



DEMENTZIAREN SINTOMA PSIKOLOGIKO ETA KONDUKTUALAK KUDEATZEA

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ PERTSONA ARDATZ HARTUTAKO ABORDATZEA
- ▶ ESKU-HARTZE EZ-FARMAKOLOGIKOAK
- ▶ ANTIPSIKOTIKOEKIN EGITEN DEN TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA
- ▶ FUNTSEZKO IDEIAK



Dementzien sintoma psikologiko eta konduktualak (DSPK) —sintoma neuropsikiatriko ere deitzen direnak— zera dira: pertzepzioaren, pentsamenduaren edukiaren, gogo-aldartearen eta jokabideen alterazioaren zeinu eta sintomen multzoa. Sintoma horietako batzuk dira, adibidez, asaldura, depresioa, apatia, psikosia, agresioa, galdera errepikakorrak, loaren alterazioak, noraezean ibiltzea edo sozialki desegokiak diren portaerak. Osasun-emaizta eskasekin lotzen dira, hala nola gehiegizko morbiditatearekin, hilkortasunarekin, ospitaleratzeekin, instituzionalizazio goiztiarrarekin eta pazientearen eta haren zaintzaile edo senideen bizi-kalitate kaskarragoarekin^{1,2}. Dementziaren alterazio kognitibo eta funtzionalak ez bezala, sintoma psikologiko eta konduktualak episodikoak izaten dira, eta horregatik zailagoak dira prebenitzen eta tratatzen¹.

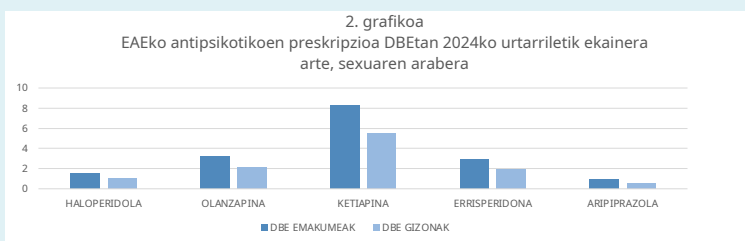
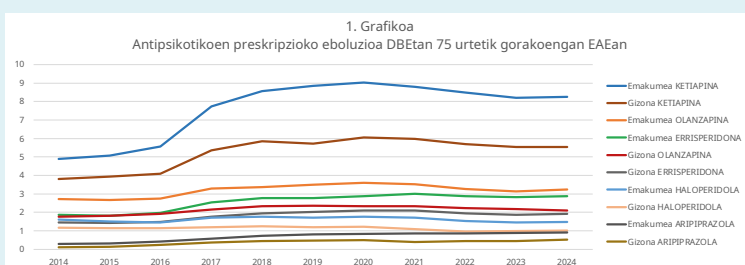
DSPKak garatzea eragin dezaketen zenbait faktore identifikatu dira: dementzia duen pertsonaren faktoreak (gaixotasunaren berezko faktore neurobiologikoak, gaixotasun mediko akutuak, premia asegabeak, nortasun mota eta aurretiazko gaixotasun psikiatrikoak) eta zaintzailearen eta ingurunearen faktoreak^{1,2}.

Dementzia duten pazienteen % 60-90ek DSPK bat edo hainbat izan ditzakete gaixo dauden bitartean; zenbat eta larriagoa gaixotasuna, orduan eta handiagoa izaten da halako sintomen prebalentzia³. Asaldura eta agresioa batez ere fase aurreratuetan agertu ohi dira¹, bereziki komunikazio-arazoak dituzten pertsonen kasuan².

Gaur egun, kezka eragiten du farmako antipsikotikoen gehiegizko erabilera; izan ere, beste psikofarmako batzuekin batera (antidepressiboak, antsiolitikoak, hipnotikoak eta lasaigarriak), erruz erabiltzen dira halako pazientei baliabide kimikoen bidez eusteko^{4,5}.

Duela 10 urte, [Infac](#) buletin batean, adineko pazienteen asaldura kudeatzeko moduak berrikusi ziren. Egungo gomendioek proposatzen dute pertsona bera ardatz hartzea, DSPKei heltzeko orduan, eta lehen aukerako neurri ez-farmakologikoak erabiltzea eta luzaroan iraunaraztea⁵⁻⁹. Arreta-eredu berriak garatu dira, hala nola [María Wolff fundazioaren](#) CHROME irizpideak, zentroek pazienteak lotzeko neurririk erabiltzen ez dutela egiaztatzeko direnak, edo [Cuidados Dignos fundazioaren](#) Libera-Care tokiko proiektua, pertsona ardatz izanik lotze-neurririk erabiltzen ez duen zaintza-eredua proposatzen duena. Orobat, gizarteak gero eta kontzientzia maila handiagoa du zainketen kontsiderazio etikoei buruz, eta horrek paradigma aldatzea eskatzen du.

EAEko kontsumo-datuen arabera, azken 10 urteotan nabarmen handitu da antipsikotikoen kontsumoa (N05A): 2014an, DBE 12,58 zen, eta 2024ko ekainean, berriz, 15,24. Zehazki, azken 10 urteotan 75 urtetik gorakoei gehien preskribatutako bost farmako antipsikotikoak aztertuz gero (haloperidola, errisperidona, ketiapina, olanzapina eta aripiprazola), ikusten da farmako guztien preskripzioak goranzko joera izan duela, haloperidolaren kasuan izan ezik, zeina egonkor mantendu baita (ikusi 1. grafikoa). Datu gaurkotuenak azertu (2024ko urtarrila-ekaina) eta generoaren arabera bereizten baditugu, ikusten da antipsikotiko guztiak maizago preskribatzen zaizkiela 75 urtetik gorako emakumeei eta gehien-gehien preskribatzen zaien farmakoa ketiapina dela (ikusi 2. grafikoa).



*DBE: eguneko dosi definituak, 1.000 biztanleko eta eguneko; iturria: Farmazia Zuzendaritzako Prestazio Farmazeutikoen Zerbitzua.

Buletin honen helburua da DSPKei heltzeko gomendio sorta bat proposatzea, betiere pertsona ardatz hartuta, dementzia dutenek antipsikotikoak zuhurtziaz erabil ditzaten.

PERTSONA ARDATZ HARTUTAKO ABORDATZEA

DSPKak lantzeko orduan, gomendatzen da dementzia duen pertsona ardatz hartzea, eta aldi oro aitortzea pertsona guztien berezko balioa, duintasuna eta gizatasuna. Alegia, garrantzia eman behar zaie pertsonaren inguruabarrei, banakotasunari, bizi-historia eta -proiektuari eta ingurunearekin dituen harreman eta interakzioei, eta, halaber, aintzat hartu behar dira zaintzaileen eta senideen beharrak, komeni baita haien lana babestu eta hobetzea⁵⁻⁹.

Ildo horretatik, funtsezkoa da hasierako ebaluazioa pazientearen eta zaintzaile nahiz senideen laguntzarekin egitea, alderdi hauek baloratzeko, anamnesia erabilita: pazientearen egoera mentala, gogo-aldarte, funtzio kognitiboaren aldaketak eta sintomaren tipifikazioa (hasiera, larritasuna eta portaera-patroia). Halaber, delirioa dagoenik baztertu behar da, zeren eta delirioak diagnostikoa nahasbidea eragin baitezake. Funtsezkoa da sintomen azpian dauden arrazoiak edo arrazoi abiarazleak baloratzeko eta, beraz, oztopo izan daiteke halako sintomak saihesteko eta zuzentzeko (ikusi 1. taula)^{6,7,9}.

1. taula. DSPKak baloratzeko kontuan hartu behar diren faktoreak (hemendik egokitua: 1,3,10).

	Hauekin erlazionaturako faktoreak		
	Pertsona	Zaintzailea	Ingurunea
Babes-faktoreak	<ul style="list-style-type: none"> Zainketa-plan pertsonalizatua izatea Betaurrekoak eta audifonoak jartzea, beharrezkoa denean Loaren higie-ne ona izatea 	<ul style="list-style-type: none"> Senide edo zaintzaile bat alboan izatea Dementziari buruzko prestakuntza izatea Zaintzaileei laguntzeko baliabideak izatea Pazienteak zer nahiago duen jakitea 	<ul style="list-style-type: none"> Ingurune ezagunean bizitzea
Predisposizio-faktoreak	<ul style="list-style-type: none"> Ikusmen- edo entzumen-urritasuna Komorbilitate psikiatrikoak Dementziaren larritasuna areagotzea Farmakoak* (antikolinergikoak, opiazeoak, benzodiazepinak, antikonbultsiboak, kortikoideak dosi altuetan) Bakardadea 	<ul style="list-style-type: none"> Zaintzailearen lan-karga edo gaixotasuna 	<ul style="list-style-type: none"> Egokitu gabeko inguruneak Argiarekiko esposizio eskasa Estimulazio gutxiegi edo gehiegi
Faktore bultzatzaileak	<ul style="list-style-type: none"> Premia asegabeak: mina, gosea edo egarria, loaren nahasmenduak Bero edo hotz handiegia izatearen sentrazioa Medikazio-aldaketak Gaixotasunak: infekzioak, deshidratazioa, hiponatremia, idorreria, gernu-erretentzioa 	<ul style="list-style-type: none"> Zaintzaile-aldaketa Zaintzailearen edo senidearen estresa edo depresioa 	<ul style="list-style-type: none"> Zarata Pribatutasunik edo segurtasunik eza Argi gehiegi edo gutxiegi Errutina-aldaketak Temperatura-aldaketak
Faktore iraunarazleak		<ul style="list-style-type: none"> Pazientearen eta zaintzailearen arteko komunikazio-estrategia eskasak Zainketa-plan pertsonalizatua behar ez bezala ezartzea Zaintzaileei laguntzarik ez ematea 	<ul style="list-style-type: none"> Egokitu gabeko inguruneak

*Komeni da medikazioa berrikustea, bai DSPKak agertzea eragin dezaketen farmakoak detektatzeko, hala nola karga antikolinergikoa duten farmakoak (ikusi INFAC), opioideak, benzodiazepinak eta beste hipnotiko eta lasaigarri batzuk, bai eta adineko pazienteentzat desegokia den medikazioa detektatzeko ere (STOPP irizpideak, Beers-en irizpideak)^{2,3,7}.

Faktore psikosozialek eta inguruneak zeresan handia dutenez DSPK-en garapenean, baliagarria da halakoak identifikatuta edukitzea, ager ez daitezen eta, agertuz gero, neurri zuzentzaileak jar daitezen^{1,7}. Hasierako

balorazio-fase honetan, sintomak kategorizatzen da eta haien maiztasuna eta larritasuna baloratzeko, Cummings-en Inbentario Neuropsikiatrikoa (NPI) erabiltzea gomendatzen da (formulario gisa eskura daiteke Osabiden), zeina Espainiako herritarrentzat balidatua baitago¹¹; zainketa-plana taxutzeko, aldiz, DICE (*Describe, Investigate, Create, Evaluate*) eredu erabiltzea gomendatzen da^{1,12}.



“ **Esku-hartze ez-farmakologikoak ez dira tratamenduaren parte bat soilik. Tratamendua bera DIRA.** ”

Hain zuzen ere, mina identifikatzeko, erabilgarria izan daiteke **PAINAD** eskala, zeinak minaren esperientzia subjektiboaren konstruktua globalarekin zerikusia duten bost portaera balioesten baititu: arnasketa, bokalizazio negatiboa, aurpegiko adierazpena, gorputz-hizkuntza eta kontsolagarritasuna^{3,13}. Eskala hori formulario gisa eskura daiteke Osabiden: “Komunikatu ezin diren pazienteen mina ebaluatzeko Painad eskala”.

ESKU-HARTZE EZ-FARMAKOLOGIKOAK

Praktika klinikoaren gidex^{7,8,9}, mediku-antolakundeek eta aditu-taldeek^{5,10,12} esku-hartze ez-farmakologikoak gomendatzen dituzte lehen aukerako tratamendu gisa, nola bestelako esku-hartzerik gabe, hala tratamendu farmakologikoarekin batera. Esku-hartze ez-farmakologikoen helburu nagusiak prebentzioa, sintomaren hobekuntza eta zainztzailearen estresaren eta gaitzaren murrizketa dira¹².

Esku-hartze ez-farmakologikoen eta farmakologikoen arteko zuzeneko konparazio gutxi egin badira ere, ebidentziak aditzera ematen du esku-hartze ez-farmakologikoak seguruak direla eta tratamendu farmakologikoen efikazia bera edo handiagoa dutela⁷.

Paziente instituzionalizatuekin egindako azterketen sareko metaanalisia batean ondorioztatu zen aire zabaleko jardueretan, masajeetan eta ariketa fisikoan oinarritutako esku-hartze ez-farmakologikoen apaldu egiten zituztela asaldura fisikoa eta hitzezko agresioa, tratamendu farmakologikoen alderatuta⁹.

Hala ere, askotan, tratamendu farmakologikoa hobesten da, estrategia ez-farmakologikoak aplikatzeko prestakuntza- edo denbora-faltagatik, efikazia txikia dutela pentsatzeagatik edo pautei buruzko gomendio argirik ez izateagatik. Horrez gainera, aurrez egin diren azterketek zenbait muga izan dituzte (hala nola lagin txikiak, hutsune metodologikoak eta demenzia larria duten paziente instituzionalizatuak izatea ikergai), eta hori traba izan da neurri ez-farmakologikoak lehenesteko¹.

Kontuan izan behar da DSPK-en arazoak konplexuak izaten direla, eta, beraz, ez dagoela konponbide bakar bat kasu guztietarako¹. Esku-hartze ez-farmakologikoen nahikoa ebidentzia erakutsi dute halako sintometako askotan aplikatu ahal izateko. Zer esku-hartze mota ezarriko den erabakitzeke, aintzat hartu behar dira pertsonaren aurrekariak, portaera mota eta zainketa-plan indibidualizatua, bai eta sintomak zer testuingurutan agertzen diren ere. Etengabe ebaluatu behar da esku-hartzeen eraginkortasuna, eta zainketa-plana egokitu, pertsonaren portaeran edo erantzunean egon diren aldaketan arabera⁷.

Esku-hartzeok zainketa-eredu psikosozialaren barruan kokatzen dira, eta pazientei edo haien senide edo zainztzaileei zuzenduta egon daitezke, edo ingurunean aplikatzekoak izan¹.

Pazienteari zuzendutako esku-hartze ez-farmakologikoak dira, adibidez, demetzia duen pertsonari egokitutako psikoterapia, ariketa fisikoa, esku-hartze sentsoriala (aromaterapia, masajea), musika-terapia, animaliek lagundutako terapia eta abar. Gainera, are eraginkorragoa izan daiteke bat baino gehiago aldi berean aplikatzea⁷. Jarduerak indibidualizatu egin behar dira, pertsonak galdu ez dituen gaitasunetan arreta jarri, eta lehendik zituen rol, interes eta zaletasunak aintzat hartu behar dira^{7,9}. Dagoen informazioaren arabera, esku-hartze hauek honetarako dira onuragarriak:

- Musika-terapia: depresio-sintomak, portaera-arazoak² eta asaldura⁷ epe laburrera murrizteko (<4 aste).
- Aromaterapia: asaldura arintzeko, izpiliku-olioa bide topikotik aplikatuz (adibidez, masajeen bidez) edo inhalatuz⁷; praktika segurua da, eta erraz administra daiteke³.
- Masajea: aurrez depresiorik diagnostikatu ez zaien pertsonen depresio-sintomak hobetzeko⁷. Musika-terapiarekin konbinatuz gero, asaldura eta agresioa hobetzen laguntzen du¹⁰.
- Ariketa fisikoa: depresio-sintomak hobetzeko (aurrez depresiorik diagnostikatu ez zaien pertsonak direnean) eta, neurri apalagoan, asaldura-sintomak hobetzeko⁷.
- Estimulazio kognitiboko teknikak, batez ere ariketa fisikoari eta interakzio sozialari lotuta daudenak: demetzia duten pazienteen depresio-sintomak arintzeko^{2,7,10}.
- Terapia okupazionala, eta psikoterapia- eta oroitzapen-tekniken eta ingurunea aldatzeko tekniken arteko konbinazioa: depresio-kasuetarako^{2,7,10}.

Senide edo zaintzaileei zuzendutako esku-hartze ez-farmakologikoak dira ebidentzia gehien duten esku-hartze motak, eta frogatuta dago farmako antipsikotikoek baino efektu handiagoa dutela. Gatazkak gutxitu eta estresa murrizteko teknikan eta birformulazio kognitiboko teknikan trebatzen dira zaintzaileak (azken teknika hori terapia kognitibo-konduktualean erabiltzen da, pentsamendu negatiboak ordeztzeko)¹.

Ingurunean aplikatzekoak diren esku-hartzeak xede hauetara bideratuta daude: estimuluak kontrolatzera, espazioak egokitzera, jarduera egituratuak sustatzera (ariketa fisiko erregularra, pertsonaren interesekoak diren eta haren gaitasunei egokituta dauden jarduerak) eta eguneroko jardueretan errutina sekuentzialak ezartzera. Ebidentzien arabera, esku-hartze mota horiek baliagarriak dira zenbait portaera-sintoma prebenitzeko eta murrizteko, hala nola noraezean ibiltzea eta asaldura¹.

LOTZE-NEURRI KIMIKOAK EDO EUSTE-NEURRI FARMAKOLOGIKOAK⁵

Espainiako Geriatria eta Gerontologia Sozietatearen arabera, lotze- edo euste-neurri kimiko edo farmakologikoaren kontzeptuak definizio bat baino gehiago onartzen ditu, bibliografia zientifikoaren eta aplikatzekoa den testuinguruko erregulazio eta legeen eraginez; hau da, ez dago definizio adosturik.

Oro har, lotze-neurri kimikoak erabiltzea zera da: farmako jakin batzuk administratzea paziente asaldatuen jokabideari eusteko, uste denean jokabide hori arriskutsua izan daitekeela pazientearentzat, besteentzat edo paziente artatzen duten langileentzat. Alabaina, arriskutsuak izan daitezkeen jokabideak kontrolatzeaz harago, farmakoak administratzea euste-neurri kimikotzat hartzen da, paziente asaldatua edo agresioa sedatzeko erabiltzen denean; alegia, ez zuzenean arrazoi terapeutikoen bultzatuta. Hain zuzen, bigarren ñabardura horretan dago koska —“ez zuzenean arrazoi terapeutikoen bultzatuta” esateran—, kasu horietan ager baitaiteke euste-neurri kimikoak oker edo gehiegikeriaz erabiltzeko arriskua; esaterako, “noraezean ibiltzea, asaldura ez-psikotikoa, egonezin psikomotorra edo loaren nahasmenduak” tratatzeko.

LOTZE-NEURRI KIMIKOEN LEGERIA

Euskal Autonomia Erkidegoan, [126/2019 Euskal Autonomia Erkidegoko adinekoentzako egoitza-zentroei buruzkoa](#) Dekretuaren 22.2.c artikuluan arautzen dira lotze-neurriak edo loturak: “Ahal dela, lotura fisikoak eta **euste farmakologikoak** ez erabiltzea, zentroko zerbitzu medikoak aginduta baino ez baitira erabili behar eta, **azken baliabide gisa**, erabiltzailea bera edo gainerako egoiliarak arriskuan dauden egoeretan; horretarako, arreta-protokolo espezifikoak beteko dira beti”. Bestalde, 34. artikuluan portaera disruptiboak aipatzen dira: “Era berean, portaera disruptiboak prebenitzeko eta halako portaerarik ez sortzeko teknikak aplikatuko dituzte profesionalak. **Neurri horiek nahikoak ez direnean portaera horiei aurrea hartzeko edo halakoak kontrolatzeko, edo erabiltzailearen edo gainontzeko erabiltzaileen osotasunerako arriskua dakartenean, tratamendu farmakologikoa erabiliko da.** Tratamendu hori medikuaren agindu berrikusgarri baten bidez emango da beti, eta erregistratu egingo da agindutako botika eta emateko arazoia”. Eusko Jaurilaritza [dekretu berri bat](#) lantzen ari da gaur egun.

Estatuan, berriz, [Estatuko Fiskaltza Nagusiaren urtarrilaren 19ko 1/2022 Instrukzioa](#) da erreferentzia unitate psikiatrikoetan, osasun mentaleko unitateetan eta adinekoen edo desgaitasuna duten pertsonen egoitza-zentroetan edo zentro soziosanitarioetan euste-neurri mekanikoak edo farmakologikoak erabiltzeari buruzkoa, zeren eta han xedatzen baita euste-neurri farmakologikoak paziente sedatzeko soilik baliatzea erabilera txarra egitea dela eta ezartzen du halako euste-neurriak erabiliko direla bakar-bakarrik pertsonaren edo hirugarrenen segurtasunerako hurreko arriskua bada edo aurrez medikuaren preskripzioa eskuratu bada.

Ez dago frogatuta farmako antipsikotikoak neurri ez-farmakologikoak baino efikazagoak direnik DSPKak tratatzeko. Frogatuta dago, aldiz, onura txikiak eragiten dituztela sintoma psikotikoak, asaldura eta agresioak tratatzeko. Plazebo-taldeen erantzun-tasa altuak izan dituzte saiakuntzetan (% 30ekoak gutxi gorabehera), eta horrek erakusten du halako sintomak berez arintzen direla hiru hilabete igarotakoan eta gaixotasunak bilakaera positiboa izan ohi duela. Horrek guztiak azal dezake, hain zuzen ere, praktika klinikoan ikusten den farmakoen itxurazko eraginkortasuna¹⁴.

Antipsikotikoek efikazia xumea dute asaldura eta agresioa epe laburrera arintzeko, eta hori kontuan hartu behar da erabakia hartu baino lehen; izan ere, demenzia duten pertsonen kasuan, antipsikotikoak hartzeak iktusa izateko arriskua eta hilkortasuna handitzen ditu. Epe luzeko onurak (>3 hilabete) ez dira argiak, eta heriotza-arriskuak nabarmen handia izaten jarraitzen du^{14,15}.

Iktus-arriskua eta hilkortasuna handitzeaz gain, farmako antipsikotikoak ererikoak, hausturak eta pneumonia izateko arrisku handiagoarekin lotu dira, eta horri lehenik ere ezagunak diren albo-ondorioak gehitu behar zaizkio: ondorio metabolikoak (pisua hartzea, diabetesa, sindrome metabolikoa), kardiakoak (QT tartearen luzapena), estrapiramidalak (distonia, akatisia, diszinesia berantiarra, parkinsonismoa) eta nerbio-sistema zentralari eragiten diotenak (somnia, okerragotze kognitiboa eta, gutxiagotan, ibileraren alterazioa eta konbultsioak)¹⁴. Orobat, edema periferikoa eta tronboenbolismo-arriskua ere atzeman dira⁶.

Farmako antipsikotikoen onura-arrisku balantzea kontrakoa denez, honelakoetan bakarrik hartuko dira kontuan DSPKak tratatzeko: pertsona sintomadunak edo haien ingurukoak arriskuan jartzen dituzten egoera larrietan, eta betiere denbora mugatuz, psikosiarekin, pertzepzio distorsionatuekin (deliriozko ideiak), haluzinazioekin eta agresio edo asaldura larriekin agertzen diren egoerak tratatzeko, baldin eta egoera horiek angustia handia sortzen badiote demenzia duen pertsonari^{6-8,14-17}. Ez dakarte onurarik apatia, portaera desegokiak, noraezean ibiltzea, bokalizazioa eta ekintza errepikakorrek agertzen direnean; areago, okerragotze paradoxikoa gerta daiteke zenbait egoeratan, hala nola noraezean ibiltzearen kasuan¹⁴.

Lewy-ren gorputzek eragindako demenzia edo parkinsona duten pazienteek okerrera egin dezakete gaixotasunen ezaugarri motorretan, eta, batzuetan, gerta daiteke antipsikotikoekiko sentikortasunaren erreakzio larriak sortzea azkar batean⁸.

Garrantzitsua da azpimarratzea tratamendu farmakologikoarekin batera neurri ez-farmakologikoak mantentzen jarraitu behar dela⁶.

DEMENTZIA DUTEN PERTSONEK ANTIPSIKOTIKOEN ERABILERARI LOTUTA DITUZTEN ARRISKU EZAGUTU BERRIAK¹⁸

Oraintsuko behaketazko azterketa bati esker, demenzia duten pazienteek antipsikotikoen erabilerrari lotuta dituzten zenbait arrisku identifikatu berri dira. Agentzia erregulatzailerik lehenik ere emanak dituzte segurtasun-alertak, iktus- eta heriotza-arriskuak direla-eta (ikusi [INFAC 2014](#)), baina orain beste arrisku batzuk gehitu dira, hala nola pneumoniak, hausturak eta giltzurruneko kalteak izateko arriskuak, zeinak, aurrez identifikatuta egonagatik, horietako batzuk ez baitzeuden egiaztatuta aurretiazko azterketetan.

Kohorte-azterketa horretan, demenzia diagnostikatuta duten 50 urtetik gorako pertsonen antipsikotikoen preskripzio-datuak aztertzen dira, Erresuma Batuko lehen mailako arretaren eremuko preskripzioen bi datu-base erabiliz. 173.910 biztanleren datuak analizatu ziren; horietatik % 63 emakumeak ziren, eta, batez beste, 82 urte zituzten.

Egileak ohartu ziren antipsikotikoak erabiltzeak handitu egiten zuela iktusa, tronboenbolismo benosoa, miokardio-infartua, bihotz-gutxiegitasuna, hausturak, pneumonia eta giltzurruneko kalte akutua izateko arriskua, eta arrisku horiek handiagoak zirela lehenengo asteetan. Hauek izan ziren farmako antipsikotikoa hartzen hasi eta 180 egunera egindako analisiaren NNH* emaitzak: 9, pneumoniarako; 29, iktuserako; 35, giltzurruneko kalte akuturako; eta 40, hausturetarako.

Emaitzak berresten dute arrazoiz eta zuhurtziaz jokatu behar dela halako pazienteei antipsikotikoak preskribatzerakoan.

*NNH: gertaera kaltegarri bat eragiteko tratatu behar den pertsona kopurua.

1. Antipsikotikoekin tratatzen hasi aurretik, pazientearen testuinguru klinikoaren ebaluatu beharra dago, batik bat arrisku baskularreko faktoreak eta medikazioaren kontrako efektu potentzialak⁶:

- Iktus- eta kardiopatia-arriskua eta heriotza-arrisku handiagoa izatea antipsikotikoak erabiliz gero.
- Kontrako efektu estrapiramidalak izateko arriskua (parkinsona edo Lewyren gorputzek eragindako demenzia duten pazienteak).
- Komorbilitateak eta tratamendu konkomitanteak (interakzioak barne).

Bestalde, baloratu behar da ea pazienteak gai den besteekin batera erabakiak hartzeko, eta pazienteari eta haren senide eta zaintzaileei jakinarazi behar zaie zein diren tratamenduaren erabilera, ezaugarriak, onurak eta arriskuak. Antipsikotikoak indikaziotik kanpo egonda ere indikatu egiten badira, baimen informatua eskatuko da.

Pazientearen osasun-egoeraren balorazio basala ere egin beharra dago alderdi hauei buruz —eta geroko berrikuspenetan errepikatu—: mugikortasuna, gogo-aldarte, lo-ohiturak, komunikatzeko gaitasuna, kontinentzia, heste-igarotzea, elikadura, hidratazioa eta pisua. Hasieran, eta beharrezkoa bada ondoren ere bai, tentsio arteriala kontrolatu beharko da, eta elektrokardiograma eta analisiak egin.

Zaintzaileei abisatu behar zaie pazienteak behar beste likido hartu eta mugitu egin behar duela, batez ere tratamenduaren hasieran, kontrako efektu tronboenbolikorik izan ez dezan⁶.

“ **Tratamendu farmakologikoak salbuespen izan behar du, ez arau.** ”

2. Farmako antipsikotikoa hautatzea

Zuzeneko konparazio gutxi daude DSPKak tratatzeko erabiltzen diren antipsikotikoei buruz (haloperidola, errisperidona, olanzapina, ketiapina, aripiprazola). Horietako bat aukeratzeko, efikazia-datuak, albo-ondorioen profila (ikusi 2. taula) eta pazientearen ezaugarriak hartzen diren kontuan³.

Soilik haloperidolak eta errisperidonak dute indikazio baimendua dementzia duten pertsonak erabil ditzaten.

Hain zuzen ere, errisperidona da lehen aukerako farmakoa^{3,6,15-17}. Antipsikotiko atipikoetatik bakararra da indikazio baimendua duena *“Alzheimer motako dementzia moderatua edo larria izanik neurri ez-farmakologikoei erantzuten ez dieten pazienteen agresio iraunkorra epe laburrera tratatzeko (gehienez 6 astez), baldin eta pazienteek edo beste batzuek min hartzeko arriskua badute”*. Alabaina, ez da egokiena Lewyren gorputzek eragindako dementzia dutenentzat, eta giltzurrun-gutxiegitasuna dutenei dosia doitu behar zaie.

Haloperidola baliagarria izan daiteke agresioa kontrolatzeko, baina ez beste DSPK batzuk arintzeko³. Ikusita zer segurtasun-profil duen, egoera akutuetan, epe laburrera eta asalduraren urgentziazko tratamenduetan soilik erabiliko da^{16,17}.

3. Tratamendua hastea

Dosi baxuekin hasi behar da tratamendua, eta poliki-poliki igotzen joan (“start low and go slow”), sintomak kontrolatzea lortu arte. Behin tratamendua hasita, aldizkako berrikuspenak planteatu behar dira, eta tratamendua bukatzeko berrikuspen-data bat ezarri, zeren eta tratatu nahi diren sintomen iraunaldia mugatua baita^{6,14}.

Ez dira eten behar neurri ez-farmakologikoak⁶.

4. Tratamenduari jarraipena egitea^{6,16,17}

Tratamendua hasitakoan, **jarraipen-bisitak** egin beharko dira:

Lehenengo jarraipen-bisitan, tratamendua hasi eta astebetara edo bi astera, alderdi hauek baloratuko dira:

- Tratamenduari emandako erantzuna; hasierako ebaluazio klinikoaren irizpide berberak erabiliko dira (NPI formularioa).
- Antipsikotikoa zer sintoma tratatzeko preskribatu zen, sintoma horren hobekuntza; tratamenduak pertsonaren bizi-kalitatean eta funtzionaltasun globalean izan duen efektua, eta aldaketa kognitibo nabariak.
- Kontrako efektuak, hala nola zurruntasuna, dardara, gehiegizko listu-jariatzea, edema periferikoa, parkinsonismoa, erorikoak, gehiegizko sedazioa, hipotentsioa, deshidratazioa, idorreria, IZB zeinuak/sintomak, narriadura kognitiboaren okerragotzea.

Albo-ondorioak agertzen badira, dosia jaitea erabaki daiteke edo, beharrezkotzat jotzen bada, tratamendua eten eta beste antipsikotiko bat hartzea agindu daiteke. Antipsikotikoa aldatu behar izanez gero, lehenengo antipsikotikoaren dosia txikitu behar da, eta bigarrenaren dosi baxuak ematen hasi. Antipsikotikoen ezaugarriak direla eta, ez dago aldaketarako pauta estandarrik, eta, beraz, tresna hau kontsultatzea gomendatzen da: Switching antipsychotics <https://australianprescriber.tg.org.au/articles/antipsychotic-switching-tool.html>.

2. taula. Antipsikotikoak hautatzea (hemendik egokitua: 3,6,16,17,19,20)

Medikamentua	Ahotiko tratamenduaren pautak	Kontrako efektuak						Indikazioak eta ohartarazpenak	Parkinson-en gaixotasuna eta Lewyren gorputzek eragindako dementzia dutenengan erabiltzea	Dosia doitzea giltzurrun-gutxiegitasuneko kasuetan
		Akatisia	Antikolinergikoak	Sedazioa	Hipotentsioa	QT tartearen luzapena	Parkinsonismoa			
Haloperidola	Hasteko: 0,5 mg/egun, 1-2 dositan Dosi-igoera: gehitu 0,5 mg / 1-3 egun, sintomak kontrolatu arte. Gehieneko dosia: 5 mg/egun	+++	+	+	+	Ahotik: ++ ZB: +++	+++	Bai Alzheimer motako dementzia moderatua edo larria, bai dementzia baskularra izanik tratamendu ez-farmakologikoei erantzuten ez dieten pazienteen agresibitate iraunkorra eta sintoma psikotikoak tratatzeko da, baldin eta pazienteek beren buruari edo beste batzuei min egiteko arriskua badago. Egoera akutuetan (epe laburrera) eta urgentziatzko tratamenduetan bakarrik erabiltzea gomendatzen da.	Kontraindikaturak IG<30 bada, dosi-igotze txikiagoak eta tarte luzeagoekin	
Errisperidona	Hasteko: 0,25 mg, egunean bi aldiz Dosi-igoera: gehitu 0,25 mg hartualdi bakoitzeko (bi egunean behin), 0,5 mg-ra iritsi arte Gehieneko dosia: 1 mg, egunean bi aldiz	++	+	++	++	++	++	Indikatua dago Alzheimer motako dementzia moderatua edo larria izanik neurri ez-farmakologikoei erantzuten ez dieten pazienteen agresio iraunkorra epe laburrera tratatzeko (gehienez 6 astez), baldin eta pazienteek edo beste batzuek min hartzeko arriskua badute. Furosemidarekin batera administratzen bada, hilkortasuna handitzen du.	Parkinsonen gaixotasunak okerrera egiteko arriskua. Dosiaren % 50 (hasierakoa eta mantentzekoa) eta doikuntza motelagoa	
Olanzapina	Hasteko: 2,5 mg/egun, 1-2 dositan (gauetz hasi) Dosi-igoera: gehitu 0,25 mg hartualdi bakoitzeko Mantentzea: 2,5 - 5 mg/egun Gehieneko dosia: 10 mg/egun	++	++	+++	++	++	++	Efektu lasaigarri handiagoa du, eta apetitua areagotzen du. Mila metabolikoari dagokionez, kontrako segurtasun-profila du, beste antipsikotiko batzuekin alderatuta. Dementzia duten pazienteengan erabiltzea fitxa teknikitik kanpo dago.	Hasierako dosia ezin da izan 5 mg baino handiagoa Parkinsonaren sintomak okerrera egiteko arriskua	

Medikamentua	Ahotiko tratamenduaren pautak	Kontrako efektuak						Indikazioak eta ohartarazpenak	Parkinson-en gaixotasuna eta Lewyren gorputzek eragindako dementzia dutenengan erabiltzea	Dosiak doitzeko giltzurrun-gutxiegitasuneko kasuetan
		Akatisia	Antikolinergikoak	Sedazioa	Hipotentsioa	QT tartarean luzapena	Parkinsonismoa			
Ketiapina	Hasteko: 12,5 mg/egun (gauez hasi) Mantentzea: 25-75 mg, egunean bi aldiz Gehieneko dosia: 250 mg/egun, dosi berezietan	+	++	+++	++	++	+	Dementzia duten pazienteekin ebidentzia txikiagoa du. Ez da frogatu asalduran efekturik duenik. Profil lasaigarriagoa du, eta efektu estrapiramidalak eragiteko ahalmen txikiagoa. Alternatiba bat da sintoma estrapiramidalak direla-eta erisperidona toleratzen ez duten pazienteentzat edo Lewyren gorputzek eragindako dementzia edo dementzia frontotenporala eta parkinsona duten pazienteentzat. Dementzia duten pazienteengan erabiltzea fitxa teknikitik kanpo dago.	BAI	EZ
Aripiprazola	Hasteko: 2,5-15 mg/egun, dosi bakarrean (goizez) Gehieneko dosia: 30 mg/egun	++	+	+	+	0	+	Sedazio maila txikiagoa (insomnioa sor dezake); efektu estrapiramidalak eragiteko arrisku txikiagoa du. Aukera bat izan daiteke Lewyren gorputzek eragindako dementzia edo dementzia frontotenporala eta parkinsona duten pazienteentzat. Dementzia duten pazienteekin erabiltzea fitxa teknikitik kanpo dago.	BAI	EZ
Efectua: 0 ez da detektatu, + arina, ++ moderatua, +++ nabarmena (hemendik egokitua: 19)										

Brexpiprazola eskizofrenia tratatzeko baimendu den antipsikotiko berri bat da ([posizionamendu terapeutikoaren txostena](#)). Zenbait saiakuntza egin dira dementzia duten pertsonen asaldura kasuekin, baina oraindik ez dira aski ezartzeko zer toki duen terapeutikan halako egoerarako. Amisulprida: ez dago taulan sartuta, gure inguruan gutxi erabiltzen delako.

Ondorengo jarraipen-bisitak 4-6 astez behin egin behar dira, sintomak egonkortu arte, eta bisita horietan zera egitea proposatzen da:

- balioestea zer erantzun eragin duten abian jarritako esku-hartze ez-farmakologikoak.
- berrikustea antipsikotikoaz gain preskribatu den medikazioa, antipsikotikoak sintomaren kontrolean eta pertsonaren bizi-kalitatean eta funtzionaltasunean izan duen efektua, eta agertutako kontrako efektuak.
- pazientearekin, senideekin edo zaintzailearekin erabakitzea zer komeni den: tratamendu antipsikotikoarekin jarraitzea, dosia jaistea edo tratamendua etetea.

5. Depreskripzioa

Nahikoa ebidentzia dago DSPKak dituzten pazienteei antipsikotikoak **depreskribatzea** segurua dela egiaztatzeko^{6,7,14}. Azterketa gehienek ondorioztatu dute DSPKak dituzten pazienteei antipsikotikoak depreskribatzea segurua dela eta sintomak ez dutela okerrera egiten.

Zehazki, hamar saiakuntzaren Cochrane berrikuspen sistematiko bat egin zen gutxienez hiru hilabetez antipsikotikoekin tratatutako 632 pazientearekin, eta han ikusi zen farmakoak gradualki erretiratu ondoren ez zela alderik atzematen DSPKekin zegoenez edo aldea oso txikia zela^{6,14}. Depreskripzio-saiakuntza gehienetan ez zen ikusi tratamendua eten zuten pazienteen DSPKek modu esanguratsuan okerrera egin zutenik, tratamenduari eutsi ziotenekin alderatuta⁷.

Tratamendua erretiratzea planteatu behar da:^{6,7,14,16}

- 2-8 aste igaro ondoren ez bada ikusten klinikoki esanguratsua den erantzunik.
- Kontrako efektuak onurak baino gehiago badira.
- 3 hilabeteko tratamenduaren ondoren, sintomatologia egonkortu bada.

Depreskripzio-pautak indibidualizatu egin behar dira, lortutako erantzunaren, sintoma motaren eta tratamenduaren iraupenaren arabera⁶.

“Dosi baxuak” gainditu ezean, ez dago zertan deseskalatze-aldirik bete (ikusi algoritmoa). Dosi altuagoak gainditu badira^{6,7,14,16,17}:

- Bi astez behin dosia % 25-50 murriztea gomendatzen da, eta pazienteari jarraipen zorrotza egitea, erretiratzeak eragin ditzakeen sintomak kontrolatzeko.
- Hala bada, hots, erretiratzeak sintomak eragin baditu (goragalea, gorakoa, beherakoa, antsietatea eta asaldura), aurreko dosira itzuli behar da, eta, ondoren, dosia % 10 murrizten joan, hilez hil.
- Iraupen luzeagoko tratamendua duten pazienteei depreskripzio-pauta motelagoak ezar dakizkieke.

“Dosi baxuetara” iritsitakoan, tratamendua guztiz erretiratu ahal izango da. Tratamendua eten eta gutxienez ondorengo lau hilabeteetan, hileroko bisitak egitea gomendatzen da, birgaixotzeak detektatu ahal izateko, erretiratze-sintomak identifikatuta (ikusi gorago). Asaldura eta antsietatea ez dira beti erretiratze-sintomatizat hartu behar, baliteke-eta agertu berri diren DSPKak izatea; hau da, baliteke zuzeneko zerikusirik ez izatea tratamendua jartzeko arrazoi izan ziren hasierako sintomekin.

Noiz ez den depreskribatu behar¹⁴:

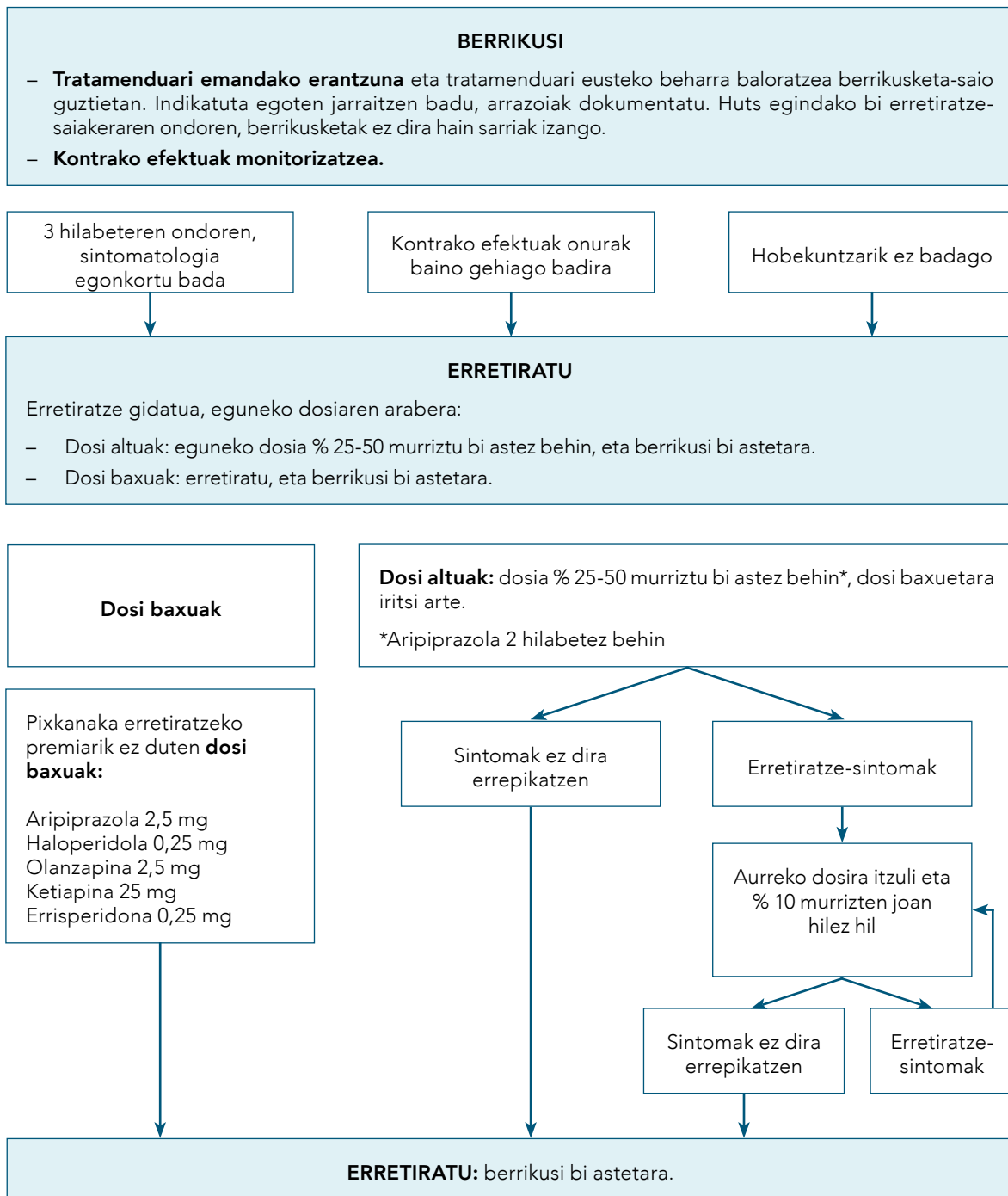
Sintoma larriagoak dituzten pazienteek, hala nola haluzinazioak —batez ere entzumen-haluzinazioak—, agresio fisiko bortitzak edo angustia eragiten duen asaldura sufritzen dutenek, berrerortzeko edo sintomak okerragotzeko arrisku handiagoa izan dezakete dosiak murriztuz gero, eta, beraz, ez depreskribatzeko hautagai izan daitezke. Orobat, dementzia garatu aurretik psikosia edo beste gaixotasun psikiatrikoren bat izan duten pazienteek antipsikotikoak hartu izan badituzte, baliteke depreskripzioak oinarrizko patologia psikiatrikoaren kontrola baldintzatzea.

DSPKA KASUETAN SAIHESTU BEHARREKO FARMAKOAK, HAIEN ONURA ZALANTZAZKOA DELAKO^{3,7}.

Gaur egun ez dago nahikoa ebidentziarik benzodiazepinak, karbamazepina, gabapentina, lamotrigina eta azido balproikoa erabiltzearen alde egiteko. Benzodiazepinek ez dute efikaziarik erakutsi DSPKak tratatzeko, eta dementzia duten pazienteen kasuan arriskuarekin lotu dira. Horrenbestez, pixkanaka depreskribatzea gomendatzen da.

Horrez gain, ez dago ebidentziarik asaldura hainbat farmako konbinatuz tratatzea justifikatzen duenik (salbu eta kasu errefraktario larrietan). Mota horretako pazienteak polimedikatzek berekin ekar ditzake erorikoak, narriadura kognitiboa eta funtzionala eta heriotza-arriskuaren handitzea.

DEMENTZIA-KASUETAN ANTIPSIKOTIKOAK BERRIKUSTEKO ETA ERRETIRATZEKO ALGORITMOA^{6,7,14,16,17}



Jarraitu pertsona ardatz duen planarekin

FUNTSEZKO IDEIAK

- Baliteke DSPKak ondoeza adierazteko modu bat izatea; hau da, agian pazienteak ezin du beste inola adierazi ase gabe dituen premia fisiko, psikologiko, emozional, sozial edo inguruneokoen eragiten dioten ondoeza (mina, bakardade-sentimendua eta abar), eta horregatik agertzen da DSPKa.
- Funtsezkoa da DSPKen azpian dauden arazoak eta faktore abiarazleak identifikatzea, sintomak ez agertzeko edo bideratu ahal izateko.
- DSPKen esku-hartze ez-farmakologikoak sintoma prebenitu edo hobetzeko eta pertsonaren bizi-kalitatea hobetzeko proposatzen dira, bai eta zaintzailearen estresa eta gaitzaren arintzeko ere.
- Esku-hartze ez-farmakologikoak lehen aukera gisa erabili behar dira, eta tratamenduak irauten duen denbora guztian zehar mantendu, baita tratamendu farmakologikoarekin modu konkomitantean ere.
- Antipsikotikoak ez dira errutinaz erabili behar, pazienteak sedatu eta errazago maneiatzeko.
- Dementia izanik antipsikotikoekin tratatzen ari diren pertsona gehienek ez dute berriro sintomarik izaten, dosia murriztu edo pixkanaka tratamendua eten ondoren.

ESKER ONAK

Eskerrak eman nahi dizkiegu Ana Urrutia Beaskoa Geriatriako doktore eta Cuidados Dignos fundazioaren lehendakariari, eta Pili Carmona Oyaga eta Pedro Gemio Zumalave Barrualde-Galdakao ESiko Zentro Soziosanitarioetako Ospitale-farmazialariei, testua berrikustegatik eta hain iruzkin eta iradokizun egokiak egiteagatik.

BIBLIOGRAFIA

1. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ. 2015; 350: h369
2. DynaMed. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. EBSCO Information Services. 2024ko uztailaren 3an eskuratua. <https://www.dynamed.com/condition/behavioral-and-psychological-symptoms-of-dementia>
3. Press D. *Management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. Hemen: Uptodate, Post TW (Ed.), UpToDate, Waltham, MA. [2024/06/03an kontsultatua].
4. Chiong W, Tsou AY, Simmons Z, Bonnie RJ, Russel JA. *Ethical considerations in dementia diagnosis and care*. Neurology 2021;97(2):80-89.
5. Sociedad Española de Geriátria Gerontología. *Cuidado sin sujeciones*. Madril. 2023. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.
6. All Wales Prescribing Advisory Group. *All Wales protocol for the appropriate prescribing of antipsychotics for people living with dementia*. 2024ko otsaila.
7. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2024). *Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. Toronto, Kanada.
8. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE);2018 [2024/06/03an kontsultatua]. NG97.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers* 2023. (SIGN publication no. 168). [2023ko azaroa]. URL bidez eskuragarri: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/assessment-diagnosis-care-and-support-for-people-with-dementia-and-their-carers/>
10. Watt JA, Thompson W, Marple R, Brown D, Liu B. *Managing neuropsychiatric symptoms in patients with dementia*. BMJ. 2022(376):1-8.
11. Boada M, Cejudo J, Tarraga Mestre L, Kaufer D, Lopez O. *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI)*. Neurología. 2002;17(6): 317-322.
12. Sociedad Española de Neurología. *Guía de práctica clínica en demencias*. Madril. 2018. Sociedad Española de Neurología
13. García A, Sanchez I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. *Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2014;49(1):10-14.
14. Primary Health Tasmania. *A guide to deprescribing antipsychotics*. 2022ko abendua.
15. Frederiksen KS, Cooper c, Frisoni GB, Frölich L, Georges J, Kramberger MG, et al. *A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia*. Eur J Neurol.2020 Oct; 27(10): 1805-1820.
16. *Protocolo antipsicóticos demencia CAFCYL. Protocolo de uso de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia*. 2020. Gatzela eta Leongo osasun-ataria.
17. BTA. *Antipsicóticos para el tratamiento de síntomas del comportamiento en las demencias*. 2018;33(3):20-27.
18. Mok P, Matthew JC, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliot RA, et al. *Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study*. BMJ. 2024;385: e076268ç

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

19. Press D. [Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects](#) - Hemen: Uptodate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [2024/07/22an kontsultatua].
20. [Centro de Información online de Medicamentos \(CIMA\)](#). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Osasun Ministerioa. [2024/07/26an kontsultatua]

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2024ko uztaila

Buletin hau horrela aipatu behar da: Dementziaren sintoma psikologiko eta konduktualak kudeatzea. INFAC. 2025;33(1):1-13.

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPS-en interneteko <https://www.notificaram.es>


Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESiko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Olloquiegi³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Miren Zubillaga⁴.

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Farmakologoa klinikoa; 3. Lehen mailako arretako farmazialaria; 4. Familiako medikua; 5. Barne medikuntzako medikua; 6. Farmakologiako irakaslea (EHU); 7. Lehen mailako arretako pediatra.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>

 Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

