzematen jakin behar



du, 112ra azkar deitu behar du, osasun-profesionalak iritsi artean berpiztea hasi behar du eta desfibriladorea jarri eta bere aginduak bete behar ditu. Azken urteetan, osasun-zentroetatik kanpora desfibriladoreak agertzen hasi dira, kiroldegietan, zentro komertzialetan eta geltokietan, batez ere. Gure erkidegoan, ospitaleetatik kanpo 1.961 desfibriladore zenbatu ditugu. Hauetatik 316 Osakidetzaren Osasun Zentroetan daude eta 1.645, osasun-zentroetatik kanpo. Desfibriladoreak esandako lekuetan egon arren, geldialdi gehienak norberaren etxean (% 70) eta kalean (% 17) gertatu izan dira.

EAEn, dekretuz, desfibriladorea erabiltzen duen pertsona ez-sanitario orok horren erabileraren berri eman behar dio Emergentziak Osakidetzari. Datu horiei ospitalez kanpo ematen diren geldialdi guztien datuak batuta, lana ahalbidetu duen datu-base bat osatzen dugu.

Helburuak

Lekukoak katebegi desberdinak beregain hartzen dituen emaitzak nola aldatzen diren aztertzea da lan honen helburua. Zehazki berezko zirkulaziora itzultzean (BEZI) eta garun egoera egokian emandako ospitaleko altan lekukoaren ekintzek duten emaitza aztertuko dugu.

Metodoak

Behaketazko azterketa prospektibo bat da. Bizi-euskarri aurreratua ez den beste lekuko batek ikusitako geldialdiak hiru taldetan banatu ditugu:

- A Taldea: Lekukoak larrialdi telefonora deitu du baina ez du berpiztea hasi eta ez du desfibriladorea erabili.
- B Taldea: Lekukoak deia egin du eta berpiztea hasi du baina ez du desfibriladorea erabili.
- C Taldea: Lekukoak, sanitarioa izan ala ez, berpiztea hasteaz gain, desfibriladorea erabiltzen du.

Ahozko komunikazioak

Hauetako talde bakoitzean berezko zirkulaziora zenbat gaixo itzultzen diren eta ospitaletik, garun egoera egokian, zenbat gaixo etxeratzen diren aztertu dugu. Hiru taldeen artean desberdintasunak ote dauden aztertzeke khi karratua erabili dugu.

Emaitzak

2017 urtean 775 berpizte hasi ziren ospitalez kanpo. Horietatik 574 kasutan bizi-euskarri aurreratua ez zen lekuko bat zegoenez, azken horiek izan dira aztertu ditugun kasuak.

	A Taldea	B Taldea	C Taldea	Batura	
Kasuak	274 (% 47,7)	194 (% 33,8)	106 (% 18,5)	574	
BEZI	59 (% 21,5)	66 (% 34)	34 (% 32,1)	159 (% 27,7)	p < 0,01
Ospitaleko alta	15 (% 5,5)	23 (% 11,8)	14 (% 13,2)	52 (% 9)	p < 0,01

Lekukoek desfibriladorea 106 kasutan erabili zuten arren, 89 kasutan lekukoa bera sanitarioa izan zen. Sanitarioa izan ez zen kasuetan, lekukoa ertzaina (2), udaltzaina (2) edo larrialdi zerbitzuekin zerikusirik ez zuen pertsona (13) bat izan zen.

B eta C taldeetan, A taldean baino bai BEZI eta bai ospitaleko alta gehiago zenbatu dira eta desberdintasuna esanguratsua izan da. C taldean ospitaleko alden ehunekoa B taldean baino handiagoa izan den arren, bi talde hauen arteko aldea ez da esanguratsua.

Ondorioak

- Lekukoen ia erdiak ez du berpizterik hasten. Eskola-curriculumean lehen sorospenen gaia ez egoteak egoera honetan eragin zuzena izan dezake.
- Gure erkidegoan 1.961 desfibriladore dauden arren, larrialdi sistematik kanpoko pertsonak 13 aldiz besterik ez dute erabili. Datu txiki horren atzean, horien kokapenak eta geldialdiak gertatzen diren lekuak bat ez etortzea egon daiteke.
- Lekukoak berpiztea hasten duen kasuetan, emaitzak esanguratsuki hobeak dira.

Lekukoak berpiztea hasteaz gain, desfibriladorea erabiltzeak ez du onura esanguratsurik erakutsi gure taldean.

4.8. Mediku euskaldun baten esperientziak atzerrian

Carmen Zarate Oñate

Osakidetzako La Habana Osasun Zentroa. Familia Medikua

carmen.zarateonate@osakidetza.eus

Carmen Zarate Oñate naiz, Gasteizko Familia Medikua. Egoitza egiten nuen bitartean, 2 kanpo-errotazio egiteko aukera izan nuen.

Alde batetik, egoitzako hirugarren urtean Alemanian egon nintzen, Oldenburg-en, hain zuzen ere. Han Alemaniako Osasun Sistemaren funtzionamendua ikasi nuen.

Hemen ez bezala, Lehen Arreta ez da Osasun Sistemarako sarrera, zeren eta pazienteek Arreta Espezializatura jo dezakete Familia Medikuen eskaerarik gabe. Familia Medikuek bere kontsultategi propioa antolatu behar dute, beste medikuentzat lan egin ez badute nahi. Medikuen soldata ikusten diren paziente kopuruarekin eta agintzen diren probekin lotuta dago. Gaixoeak, aldiz, ez dute ordaindu behar joaten diren bakoitzean. Beste era batera esanda, medikuen ikuspuntutik hemengo Medikuntza Pribatua bezalakoa da baina pazienteetat sistema publikoa da. Aseguru medikua izatea derrigorrezkoa da eta hau soldataren %14rekin ordaintzen da. Ikasleek beren gurasoen aseguruaren babesa dute. Langabetuen kasuan Lanbideak ordaintzen du eta jubilatuei pentsiotik deskontatzen diete.

Formakuntzaren aldetik, gradu unibertsitarioaren luzera hemengoa bezalakoa da, hau da, 6 urte. Baina horren ondoren, MIR azterketa egin beharrean, gogoko duten espezialitate eta ospitalera jo eta egoitza-lanpostuaren eskaera egiten dute. Horretarako espedientea baloratzen da eta elkarrizketa bat pasatu behar dute. Familia Medikuntzak 4 urteko formakuntza du. Horietako 2 urte ospitalean (Barne medikuntza eta larrialdietan) eta beste 2ak kontsultategi batean egiten dira.

Beste alde batetik, egoitzako laugarren urtean Estatu Batuetara joateko aukera izan nuen. Wisconsin-eko landa-eremuan egon nintzen. Estatu Batuetako Osasun Sistema guztiz pribatua da. Herrialde horretan, Osasun Sistemaren sartu ahal izateko aseguru izatea derrigorrezkoa da. Aseguru hauek oso garestiak dira eta, hilabeteko kuotaz gain, proba, kontsulta eta tratamenduak ordaindu behar dira. Beraz, larri gaixotzen diren pertsona gehienek zorpetuta bukatzen dute. Obama hau aldatzen saiatu zen Obama-Care-en bidez, aseguruaren kostua merketzen, ahalik eta pertsona gehienek aseguru edukitzeko. Baina bere planak porrot egin zuen Trump lehendakari bihurtzean.

Formakuntzari dagokionez, gradua bitan banatuta dago. Lehenengo 4 urteko graduatu-aurrekoa zientzietan egin behar da eta gero Medikuntzako gradura pasatu. Honek beste 4 urte irauten du. Gero egoitza dator, Familia Medikuntzaren kasuan, beste 4 urte. Ospitale bakoitzak bere programa eskaintzen du. Medikuek azterketa batean lortutako noten arabera aukeratzen dute egoitza lanpostua, MIR antzeko batean.

Bi errotazio hauek WONCAren (Munduko Familia Medikuen Erakundea) bitartez lortu nituen Hipocrates-Vasco de Gama¹ (Europa) eta Family Medicine 360 programekin² (Europatik kanpo). Eskaera egiteko informazio guztia euren web-orrietan eskuragarri dago.

¹ <http://vdgm.woncaeurope.org/>

² <https://sites.google.com/site/familymedicine360/>

Ahozko komunikazioak

Alemanian, Marc Falkestein Lehen Arretako Medikuarekin egon nintzen. Bere kontsultategi propioa du, eta bere kargu idazkari bat, erizain bat, erizain laguntzaile bat eta mediku egoiliar bat daude.

Estatu Batuetan, Rachel Hartline medikuak bere etxean hartu ninduen eta berarekin joaten nintzen egunero kontsultategira. Asteko egun bakoitzean herri batera joaten ginen. Guztira 3 herri txikitako kontsultategi ziren, denak enpresa berekoak (Upland Hills Health). Gainera, guardia lokalizatuak egiten zituen eskualde horretako ospitalean, barne-medikuntzako sailerako eta baita obstetziarako ere. Izan ere, mediku gazte hau erditze eta zezareetaz arduratzen zen ere. Kontsultategian adin guztietako pazienteak ikusten zituen, beraz, bazituen jaiotzatik ezagutzen zituen haur-pazienteak. Horrez gain, lan-ordutegitik kanpo hilabetean behin edo bitan "Free Clinic" (aseguru medikurik ez duten pertsonentzako kontsultategia) batera joaten zen boluntario moduan.

Bukatzeko, esperientzia hau erabat gomendatzen dut, arlo askotan oso aberasgarria izan baita. Beste herrialdeetako osasun-sistemak eta, era berean, gure sistemako ahulguneak eta indarguneak ezagutzeko modu ezin hobea dela uste dut.