

ADINEKO PAZIENTEAREN ASALDURAREN MANEUIA

Aurkibidea

SARRERA

PREBENTZIOA

TRATAMENDUA

Neurri ez-farmakologikoak

Tratamendu farmakologikoak

- **Antipsikotikoak**
 - Eraginkortasuna
 - Ondorio kaltegarriak
 - Erretiratzea
- **Beste farmako batzuk**

KONKLUSIOAK

SARRERA

Adineko paziente batengan, hainbat egoera klinikok eragin dezakete asaldura, batez ere, demenziarekin eta deliriumarekin zerikusia duten egoeretan¹.

Nahiz eta demenziaren funtsezko tasun klinikoa narriadura kognitiboa izan, burua galtzearen sintoma ez-kognitiboak edo konduktualak eta psikologikoak ia unibertsalak izaten dira paziente hauengan, gaixotasunaren bilakaeraren momenturen batean eta, sarritan nagusi izatera iristen dira, koadro klinikoaren barruan. Sintoma horien artean sartzen dira: asaldura, oldarkortasuna, haluzinazioak, eldarniozko ideiak, harat-honat ibiltzea, gogaldi etsia, antsietatea, lo ezin egina, portaera intrusiiboak edo desagokiak, etab.^{2,3}.

Bestalde, deliriuma eritasun aurreko ezagutza-funtzioaren testuinguruan gerta daitekeen edota demenzia bat okerragotu dezakeen sindrome akutu bat da. Nahasmen-koadro bat da bere ezaugarri nagusia, kontzientzia maila, arreta eta ezagutza-funtzioa bestelakotzen dira eta orduetan edo egunetan luza daiteke; arrazoi medikoengatik (metabolikoak, infekziosoak, deshidratazioa, gaixotasun organikoa, farmakoak, etab.) edo pazientearen ohiko ingurunea aldatu delako sortu ohi da¹. Era batean baino gehiagotan aurkez daiteke: delirium hiperaktiboa, hipoaktiboa edo mistoa⁴. Portaera psikomotorreko eta loa/esna-aldia eritimoaren nahasmenduek –gauetz lo ezin egina barne– adierazten

dute asaldura, baina existitzen dira delirium hipoaktiboak ere, ezaugarriekin: moteldura, lozorroa eta hipersomnia.

Kasu batzuetan demenziaren eta deliriumaren artean bereiztea zaila izaten bada ere, hasiera akutua, garapen gorabeheratsua, arreta gutxitzea, pentsamendu nahaspilatua eta kontzientzia maila bestelakotua deliriuma diagnostikatzeko aztarnak dira; esan behar da, bestalde, koadro hau potentzialki itzulgarria dela⁵.

Asaldurak pazientearen bizi-kalitatearen galera garrantzitsua dakar, ez bakarrik prozesuagatik beragatik, baita hura tratatzeko erabiltzen diren strategiengatik ere; alde batetik, pazienteak bakartzeko eta neurri gain medikalizatzeko joera izaten da, eta bestetik, zaintzailearen gainkargak eragina izan dezake pazienteak jasotzen duen atentzioaren kalitatean. Hori guztia dela eta, halako egoerek, askotan, familiak amore ematea ekartzen dute, eta pazienteak instituzioren baten esku uztea^{6,7}.

INFAC honen helburua arazo honen kudeaketa berrikustea da, prebentzio-neurriak eta esku-hartze ez-farmakologikoak nabarmentzeko eta tratamendu farmakologikoaren abantailak eta eragozpenak aditzera emateko.

INFAC buletina argitalpen elektronikoko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko.

dute asaldura, baina existitzen dira delirium hipoaktiboak ere, ezaugarriekin: moteldura, lozorroa eta hipersomnia.

Kasu batzuetan demenziaren eta deliriumaren artean bereiztea zaila izaten bada ere, hasiera akutua, garapen gorabeheratsua, arreta gutxitzea, pentsamendu nahaspilatua eta kontzientzia maila bestelakotua deliriuma diagnostikatzeko aztarnak dira; esan behar da, bestalde, koadro hau potentzialki itzulgarria dela⁵.

Asaldurak pazientearen bizi-kalitatearen galera garrantzitsua dakar, ez bakarrik prozesuagatik beragatik, baita hura tratatzeko erabiltzen diren strategiengatik ere; alde batetik, pazienteak bakartzeko eta neurri gain medikalizatzeko joera izaten da, eta bestetik, zaintzailearen gainkargak eragina izan dezake pazienteak jasotzen duen atentzioaren kalitatean. Hori guztia dela eta, halako egoerek, askotan, familiak amore ematea ekartzen dute, eta pazienteak instituzioren baten esku uztea^{6,7}.

INFAC honen helburua arazo honen kudeaketa berrikustea da, prebentzio-neurriak eta esku-hartze ez-farmakologikoak nabarmentzeko eta tratamendu farmakologikoaren abantailak eta eragozpenak aditzera emateko.

ASALDURAREN PREBENTZIOA

Asaldura, demenzia duen paziente batengan, hainbat molestia fisiko edo emozionalen adierazgarri izan daiteke: ondoeza/deserosotasuna, oinazea, beldurrak, orientazio eza, idorreria, gernu-infekzioa, pneumonia, farmako antikolinergikoen eragin kaltegarriak, estimulazio handiegia edota estali gabeko beste premia batzuk¹.

Asaldura jasateko joera duten pertsonengan, arrisku-faktoreen kontra jarduten duten esku-hartzeek asalduraren intzidentzia murriztu dezaketela ikusi da⁸. Esku-hartze horien artean aipatzekoak dira:

- **Arrisku-faktoreen aldakuntza:** denboran kokatzeko laguntzak (ordulariak, egutegiak); giro lasaia erraztea, estimulazio handiegirik gabe; talde-aktibitateak sustatzea asperdura eta bakardadea prebenitzeko; estimulazio kognitiboa; lehenbai-lehen mugiaraztea ebakuntzen edo ospitaleratzeen ondoren; behar dituzten pazienteek betaurrekoak eta entzungailuak erabiltzea; asaldura areagotu dezaketen farmakoak ekiditea edo monitorizatzea^{5,8}.
- **Tratatu gabeko oinazea asaldura sortzaile izan daiteke:** ahal den heinean, hobe da analgesiko ez-opioideak erabiltzea, potentzial txikiagoa baitute asaldura eragiteko. Oinaze handia bada, opioideen asaldura areagotzeko ahalmena eta oinazeak berak asaldura sortzeko duena balioetsi beharko dira. Erakunde baten esku dauden eta dementzia ertain-larria duten pazienteengan oinazearen tratamendu sistematikoak asaldura murriztu dezakeela ikusi da, antipsikotikoen alferrikako preskripzioak gutxituz^{8,9}.
- **Farmakoak asaldura sortzaile izan daitezke:** asaldura eragin dezakeen faktore bat –eta ekidin daitekeena– farmakoen erabilera da. Farmakoek asaldura areagotu edo larriagotu baitezakete. Horregatik, adineko pertsona polimedikatuen kasuan, sistematikoki berrikusi behar dira tratamendu farmakologikoak eta terapia-kateak bilatu behar dira aktiboki⁵⁻⁸. Egoitza geriatrikoetan egindako azterlan batean ikusi zen delirium arriskua gutxitu egin zela haren agerpena eragin dezaketen medikamentuen berrikuspen sistematizatua egin zenean (aplikazio informatiko bat erabili zen eta, ondoren, farmazialari batek esku hartu zuen)¹⁰.

Deliriuma edo demenziaren sintoma konduktualak eragiten edo luzatzen dituzten farmakoak^{5,8}

- Eragin antikolinergikoa duten farmakoak: amitriptilina eta gernu-espasmolitikoak (oxibutinina, tolterodina, solifenazina ...), eta abar.
 - Analgesikoak, opioideak bereziki.
 - Konbultsioen kontrakoak: karbamazepina, fenitoina, lebetiracetam, eta abar.
 - Parkinson gaixotasunaren aurkakoak.
 - Kortikoide sistemikoak, dosi handietan bereziki.
 - H₂ Antihistaminikoak.
 - Zenbait antibiotiko: ziprofloxacino, norfloxacino, metronidazol, klaritromizina, eta abar.
 - Litioa.
 - Digoxina.
- **Farmakoek ez dute beti babesten:** farmakoek (antipsikotikoak edo Alzheimer eritasunaren kontrakoak) ez dute argi eta garbi frogatu deliriumaren agerpena prebenitzen dutenik ospitaleratutako pazienteengan. 2013an egindako 6 azterlaneko berrikuspen sistematiko batek ondorioztatu zuen antipsikotikoek ebakuntza ondorengo deliriumaren intzidentzia murrizten dutela, baina ez haren larritasuna edo iraupena⁸.

ASALDURAREN TRATAMENDUA

Batzuetan, asalduraren azpian datzan arrazoia identifikatzeak eta konpontzeak (oinazea, infekzioa, idorreria, disnea edo arnasestua, bakardadea, giroko estresgarriak, gogo-beheraldia, etab.) hura ebaztera eraman dezake. Hala ere, egunetan eta asteetan luza daiteke asaldura, hura eragin zuen faktorea desagertu ostean, beraz, kasu horietan, beharrezkoa da neurriak zabaltzea.

NEURRI EZ-FARMAKOLOGIKOAK

Duela gutxi egindako berrikuspen sistematiko batek⁷ dementzia duten adineko pertsonen asalduraren maneian esku-hartze ez farmakologikoen eraginkortasuna aztertu zuen. Egoitza geriatrikoetako langileak komunikazioan eta artatze pertsonalizatuan prestatzeak asaldura (hala epe laburrean nola 6 hilabetera) murrizten zuela ondorioztatu zen. Aktibitate atsegingarriak gauzatzeko –adibidez, ukimena barne duten esku-hartze sentsorialak (ez da beharrezkoa masaje terapeutikoak izatea) edo musikoterapia– murriztu egiten du, epe laburrean, erakunde baten esku dauden adinekoen asaldura. Denboran zehar mantendu behar diren oinarriko neurriak dira. Aldiz, aromaterapiak eta argi-terapiak ez dute eraginkortasunik frogatu eta ez dago frogarik familiako zaintzaileak teknika psikologikoetan prestatzearen eraginkortasunari buruz⁷.

Gure inguruan, geriatrikoetako egoiliarretan lokailu mekanikoak erabiltzeak duen prebalentzia munduko altuenetakoa da (Katalunian duela gutxi egindako azterlan batean, prebalentzia orokorra % 21,5koa izan zen, eta % 41,2koa dementzia zuten pazienteengan)¹¹. Asaldurapean dauden pazienteen kasuan, lokailu mekanikoek larriagotu egiten dute asaldura eta lesioak, presio-ultzerak, inkontinentzia, erorketak, etab. sorraz ditzakete. Beraz, ahal dela haiek ekiditea gomendatzen da eta soilik

azken baliabide gisa erabiltzea^{4,8}. Kontrara, familiako eta zaintzaileen laguntza eta gainbegiratzea lagungarriak izaten dira prozesua konpontzeko. Ohe baxuak edo zoruaren gainean ipinitako koltxoiak erabiltzea prebentzio ona izan daiteke asaldurapean dauden pertsonen erorketen kontra^{4,8}.

Nafarroako Foru Erkidegoak lege bat onartu du Egoitzetako Gizarte Zerbitzuen esparruko lokailu fisiko eta farmakologikoen erabilerari buruz: **221/2011 FORU DEKRETUA**.

TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

ANTIPSIKOTIKOAK

Eraginkortasuna

Asaldura kontrolatzeko gure inguruan gehien praktikatzen den neurrietako bat antipsikotikoak erabiltzea da. Kataluniako duela gutxiko datuek adierazten dute demenzia duten pertsonen artean antipsikotikoak erabiltzen direla % 45eko prebalentziarekin¹². Europako beste herrialde batzuetan eta Australian ere prebalentzia handia du antipsikotikoen erabilerak instituzioen esku dauden eta demenzia duten pazienteengan¹³.

Hala ere, adinekoen asaldura tratatzean farmako horien eraginkortasuna bermatzen duten datuak nahiko mugatuak dira eta egiaztatu da, aldiz, demenzia duten adinekoetan haiek erabiltzeak handitu egiten duela garuneko hodiedetan arazoak izateko arriskua, heriotza barne; horregatik Ingalaterran, Suedian edota Australian hainbat estrategia jarri dituzte abian sendagai horien erabilera desegokia gutxitzeko¹³. Espainian, 2005eko otsailetik ezarrita dago antipsikotiko atipikoen **ikuskapen bisatua** 75 urtetik gorako pertsonen kasuan.

Adineko pertsoneri dagokienez garrantziko premisa bat da «dosi txikiekin hasia eta pixkanaka handitzea» (*start low and go slow*)^{1,4}.

Azterlan gutxitan konparatzen dira demenzia gabeko adinekoetan asaldura eta deliriuma kontrolatzeko erabiltzen diren antipsikotikoak⁴. Paziente horietan gomendatzen den farmakoa, erabilera-esperientzia handienekoa delako, haloperidola da, dosi apaletan⁸.

Demenzia duten pazienteetan, berriz, oro har, antipsikotiko atipikoak^{3,12} lehenetsi ohi dira, klasikoek (haloperidola, adibidez) sedazio handiegia, diszinesia berantiarra, erorketak eta hipotentsio posturala eragiten baitute.

Parkinson gaixotasuna edo Lewyren gorputzen demenzia duten pazienteentzat (bereziki sentiberak antipsikotikoen eragin kaltegarriekiko) kontraindikaturak daude antipsikotiko tipikoak –haloperidola, adibidez– eta antipsikotiko atipikoak ere kontu bereziz eta oso dosi txikietan erabili behar dira. Are gehiago, egile batzuek olanzapina eta risperidona ez erabiltzea gomendatzen dute^{3,5}.

Oro har, ez dira fenotiazinak (klorpormazina, esaterako) erabili behar, farmako horien ezaugarri antikolinergikoak direla eta.

Antipsikotikoak adinekoaren asalduran (5etik egokituta)

Sendagaia	Dosia	Iruzkina
Haloperidola	0,25 mg (2-3 tasta), bi aldiz egunean (gehienez 3 mg egunean)	Eraginkorra da deliriumaren sintoma akuatuak epe laburrean maneiatzeko (edozein kausaren ondorioz Parkinson daukaten pertsonentzat izan ezik). Ez da gomendatzen epe luzera erabiltzea.
Risperidona	0,25-0,5 mg-rekin hasi, egunean dosi baten edo bitan (demenzia duten pazienteengan, gehienez 2 mg egunean)	Alzheimer motako demenzia duten pazienteengan oldarkortasun iraunkorra tratatzeko onartutako antipsikotiko atipiko bakarra da. Dosi handiagoetan, handitu egiten da eragin extrapiramidalen intzidentzia.
Ketiapina*	12,5 mg-rekin hasi, egunean 2 dosi edo gehiagorekin (demenzia duten pazienteengan, gehienez 100 mg egunean)	Ez dago baimenduta demenzian sintoma neuropsikiatrikoak kontrolatzeko; hortaz, familiari jakitera eman eta haren onarpena erregistratu behar da. Seguruagoa, beharbada, hilkortasun arriskuari dagokionez.
Olanzapina*	2,5 mg-rekin hasi, egunean dosi baten edo bitan (gehienez 10 mg egunean; dosi txikiagoak demenzia duten pazienteengan)	Nahiz eta baliteken eraginkortasunen bat izatea asalduraren tratamenduan, ez da gomendatzen erabiltzea demenzia kasuetan. Efectu kaltegarri metabolikoak izateko arrisku handiagoarekin lotzen da.

(*) **1015/2009 ED**ren arabera, sendagaiak onartuta dituzten indikazioetatik kanpo erabili nahi direnean pazienteari eta/edo haren familiari informazioa ematea, baimena eskatzea eta historia klinikoan jasotzea behar da.

Gaur egun, haloperidola eta risperidona soilik baimentzen ditu Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS delakoa) demenzian asaldura tratatzeko.

Dementia kasuetan asaldura tratatzeko haloperidolaren erabilera buruzko Cochrane berrikuspen sistematiko batean ez zen kontrolerik hobekuntza adierazgarri ikusi. Izan ere, asaldura haloperidolarekin tratatu zitzaizen pazienteetan, erasoak gutxitu ziren arren, asalduraren beste alderdi batzuetan ez zuten aldaketarik izan¹⁴.

Risperidonaren kasuan¹⁵, AEMPSEk baimendutako indikazioak honako hau zehazten du: «*risperidona indikatuta dago Alzheimer motako demenzia ertain-larria duten pazienteetan ager daitekeen eraso iraunkorra epe laburrean tratatzeko (6 astera arte), baldin eta beste neurri ez-farmakologikoei erantzuten ez badiete eta beren buruari edo besteei kalte egiteko arriskua badago*». Cochrane berrikuspen sistematiko batek ondorioztatu zuen risperidonak (1-2 mg egunean) oldarkortasuna duen asaldura hobetzen zuela, baina oldarkortasun gabeko asalduran ez zekarrela hobekuntzarik¹⁶.

Ketiapina erabiltzea ez dago baimenduta demenzia duten pertsonen sintoma neuropsikiatrikoak kontrolatzeko. Ketipina indikazio horretarako erabiltzea aldeztu duten datu gutxi dauden arren, egile batzuek dosi apaletan erabil daitekeela iradokitzen dute, ordezko sendagai gisa, sintoma larriak eta desgaitzaileak dituzten pazienteengan, haren tolerantzia ona dela medio^{3,5}.

Ondorio kaltegarriak

Nahiz eta antipsikotikoen erabilera eta adineko pertsonengan ondorio kaltegarri larriak agertzea lotzen dituzten hainbat datu dauden, oso zabaldua dago farmako horien erabilpena populazio horretan. Ondorengo hauek dira antipsikotikoen efektu kaltegarri ohikoenak: sintoma extrapiramidalak, sedazioa, diszinesia berantiarra, ibileraren alterazioak eta erorketak, efektu antikolinergikoak eta QT bitartea luzatzea¹². Hilkortasuna eta garuneko hodiedtan arazoak izateko arriskua ere handitu egiten dira demenzia duten pazienteengan eta horrek segurtasun-alertak zabaltzea ekarri du^{12,1}.

- **Hilkortasuna:** Adineko pazienteetan farmako antipsikotikoak –bai tipikoak eta bai atipikoak– erabiltzea hilkortasuna handitzearekin erlazionatuta dago^{3,5,12,17}. Kalkulatu da, gutxi gorabehera, antipsikotikoekin 10-12 astetan tratatutako 100 pazientetarik heriotza bat gertatzen dela¹⁷. Behaketan oinarritutako azterlanek iradokitzen dute haloperidolekin dagoela arrisku handiena, arrisku ertaina risperidonarekin eta txikiagoa ketiapinarekin^{5,18}.
- **Garuneko hodiedtako ondorio kaltegarriak:** Antipsikotiko tipikoekin eta atipikoekin tratatzen diren pazienteek garuneko hodiedtan arazoak izateko arrisku handiagoa dute, baina ezin da zehaztu zein farmako talde den arrisku handienekoa. Adineko pazienteetan, arriskua handiagoa da tratamenduaren lehen asteetan, eta iktus aurrekariak dituzten pazienteek ere arrisku handiagoa dute^{5,17}.
- **Aparatu kardiobaskularreko ondorio kaltegarriak:** Antipsikotikoek, hala tipikoek nola atipikoek, berekin dakarte arazo kardiobaskularrak sufritzeko arriskua handitzea. QT bitartea luzatzea ere eragin dezakete (bereziki garrantzitsua adineko pazienteengan, berez, adinarekin luzatu egiten baita) eta handitu egiten da arritmia bentrikularra izateko arriskua. Paziente hauen adinak eta erikortasun kardiobaskularrak zaurgarriago egiten ditu hipotentsio efektuen eta sinkopeen aurrean. Hain maiz gertatzen ez diren beste ondorio batzuk miokarditisa eta tronbosi benoso sakona dira, azken hau segurtasun gomendio bat zabaltzeko motibo izan da^{5,17}. Antipsikotikoen erabilera epe laburrean –tratamendua hasi eta hilabete-ra– miokardio infartua izateko arriskua handitzearekin ere lotu izan da, infartu hori oinarritzko arriskuari edota pazienteen arrisku kardiobaskularri egotzi ezin zaionean¹⁹.
- **Pneumonia:** Pneumonia arriskua handitu egiten dela ikusi da antipsikotikoekin tratatutako adineko pazienteengan (dementia dutenengan eta ez dutenengan). Arriskua handiagoa da tratamenduaren hasieran eta antipsikotiko atipikoekin. Ez da ezagutzen nola handitzen duten antipsikotikoek arrisku hori, baina disfagia, ahoko lehortasuna eta sedazioa iradoki dira mekanismo posible gisa. Egitate horrek are gehiago mugatzen du antipsikotikoen erabilera, kontrako eztarrira joateko arrisku handia duten pazienteetan^{5,17}.
- **Giltzurruneko gutxiegitasun akutua:** Oraisu argitaratu da hainbat kasu eta kontrol buruzko azterlan bat²⁰ non ikusi den giltzurruneko gutxiegitasun akuturako arriskua handitu egin zela ospitaleratu gabeko 65 urtez gorako pazienteetan antipsikotiko atipikoak erabilia; pertsona horiei tratamendua hasi zitzaizen risperidona, ketiapina edo olanzapinarekin. Balioespena egiteko lehen aldagaia tratamenduaren lehen 90 egunetan ospitaleratzea izan zen, giltzurruneko gutxiegitasun akutuen kariaz, RR 1,73 (IC% 95: 1,55-1,92), eta % 0,41eko arriskuaren handitze absolutuarekin (IC% 95: % 0,33-0,49).

Azken urteotan, AEMPSEk hainbat informazio-ohar jaulki ditu antipsikotikoen segurtasuna gai hartuta. [2004/03 informazio-oharra](#): olanzapina, risperidona eta bai heriotza arriskua eta bai garuneko hodiedtan arazoak izateko arriskua handitzea; [2004/04 informazio-oharra](#): risperidona eta garuneko iskemia gertaldiak izateko arriskua; [2008/19 informazio-oharra](#): antipsikotiko tipikoak eta heriotza arriskua; eta [2009ko urriko hileko txostena](#), antipsikotikoei eta tronboenbolismo benosoari buruzko informazioa dakarrena.

Erretiratzea

Antipsikotikoen dosia pixkanaka gutxitzen saiatu behar litzateke, tratamendua kentzeraino, ahal bada, 3 hilabetetik behin gutxienez. Oso saiakuntza gutxi daude dementziako portaera-alterazioetan antipsikotikoen eraginkortasuna 3 hilabete baino gehiagoz aztertzen dutenak. Ildo horretan, Cochrane berrikuspen batek ondorioztatu du antipsikotikoak ken litezkeela portaeran eraginik izan gabe, sintoma larriagoak dituzten pazienteen kasuan izan ezik^{5,21}.

Farmakoak kentzeko estrategiei buruzko Infac buletinean jasotzen den bezala, antipsikotikoak kolpetik erretiratzeak bai sintomak berritzea eta bai erretiratze-sindromea (goragaleak, oka egitea, izerditzea, lo ezin egina, sintoma psikotikoak eta diszinesiak) eragin lezake. Horregatik, dosi minimoa erabiltzen denean izan ezik, 2 astetik behin dosiaren % 25-50 pixkanaka gutxitzen joatea gomendatzen da. Erretiratzea egitean arazoak ikusten badira, lehengo dosira itzuli behar litzateke eta dosiaren % 10 gutxitu, hilabetetik hilabetera.

Laburtuz, bada, dementzia duten adinekoetan antipsikotikoak erabiltzean hilkortasun arriskua igo egiten dela ikusirik, farmako horiek neurri ez-farmakologikoekin baretzen ez diren eta oso desgaitzaileak diren edo pazienteak eta bere ingurukoak arriskuan jartzen dituen asaldura larrien kasuan bakarrik daude indikatuta. Tratamenduaren eraginkortasuna eta ondorio kaltegarriak, gutxienez, 3 hilean behin ebaluatu behar lirateke²².

BESTE FARMAKO BATZUK

- **Kolinesterasaren inhibitzaileak:** dementzian ezagutza-funtzioa hobetzeko erabiltzen dira, emaitzak apalak badira ere. Asalduraren tratamenduan dituzten emaitzak hutsaren hurrengoak dira; ez da, hortaz, berorien erabilpena gomendatzen indikazio horretarako^{3,8,18}.
- **Benzodiazepinak:** alkohola edo droga lasaigarriak kentzeak eragindako asaldura tratatzeko daude indikatuta. Beste arrazoi batzuek eragindako asaldura akutuan oso paper mugatua dute, nahasmena okerragotu baitezakete. Ez dira erabili behar dementzia duten pertsonengan, narriadura kognitiboarekin eta erortzeko arriskua handitzearekin lotzen baitira^{3,8,18}.
- **Antidepressiboak:** izan lezakete zentzua asalduraren azpiko kausa antidepressiboak baldin bada³. Dementzian asaldura eta psikosia tratatzeko antidepressiboak erabiltzeari buruz egindako Cochrane berrikuspen sistematiko batek²³ aurkitu zuen sertralina eta zitalopram erabiltzeak asaldura sintomak gutxitu zituela, plazeboarekin alderatuta, bi azterlanetan. Bai bi farmako horiek eta bai trazodona nahiko ondo toleratzen direla dirudi plazeboarekin, antipsikotiko tipikoekin eta antipsikotiko atipikoekin alderatuta; hala ere, azterlanetako batez besteko zitalopram dosia 30 mg-koa izan zen, hau da, 65 urtetik gorakoei gomendatutako 20 mg-ko gehieneko dosia baino handiagoa. Argitaratutako azterlanak gutxi direnez, emaitza horiek berretsiko dituzten saiakuntza gehiago behar dira.
- **Epilepsiaren aurkakoak:** asalduraren eta dementziaren beste sintoma neuropsikiatriko batzuen tratamenduan antiepileptikoen erabilera egindako azterlanetan ez da emaitza argirik lortu; hortaz, ez da berorien erabilpena gomendatzen indikazio honetarako^{3,18}.

KONKLUSIOAK

- Beharrezkoa da asalduraren kausak eta hura azkartu duten faktoreak identifikatzea, askotan ekidin baitaitezke; kontrolatu gabeko gaixotasun organikoak eta/edo oinazearen presentzia deskartatu behar dira.
- Asaldura azkartu edo larriagotu dezaketen farmakoen erabilera berrikustea gomendatzen da.
- Lokailu mekanikoek okerragotu egiten dute asaldura eta lesioak, presio-ultzerak, inkontinentzia, erorketak, etab. sorraraz ditzakete. Beraz, ahal dela haiek ekiditea gomendatzen da eta soilik azken baliabide gisa erabiltzea.
- Ukimena barne duten esku-hartze sensorialek eta musikoterapiak murriztu egiten dute, epe laburrean, erakundeen esku dauden adinekoen asaldura.
- Antipsikotikoen erabilera neurri ez-farmakologikoekin baretzen ez diren eta oso desgaitzaileak diren, edo pazienteak eta bere ingurukoak arriskuan jartzen dituen, asaldura larrien kasuan bakarrik dago indikatuta.
- Pazienteari eta/edo bere zaintzaileari jakinarazi behar zaizkio antipsikotikoekin emango zaion tratamenduaren balizko arriskuak eta onurak eta sintomak ez tratatzearen ondorioak, eta historia klinikoan jasoko dira bai informazioa eman izana eta bai pazientearen eta/edo familiaren onarpena.
- Garrantzitsua da, aldizka, tratamenduaren eraginkortasuna ebaluatzea; nolahi ere, 6-12 astetik gora ez da luzatuko.

ESKER ONAK: Eskerrak eman nahi dizkiegu Juan Medrano Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko psikiatrari eta Iñaki Artaza sendagile geriatra eta Igurco Servicios Socio-sanitarios enpresako asistentzia-zuzendariari, testua irakurtzeagatik eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik.

BIBLIOGRAFIA

1. Peisah C, Chan DKY, McKay R, Kurrle SE, Reutens SG. Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. *Internal Med J.* 2011;41:651-657.
2. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, for the Detroit Expert Panel on the Assessment and Management of the Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multi-disciplinary Expert Panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:762-769.
3. Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. UpToDate. 2014. [on line]: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
4. Caplan G. Managing delirium in older patients. *Austr Prescr.* 2011;34:16-18.
5. Managing patients with dementia: What is the role of antipsychotics? *Best Practice Journal.* 2013(57):26-36. [on line]: <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2013/December/docs/BPJ57-dementia.pdf>
6. Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED. Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly people. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(4): 312-315.
7. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess.* 2014;18(39):1-226.
8. Francis J. Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UpToDate 2014. [on line]: <http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis>
9. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2011;343:d4065.
10. Clegg A, Siddiqi N, Heaven A, Young J, Holt R. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD009537. DOI: 10.1002/14651858.CD009537.pub2.
11. Servicio de Inspección y Registro. Uso racional de las contenciones físicas. Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de personas mayores. Generalitat de Catalunya. Departamento de Bienestar Social y Familia. Barcelona, 2011.
12. Altimir S, Álvarez M, Montané E. Sobreutilizació d'antipsicòtics en l'agitació i la demència en pacients d'edat avançada. *Butlletí d'informació terapèutica.* 2014;25(2):8-16.
13. Antipsychotic overuse in dementia-is there a problem? *Health news and evidence.* NPS. 2013; September.
14. Lonergan E, Luxenberg J, Colford JM, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002852. DOI: 10.1002/14651858.CD002852.
15. Fichas técnicas. [on line]: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTécnicas.do?metodo=detalleForm>
16. Ballard CG, Waite G, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2
17. Chahine L, Acar D, Chemali Z. The elderly safety imperative and antipsychotic usage. *Harv Rev Psychiatry.* 2010;18:158-172.
18. Management of non-cognitive symptoms associated with dementia. *Drugs and Therapeutic Bulletin.* 2014;52(10):114-8.
19. Brauer R, Smeeth L, Anaya-Izquierdo K, Timmis A, Denaxas SC, Farrington CP, et al. Antipsychotic drugs and risks of myocardial infarction: a self-controlled case series study. *Eur Heart J.* 2014; July 8. doi:10.1093/eurheartj/ehu263.
20. Hwang YJ, Dixon SN, Reiss JP et al. Atypical antipsychotics drugs and the risk for acute kidney injury and other adverse outcomes in older adults: a population-based cohort study. *Ann Intern Med.* 2014;161:242-8.
21. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD007726. DOI: 10.1002/14651858.CD007726.pub2.
22. Ballard C, Banerjee S, Barnett N, Brechin D, Brooker D, Burns A, et al. Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia. A best practice guide for health and social care professionals. 2014. Alzheimer's Society. UK.
23. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD008191. DOI: 10.1002/14651858.CD008191.pub2.

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2014ko urria

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzaiko intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es> helbidean

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Julia Barroso, Arrate Bengoa, Saioa Domingo, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiégui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

ISSN: 1575054-X