35. zenbakia • 2010.06.30

(+34) 636 134 265
San Martin, 36 - 3.B
20005 DONOSTIA

farmaberri
FARMAZIALARI EUSKALDUNEN ELKARTEA

Zuzendaritza Batzorde berria: ezkerretik eskuinera Jokin Txakartegi, Ibon Mokoroa (lehendakaria), Esti Goienetxea, Sonia Saez de Buruaga, Miren Fuldain, Unai Berasategi eta Itziar Fernandez de Larrinoa.

XV. Batzar Orokorra

Zuzendaritza Batzorde berria izendatu da

Beste behin ere, aurtengo udaberrian sasoi honetan tokatu ohi den bezala gure elkartearen batzar orokorra ospatu genuen Gasteizen. 11:30etik jendea fakultateko sarreran biltzen hasi ginen, Aurora Fernandez dekanoak ongi etorria egin zigularik. Guztira 25 kide bildu ginen Farmazia Fakultateko ekitaldi aretoan, eta bertan 12ak pasatsu zirenean bilerari hasiera eman genion. Ohi bezala Pello Iturriak 2009an elkartearen nondik norakoak azaldu zituen; oroitza txostena, diruzaintza txostena, egitasmo txostena, eta beste zenbait gai jorratu zituen. Kontuak onartu egin ziren, zuzendaritza batzorde berria aurkeztu zen eta 2010erako egitasmo txostena azaldu zen. Beste gairik ez zegoenez batzarra bukatutzat eman genuen.

FEUSE saria, Amaia Garitanoren Atentzio defizita eta Hiperaktibitatearen inguruko lana, argitaratuko du elkarteak Loidi bilduman

Ondoren FEUSE saria Atentzio defizita eta Hiperaktibitatearen inguruko lana aurkeztu zuen Amaia Garitano Askasibarri eman zitzaion. Amaiak lanaren aurkezpena egin zuen eta han present geundenen zenbait zalantza argitu zituen. Orain elkarteak lan hau argitaratuko du Loidi bildumaren beste ale bat bezala.

Behin egin beharrekoak bukatuta farmazia fakultateko atean taldeko argazkiak egin genituen, eta El Portalon jatetxerantza joan ginen bazkaltzera. Bidean, Andra Zuriaren plazatik alde zaharrerantz doazen aldapek sortutako nekea gainditzeko geldialditxo bat egin genuen. Bazkaria ondoren, kafe orduan Ibon Mokoroa lehendakari berriak Pello Iturriari eskerrak eman zizkion hainbeste urteetan elkartean egindako lanagatik, bertaratutakoen txalo artean.

Bazkaria eta gero, eguna bukatu aurretik Gasteizko Santa Maria katedrala eta Gasteizko harresiak bisitatu genituen. Bi taldetan banaturik bertan egiten ari diren berritze lanak azaldu zizkiguten, Gasteizen historiaren zati bat ezagutu genuelarik.

Behin bisita bukatuta hurrengo urteko batzarra baino lehen elkartuko garelakoan agurtu ginen.

bai euskarari
zerbitzua eta lana euskaraz

Ibon Mokoroa

Lehendakari berriaren agurra

Aurreko apirilaren 25ean FEUSEko kideok gure batzar orokorra ospatu genuen Gasteizen. Bertan zuzendaritza batzorde berria izendatu zen. Zuzendaritza batzorde berri honetan Pello Iturriak eta Juan Karlos Aristorenak eta Mari Tere Omaetxebarriak, hamaika urtez zuzendaritza batzordekide izan direnak, batzordea utzi eta kide berriei utzi diete beraien postua.

Batzordearen buru ni izango naiz eta inguruan aurreko zuzendaritza batzordean parte hartu duten kideak (Sonia Saez de Buruaga, Unai Berasategi eta Itziar Fernandez de Larrinoa) eta kide berriak (Esti Goienetxea, Miren Fuldain, Jokin Txakartegi eta Iban Gutierrez) izango ditut.

Azken urteotan zuzendaritza batzordeko kide izan naiz eta uste dut Pellok egindako lana berdintzea zaila izango dela. Halere erronka gogo handiz hartzen dut, eta etorkizunean gure elkarteak erreferentzialtasuna lortzea espero dut. Horretarako zuzendaritza osatzen dutenen laguntzaz gain eskertuko nuke elkartekideak ere antolatzen diren ekimenetan parte hartzea. FARMABERRI gutxinaka aldizkari txiki izatetik handiagoa izatera pasatzea ere gustatuko litzaidake. Hor guztiok dugu idazteko atea irekita, animatu beraz.

Bukatzeko esan hurrengo 3 urteetan FEUSEk indarra hartzea eta ahal bada guztion artean elkarte sendoagoa bat lortzea direla betenahi nagusiak.

*Streptococcus Agalactiae*ren kolonizazioaren frekuentzia haurdunetan, eta sepsiaren intzidentzia jaioberrietan

Osasungoa Euskalduntzeko Erakundeak (OEE) berriki Arantzazun antolaturiko XX. Osasun Jardunaldietan Feuseko kide den Jose Mari Manterola mikrobiologoak parte hartu zuen beste lankide batzuekin.
Jardunaldien goiburua *Emakumeak eta osasuna* zen eta hauxe da gure lankideak eta lagunek bidalitako posterra.

ANDERE EGUIREUN[1], JOXE MARI MANTEROLA[2], JESUS ALUSTIZA[1], YOLANDA SALICIO[2], PABLO OLIVER[1], CARMEN LOPEZ[3]. MENDAROKO OSPITALEA. PEDIATRIA[1]. MIKROBIOLOGIA[2]. DONOSTIAKO OSPITALEA. MIKROBIOLOGIA[3]

Streptococcus agalactiae da jaioberrien infekzio goiztiarren eragile ohikoena. Kolonizatutako amek mikroorganismoa transmititzen diete jaioberriei. Hori ekiditeko kolonizaturik dauden emakume horiek, erditzean, antibiotikoarekin tratatzen dira.

Helburuak
Haurdunen kolonizazio portzentajea eta jaioberrien sepsiaren intzidentzia ezagutu Debabarrena eskualdean.

Materialak eta metodoak
Haurdunaldiaren 33-35. astean, baginako eta ondesteko laginetan, *S. agalactiae*ren azterketa egin da. Jaioberrien sepsiaren eta amaren sepsiaren atzera begirako azterketa egin da.

Emaitzak
2004-2009 artean, 3.659 emakume erditu ziren. Eramaile-egoera aztertu zen 3.144engan (%86). Hauetatik 493 (%15,7) S. agalactiaek kolonizaturik zeuden. Urte horietan jaioberrien sepsi goiztiar bat egon da eta sepsi berankor bat; lehenaren intzidentzia-tasa ‰0,27 izan da, eta, bigarrenarena, ‰0,27. Haurdun guztien artean, erditzean, emakume batek izan zuen bakteriemia. Sepsia izan zuten jaioberri bi horien amek kolonizazio-azterketaren emaitza negatiboa izan zuten.

Ondorioak
Haurdunen kolonizazioa %15,7 izan da eta jaioberrien sepsiaren intzidentzia ‰0,54.

Bibliografia
Andreu A, Sanfeliu I, Viñas L, Barranco M, Dopico E, Guardia C, Juncosa T, Lite J, Sánchez L, Sierra M. Declive de la incidencia de la sepsis perinatal por estreptococo del grupo B (Barcelona 1994-2001). Relación con las políticas profilácticas. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21(4):171-173

Depresiorako farmakoen eraginkortasunaren konparaketa (II)

Eragin ez desiragarriak

AUTOREAK: ITXASNE GABILONDO, IBAN GUTIERREZ, JOKIN TXAKARTEGI.

Antidepresiboak lehen mailako tratamendu gisa erabiltzen dira depresio gertakari moderatu eta larrietan. Eraginkortasunaren aldetik antidepresibo mota ezberdinak nahiko antzekoak dira, baina eragin desiragaitzei erreparatuz gero, talde farmakologiko heterogeneo baten aurrean gaudela esan daiteke. Gaixo bati zein tratamendu antidepresibo ezarri erabaki tzerakoan, antidepresiboen aurkako efektuak kontutan izan behar dira. Eragin desiragaitz horiek gaixoarekin eztabaidatu ondoren, bere egoera eta nahiari hobekien egokitzen zaien tratamendua ezarriko zaio.

ADT: Antidepresibo Triziklikoak [1,3]

Eragin desiragaitzak ugariak dira eta horregatik ez dira askorik erabiltzen. Tratamenduaren ondorio desiragaitzak farmakoek beste hartzaile batzuen gainean dituzten efektuengatik ematen dira. Maiztasun handiz agertzen direnak: pisua irabazi, idorreria, ikusmen lausotua, aho sikua, logura, likido euspena, takikardia, palpitazioak, hipotentsioa, zorabioa eta asaldura gastrointestinalak.

Hipotentsio eta bihotz erritmoan dituzten efektuengatik, arritmiak eragin ditzakete. Horregatik, angina, bihotzeko gaixotasun iskemikoa edo hipertentsioa duten gaixoek kontuz erabili behar dituzte. Kontraindikaturik daude berriki bihotzeko infartu akutua izan duten gaixoengan eta arritmiak sufritzeko arrisku altua dutenengan.

ADTek dosi altutan konbultsio atalasea jaitsi dezaketenez, tentuz erabili behar dira gaixo epileptiko eta droga edo alkoholen neurriz kanpoko hartzeak ematen direneko kasuetan.

Ikusmen lausotua, logura eta hipotentsio posturalaren eraginez, farmako hauek erorketak ekar ditzakete; kontuz erabili behar dira adinekoekin.

Kontrako efektu hauen agerpena prebenitzeko dosia gutxi-gutxika igotzea gomendatzen da.

Bestalde, arraroagoak badira ere, hiponatremia eta disfuntzio sexuala ere agertu daitezke.

ISRS: Serotoninaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboak [2,3]

ISRSak lehen mailako tratamendua bilakatu dira depresio moderatu eta larrian, gida guztiek gomendatzen dituztelarik. ADTak bezain eraginkorrak izanik ez dituzte eragin desiragaitz antikolinergikorik, kardiobaskularrik ezta pisu igoerarik eragiten ere. Orokorrean, kontrako efektu arinak dituzte.

Talde benetan heterogeneoa da; hartzaileen selektibitatean, ezaugarri farmakozinetikoetan, potentzian, etab ezberdintzen dira. Desberdintasun hauek eraginkortasuna bera baino sortuko dituzten kontrako efektu eta elkarrekintzak baldintzatuko dituzte.

Hurrengo orrialdean gehiago

Taula I: ISRSen bereizgarriak diren kontrako efektuak. [3]

ISRS	Kontrako efektu arruntenak
Fluoxetina	Goragalea, insomnioa eta antsietatea. Efektu hauek tratamenduaren hasieran ager daitezke, eta aste bete edo biren buruan konpontzen dira. Fluoxetina, gainontzeko ISRSak bezala, erlatiboki segurua da gaindosifikazioa ematen bada. Gaindosifikazioagatik eragindako heriotzak oso arraroak dira.
Sertralina	Asaldura gastrointestinalak (goragalea, beherakoa), insomnioa eta disfuntzio sexuala. Beste ISRSek baino goragale gehiago eragiten ditu, eta horregatik gaixo askoren tratamendu uztea gertatzen da. Gaindosifikazioa ematen bada erlatiboki segurua da.
Paroxetina	Fluoxetina eta sertralinak ez bezala, paroxetinak lasaigarri bezala jokatzea ekar dezake. Ager daitezkeen beste aurkako efektu batzuk nauseak, aho sikua eta disfuntzio sexuala dira. Zenbait ikerketen arabera gainera, disfuntzio sexuala beste ISRSek eragindakoa baino zertxobait nabariagoa da. Haurdunaldian hartzea ez da gomendatzen. Sortzetiko malformazioak eragiteko zenbatekoa %3-4ean igo dezake eta %1-2an bihotzeko sortzetiko malformazioak.
Fluvoxamina	Gainontzeko ISRSen antzeko kontrako efektuak. Badirudi arazo gastrointestinalak errazago eragiten dituela, hesteak nahasteko duen joera dela eta.
Citalopram Escitalopram	Goragalea, urduritasuna eta izerdia areagotzea. Saio klinikoetan tratamenduaren uzte gutxiago eragin dute.

Taulako aurkako efektuak bereizgarrienak badira ere, beraien segurtasunari buruzko datu berriak aurki daitezke nonahi, gerora egin diren ikerketei esker. [4]

Hestegorriko hemorragiak

ISRSak hartzen dituzten gaixoek, hiru aldiz probabilitate handiagoa dute liseri-aparatuko odoljarioak sufritzeko hartzen ez dutenekin alderatuz. Arrisku hau 3tik 16 aldira hazten da ISRSak antiinflamatorio ez-esteroideoekin (AIEEak) batera hartzen direnean. Kontu handiz erabili behar dira, 80 urte baino gehiago duten pazienteetan, ultzera gastrointestinalen aurrekariak dituztenetan edota hemorragiak pairatzeko arriskua berez handiturik duten kasuetan.

Hiponatremia

Hormona antidiuretikoa desegokiro jariatzeko sindromearen eraginez gerta daiteke. Sindrome hau, ISRSak hartzen dituzten gaixoengan, asintomatikoa den hiponatremia bezala agertzen da eta ustez baino sarriago. Goiz detektatzen ez bada, larria izatera iritsi daiteke baita heriotza ekarri ere. Kontutan izan behar diren arrisku faktoreak: adina (adinekoek arrisku altuagoa dute), emakumezkoa izatea, pisu baxua, diuretikoak erabiltzea eta sodio plasmatikoa baxua izatea. ISRSaren tratamendua kendu eta bi astera konpondu daikete asaldura. Lehen mailako arretan, hiponatremia badago, likidoen kontsumoa murriztea gomendatzen da.

Disfuntzio sexuala

Esperientzia klinikoak aditzera eman duenez, ISRS guztiek eragin dezakete disfuntzio sexuala. Kasuen %54-65ek nabaritzen dute sexualitatearen gainbehera, bizi kalitate mailaren beherakada ere suposatuz. Tratamenduarekiko atxekimendua zailtzen du aurkako efektu honek.

Buruaz beste egiteko arriskua

Badirudi, ISRSek suizidio arriskua areagotu dezaketela gaixo batzuengan, batez ere tratamenduaren lehenengo asteetan, eragiten dituzten urduritze eta aktibazio egoerak direla eta. Tratamendua ezarri eta lehenengo asteetan, monitorizazioa gomendatzen da buruaz beste egiteko arrisku altua dagoenean edo 30 urte baino gutxiago dituztenengan, ume eta nerabe guztiak barne. Arrisku hau depresioaren aurkako beste farmakoekin ere erlazionatu izan da.

VENLAFAXINA [3]

Depresioaren aurkako farmakoen artean, bigarren mailako tratamendu gisa erabiltzea gomendatzen da.

Kontrako efektu kardiobaskularrak ditu: tentsioa igotzen du eta arritmiak eragin ditzake dosi altuekin batez ere. Kontuz erabili behar dute gaixo hipertentsoek eta kontraindikaturik dago berriki bihotzeko infartu akutua egon bada edo arritmiak sufritzeko arriskua altua denean. Kontrako efektuen ondorioz, tratamendua bertan behera uzteko probabilitate handiagoa erakusten du venlafaxinak, eta ISRSak baino garestiagoa da eraginkortasun berdina izanik. Gaindosifikazioa ematen bada, ISRSak baino arriskutsuagoa da eta badirudi, ISRSekin alderatuz suizidiorako arrisku gehiago duela.

Beste farmako berri batzuk

DULOXETINA [5]

Duloxetina farmako berria da. Maizen agertzen diren kontrako efektuak hauexek dira: gorakoak, buruko mina, aho sikua, logura, nekea, logabezia, zorabioak eta idorreria.

Hala ere, ez hain ohikoak diren beste eragin desiragaitz batzuk ere ager daitezke, besteak beste, pisu galera, palpitazioak, dardarak, parestesiak, disgeusia, ikusmen lausotua, akufenoak, asaldura digestiboak, izertza nabaria, min eta espasmo muskulo-eskeletikoak, tentsio muskularra eta disfuntzio sexuala.

FDA-ak, duloxetina autorizatu zenez geroztik 3 urteko epean jasotako segurtasun datuetan oinarrituz, farmakoaren segurtasun datuen azterketa egin du. Ikusi denez, hemorragia digestiboak, hiponatremia, erorketak edo eta gernu erretentzioak eragin ditzake. Farmakoaren fitxa teknikoan adierazten dira kontrako efektu hauek.

BUPROPION [6,7]

Katekolaminen birkaptazio neuronalaren inhibitzaile selektiboa da, serotoninarengan efektu gutxi duena eta depresioaren tratamendurako erabili aurretik, tabakismoaren aurkako tratamenduan erabilia izan dena.

Hurrengo orrialdean gehiago ➽

ISRSen antzeko aurkako efektuak ditu. Maiztasun handiagoan aurkezten direnak lozina, aho sikua eta goragalea dira. Badirudi, aho sikua ISRSekin baino sarriago ematen dela, eta alderantziz, logura eta beherakoa ISRSekin baino gutxiagotan. Konbultsioak eragiteko arriskua areagotu dezake, batez ere dosi altuak erabiltzen badira. Beraz, kontraindikaturik dago asaldura konbultsiboak dituztenengan eta batez ere, konbultsioen atalase-maila baxua duten pertsonengan. Bulimia, anorexia, gibel-zirrosian edo IMAOekin batera hartzea ere kontraindikaturik dago.

Bupropionak ere gaixoak bere buruaz beste egiteko arriskua areagotu dezake. Saio kliniko gehienetan, bupropionak beste antidepresiboekin konparatuz disfuntzio sexual gutxiago eragin duela nabari da. Arlo sexualaren gainbeherari garrantzi handia ematen dioten gaixoei zuzendutako alternatiba izan daiteke.

AGOMELATINA [8]

Antidepresibo berritzailea da ekintza mekanismoari dagokionean, eta ISRSekin konparatuz profil toxikologiko ezberdina du.

Maiztasun handiagoarekin ageri diren kontrako efektuak, zefalea, zorabioa, logura, goragaleak, beherakoa, idorreria, sabelaldeko mina, gehiegizko izerdia, bizkarreko mina, nekea eta zenbait entzima hepatikoren odoleko baloreen igoera dira. Azken honek gibel funtzioaren azterketak egitea eskatzen du, bai hasieran, tratamendua ezarria dagoen bitartean eta baita tratamenduarekin bukatu eta gero, periodikotasun bat mantenduz.

Bibliografia:

1- Tricyclic antidepressants and the elderly. Regional Drug and Therapeutics Centre. Safer Medication use. 2010;6:1-3. . http://www.nyrdtc.nhs.uk/Services/adr_mon/adr_safer_medicine_use/adr_safer_medicine_use.html
2- Hirsch M, Birnbaum RJ. Antidepressant medication in adults: SSRIs and SNRI [linean:UpToDate]. Schwendk TL (Ed), 2009. [kontsulta:2010.eko apirilaren 13an].
3- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.
4- Nuevos datos de seguridad de antidepresivos ISRS.INFAC.2007;15(2):5-8.
5- Comité Mixto de Evaluación de nuevos medicamentos. Duloxetina. Ficha de Nuevo Medicamento. 2009;158:1-2. http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/innovaciones_terap/es_1221/innter_c.html
6- Bupropion (Zyntabac®, Quomem®): Una alternativa para dejar de fumar. INFAC. 2001;9(2):8-9.
7- CADIME. Bupropion. Ficha novedad terapéutica. 2009;3:1-2
8- Ficha técnica Valdoxan®. http://www.ema.europa.eu/humandocs/ PDFs/EPAR/valdoxan/H-915-PI-es.pdf

Atentzio defizita eta hiperaktibitatearen asaldura (ADHA)

AMAIA GARITANO

1897an Bournevillek "ume desorekatuak" definitu zituenetik, historian zehar izendapen ugari jaso ditu asaldura horrek. Hori dela eta, zaila izan da definizioa, etiopatogenia eta diagnostikoa zehaztea. Gaur egun bi terminologia erabiltzen dira: batetik, Ameriketako Psikiatriaren Akademiak (APAk) ezarritako DSM-IVak (Diagnostic and Statistical Manual) definitzen duen Atentzio Defizita eta Hiperaktibitatearen Asaldura (ADHA), eta bestetik, OMEren ICD-10ak (Internatial Classification of Diseases) ezartzen duen Asaldura Hiperzinetikoa.

ADHA haurtzaroan hasten da, eta honela definitu genezake: **arreta mantentzeko zailtasuna, inpultsibitatea eta/edo hiperaktibitatea** sintomatzat dituen oinarri neurobiologikoko portaeraren nahaste kronikoa. Halaber, eskola-adinean dauden umeengan ematen den prebalentzia altuenekoa da, nahaste neurokonduktual ohikoena eta ikertuena izateaz gain. ADHA gehiegi edo gutxiegi diagnostikatzen da, eta geografi ak zein demografi ak ere eragina dutela esan daiteke. DSM-IVren datuen arabera, haur- eta gazte-biztanleriaren % 3-7ri eragiten dio. Nerabe eta helduen kasuan zehaztu gabe daude prebalentzia-datu horiek, baina ikusi denez, diagnostikatutako pazienteen % 60-80k nerabezarora arte izango ditu sintomak, eta %30-50ek helduarora arte. Beraz, ADHAk **bilakaera kronikoa** du.

Eguneroko bizitza gehien oztopatzen duten sintomak umeek azaltzen dituzten hiperaktibitatea eta inpultsibitatea dira. Ikerketek diotenez, ADHA mutilengan arruntagoa da neskengan baino. Neskengan sintoma nagusia arretagabezia denez, askotan kasu horiek oharkabean igarotzen dira eta, ondorioz, nahaste hau neskengan infradiagnostikaturik dagoela esan genezake.

Haur horiengan ohikoa da eskola-porrota, auto-estima baxua eta ikaskide, irakasle eta gurasoekin harreman eskasa izatea. Gainera, sarritan, ADHA ez da bakarrik edo isolatuta ematen; **aldi berean beste nahaste batzuk** izan ditzakete: antsietatea, nahaste negatibista desafiatzailea, depresioa, Tourette Sindromea… Horrek diagnostikoa erabat zailtzen du.

Gaur egun, ADHA **etiologia ezezaguna** duen nahastea da eta asaldura horren adierazpena ez du faktore bakar batek mugatzen (ikus 1.taula). Teoria desberdinak dauden arren, gehienak bat datoz jatorri neurobiologikoa duen eta genetikoki transmititzen den nahastea dela esaterakoan. Uste denez, asaldura honetan inplikaturik dau-

ADHA haurtzaroan hasten da, eta honela definitu genezake: *arreta mantentzeko zailtasuna, inpultsibitatea eta/edo hiperaktibitatea* sintomatzat dituen oinarri neurobiologikoko portaeraren nahaste kronikoa

den geneek neurotransmisio dopaminergikoaren disfuntzioa eragiten dute. Dirudienez, gizarte- eta ingurune-faktoreek ADHA larritu, pronostikoa okertu eta nahaste horrekin batera eman daitezkeen asaldurak pairatzeko arriskua ere areagotu dezakete.

Eragiten duten faktore-aniztasuna dela eta, ADHAren **fisiopatologia eta adierazpen klinikoa oso heterogeneoa** da. Hau da, oinarrizko hiru sintomak (arreta-gabezia, inpultsibitatea eta hiperaktibitatea) ez dira beti intentsitate berean adierazten. Eta gainera, sintoma horiek adinarekin alda daitezke, hau da, ume, nerabe eta helduen sintomak ez dira berdinak izaten.

Pronostikoan eragin handia dute, besteak beste, sintomen larritasunak, tratamendu egokia jasotzeak, aldi berean beste gaixotasun batzuk izateak edo umearen adimen mailak. Gure inguruan DSM-IV irizpidea erabiltzen da diagnostiko klinikoa burutzeko. Oinarrizko sintomak kontuan izanik, ADHA **hiru azpi-mota**tan sailka daiteke: arreta-gabezia nagusitzen dena, hiperaktibitatea eta inpultsibitatea nagusitzen direna eta, azkenik, hiru sintomak bateraturik adierazten diren mota. Pazienteek mota desberdinak paira ditzakete euren bizitzan zehar, baina diagnosi egokia egite aldera, azken sei hilabetetan izan dituzten sintomei erreparatu behar zaie.

Pertsonen garapenerako kaltegarriak izan daitezkeen ondorio larriak ekiditeko, haur horiek **modu egokian aztertu** behar dira, eta ezinbestekoa da **tratamendu goiztiarra ezartzea**. Tratamenduaren eraginkortasuna monitorizatzeko, halaber, pediatra, guraso, irakasle eta kasu larrienetan neurologo, psikologo eta psikiatren partaidetza ezinbestekoa da. Tratamendua sintomatikoa da, hau da, ez du asaldura sendatzen. Sintomak arintzeaz gain, ondorengo helburuak ditu: ADHArekin erlazionaturiko sintomak detektatu eta tratatzea, haurren oreka emozionala eta auto-estima hobetzea, garapen akademiko eta sozialean laguntzea, eta familian sor litezkeen arazoak konpontzea. Horretarako, **farmako espezifikoak, portaera hobetzeko metodoak eta teknika kognitiboak konbinaturik** erabiltzen dira, horrela lortu baitira emaitzarik onenak. Tratamendu dietetiko, homeopatiko eta antzekoek, ordea, ez dute eraginkortasunik erakutsi.

ADHAren sintoma nagusienak tratatzeko farmako seguru eta eraginkorrak erabiltzen dira. Hala ere, medikazioa kontu handiz doitu behar da tratamenduaren eraginkortasun maximoa lortzeko. Dena den, ADHAdun **paziente guztiek ez dute tratamendu farmakologikorik behar**. Tratamendu farmakologikoa behar dutenengan, bi motako farmakoak erabil daitezke: batetik, lehen aukerakoak diren **estimulatzaileak** (**metilfenidatoa**), eta bestetik, bigarren aukerakoak diren **ez-estimulatzaileak** (**atomoxetina**). Espainian, gaur egun, ADHAren tratamendurako biak daude baimenduta sei urtetik gorako umeengan.

ADHArekin erlazionatzen diren arrisku faktoreak

1. Faktore biologi genetikoak

2. Faktore biologiko ez genetikoak

- Amak erditzean izandako arazoak
  - Erditze luzea izatea
  - Erditze zaila izatea
- Umeak toxinen eraginpean egotea
  - Amak haurdunaldian kontsumitutako alkohola, tabakoa…
- Amak haurdunaldian izandako estresa (moderatua edo larria)
- Jaioberriaren pisu baxua
  - 1.500 g-z azpitik eta, batez ere, 1.000 g-z azpitik
- Umeak izandako garun-lesioak
  - Infekzio edo traumatismoak

3. Gizarte –eta ingurune– faktoreak

- Gurasoen jokabide ezegokiak
  - Tratu txarrak, sexu gehiegikeria…
- Amaren eta umearen arteko harreman txarra
- Gurasoek psikopatologiak izatea
- Familiaren estres psikosoziala
  - Lan ezegonkortasuna, familia desegituratua…

Otzaurte-Arantzazu

mendi ibilaldia

Eguerdi aldera eguzkia agertu bazen ere, goizean euria egin zuen eta hankapean elurra izan zuten mendizaleek.

Maiatzak 9. Hitzorduari jaramon eginda goizeko 08:30ean Otzaurteko bentan gaude prest ibilaldiari ekiteko. Goiza goibel dago baino epel hegoaizearen eraginez. Susmoak beterik lehen ur ttanttak hasi dira Lizarrateko maldan gora. Bidezidorra buztinez josita dago eta, beraz, irristakorra. Gutako batek akrobazia-emanaldi bat oparitzen digu, baino bigarren saioa bukatu ondoren, kroketa itxuraz bihurturik, buru makur onartu egin behar du hasieratik eskaini zaion laguntza, hau da, makil teleskopiko pare bat. Hauetaz baliaturik lortzen du bat egitea Zegamatik Zalduendora dijoan ertaroko galtzadakin, eta berehala San Adriango harzuloaren babesean gaude. Historian zehar toki honek izan duen garrantziaren adierazpenak Gotzonen ahotik entzun ondoren, atsenaldiari amaiera eman eta berriro martxari ekiten diogu. Euriak erasotzen gaitu etengabe, baino ongi ekipatuak gaude eta hemendik aurrera esparrua laua izango denez, ibilera ez da oztopo haundia izanen guretzat. Galtzadan barrena jarraitzen dugu eta laurehun bat metro egin ondoren bide nagusia utzi eta basoan sartzen gera mendebalderuntz Urbiako borden bila. Basajaunak bezperan prestatutako elurrezko alfonbra zoragarri batekin hartzen gaitu basoak, eta horrela etengabe Perusaroiraino ehun zuria zanpatzen ibiliko gera.

Lainoa ere sartu zaigu Linategietara iritsi geranean. Euria goian, elurra hankapean eta lainoak gu besarkatzen baso barrenean. Sorgin giro xarmangarri honetan lehen argazkiak gure paseoaren lekuko izan daitezen. Aurrera goaz, bidea leuna da eta lasai-lasai ia konturatu gabe Perusaroikin topo egiten dugu. Pixka bat haruntzago Urbiako benta, baino hona iritsi aurretik azkeneko eragozpena gainditu behar dugu, erreka indartsu batek neurtuko du norberaren trebetasuna: luzera jauzika batzuk, pertiga erara besteak,, azkenean denok errekaz bestaldean bentara hamaiketakoa egitera, goxo-goxo bertako epel giroan. Bigarren argazki-saioa.

Hogei minutu geroago malda behera gindoazen Arantzazurantz zerua ireki eta lehen aldiz eguzkia agertu zitzaigunean. Ordubata laurden gutxitan Arantzazun ginen. Arropaz aldatu, bueltatxo bat eman, txikito bat hartu eta Goiko Bentara bazkaltzera. Jan-edanaz bapo egin ondoren kantatzeari ekin genion. Gezurra dirudi eguraldi txatxu bat izan arren, hain atsegin eta kontent ikustea bidelagun guztiak. Argi dago eguraldia ez dela aitzakia mendi-martxara ez etortzeko, aldiz aukera ezin hobea alkar ezagutu eta harremanak sakontzeko.

Santutegiaren edertasuna miretsi ondoren autobus batek eraman gintuen kotxeak berreskuratzera. Azken hitzerditxoak, bosteko eta musuak eta nor bere herrira hurrengo arte zain.

Ikusi mendizaleak baso eta zelaiak, mendi tontor gainera igo behar degu. Ez nekeak, ezta bide txarrak, gora gora Euskal Herria,a,a,a,a. Gu euskaldunak gera FEUSEko kideak.

Xabier de Miguel