

Dementziaren aurkako medikamentuen jarraipena eta ezabapena

2016ko ekaina



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

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

Vitoria-Gasteiz, 2016

Lan honen Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzaren *Bibliotekak* sarearen katalogoan aurki daiteke:

<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Autoreak:

Manuel Fernández Martínez. Mediku neurologoa. Neurologia Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.

M^a José Gardezabal Romillo. Farmazia. Bizkaiko Lurralde Ordezkaritza

Endika Gerediaga Goikolea. Familia Medikua. Bermeoko Osasun Zentroa. Galdakao-Barrualde ESI

José María Losada Domingo. Mediku neurologoa. Neurologia Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.

Juan Medrano Albéniz. Mediku psikiatra. Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea.

Estibaliz Pérez Díez. Farmaziako Zerbitzua. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Rita Sainz de Rozas. Farmaziako Zerbitzua. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Adostasunaren helburua

Informazio erabilgarria ematea, pazientearen jarraipen klinikoa egiteko eta dementziaren aurkako medikamentuen bidezko tratamenduarekin jarraitu edo etetea erabakitzeko orduan.

Halako medikamentuen erabilera egokia ahalbidetuko duen jarduera-protokoloa ezartzea, lehen mailako arreta, neurologia eta osasun mentala inplikaturik.

Argitaraldia: I.a, 2016ko ekaina

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa
Osasun Saila

Argitaratzailea: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, I
01010 Vitoria-Gasteiz

Diseinua: EkipoPO

Aurkibidea

Sarrera.....	4
Balioespen-eskalak.....	4
Tratamendua.....	5
Tratamendu farmakologikoa	5
Beste tratamendu batzuk.....	6
Tratamendu farmakologikoa ebaluatzea.....	6
Noiz erretiratu tratamendu farmakologikoa	6
Nola erretiratu tratamendu farmakologikoa	7
Bibliografia	8
1. eranskina: eskalak	10
2. eranskina: medikamentuen taula.....	11
3. eranskina: efektu antikolinergikoak dituzten medikamentuak	12

Sarrera

Alzheimer-en gaixotasuna (EA) da dementzia-motarik ohikoena (kasuen % 50-60 inguru). Beste dementzia-mota batzuk ere badaude. Gailentzen direnak dementzia baskularra eta Lewy gorputzen ziozko dementzia dira. Dementzien gailentasuna nabarmen areagotzen da 65 eta 85 urte bitarteko pertsonen artean, eta 2 aldiz bikoizten da 5 urtero. 65 urtetik gorako biztanleen % 5-7ri (gure herrialdean, 650.000 pertsona ingururi) eta 85 urtetik gorako pertsonen % 25i baino gehiagori eragiten die.

Kalkuluen arabera, dementziadun 17-23 paziente izan ditzake familiako mediku bakoitzak bere ku-poan. Urtean, 3-4 kasu berri.

Dementziak hiru sintoma-talde ditu ezaugarri: narriadura kognitiboa (memoriaren galera, hizkun-tza-arazoak, trebetasun intelektualaren galera), sintoma ez kognitiboak (nortasun-aldaketak, apatia, depresioa, asaldura, haluzinazioak, delirioa) eta eguneroko oinarritzko jarduerak eta jarduera instru-mentalak egiteko zailtasuna.

Balioespen-eskalak

Balioespen kognitiboko tresnei esker, pazientearen gaitasun kognitiboak aztertu daitezke. Gehien az-tertu eta erabili den testetako bat, hain zuzen ere, Mini-Mental State Examination (MMSE) delakoa da. Gaixotasunaren larritasuna eta aurrerapena ebaluatzeko erabilgarria da, baita medikamenduen tratamenduarekin jarraitzeko beharrezana edo beste esku-hartze batzuk aplikatzeko aukera eraba-kitzeko ere. Gehieneko puntuazioa 30 da.

Pazienteari egindako testez gain, senide fidagarriren bati ere beste azterketa batzuk egitea komeni da, besteak beste, informatzailearen testa (TIN laburra), funtzionaltasun eta gaixotasun betearazlea-ren galera hobeto aztertzen duena. (1. eranskina).

Narriadura kognitiboaren larritasuna baloratzeko MMSEko puntuazioa:

MMSE puntuak *	
Narriadura kognitibo arina	21-26 puntu
Narriadura kognitibo moderatua	10-20 puntu
Narriadura kognitibo neurriki larria	10-14 puntu
Narriadura kognitibo larria	10 puntutik behera

*Alde kulturalak eta ezintasunak baloratu.

Pazienteei sei hilean behin MMSE azterketaren bidez ebaluazio berri bat egitea komeni da. Halaber, alderdi orokorrak, funtzionalak eta jarrerazkoak ebaluatu behar dira.

Egoera funtzionalaren balorazioa egiteko: eguneroko bizitzako jarduera instrumentaletarako, ho-riexek baitira aldatzen diren lehenak, Lawton eta Brody eskalak erabiltzen dira. Eguneroko bizitzako oinarritzko jardueretarako, Barthel edo Katz indizea erabiltzen da. Dementziaren hasierako faseetan aplikatu ohi dira.

Tratamendua

Narriadura kognitibo arinak (NKA) honakoak ditu ezaugarri: defizit kognitiboa (memoria edo beste arlo kognitibo bat), test neuropsikologikoekin egindako ebaluazio klinikoan oinarrituta, eguneroko bizitzako jardueretan eraginik ez duena edo eragin oso murrizta duena eta dementziaren irizpideak betetzen ez dituen. Kasu horietan, ez da komeni dementziarako medikamenturik ematea. Hala ere, pazienteen jarraipen kliniko egitea gomendatzen da (balorazio neuropsikologiko eta funtzionalak, dementzia garatzeko arriskua duten biztanleak baitira).

Dementziaren tratamenduaren helburuak honakoak dira: pazientearen eta zaintzailearen bizi-kalitatea hobetzea, narriadura kognitiboa atzeratzea, jarrerazko nahasmenduak prebenitzea, eta konplikazioak prebenitu eta tratatzea (erorketak, hausturak, etzanda egotearen ondoriozko ultzerak, infekzioak, medikamentuen ondoriozko erreakzioak...).

Ez da ezagutzen neuro-endekapenezko dementziak sendatu edo prebenitzeko gai den tratamendurik; tratamendu sintomatikoak baino ez daude.

Tratamendu farmakologikoa

Oso garrantzitsua da pazientearekin eta senideekin adostea tratamendua beharrezkoa ote den. Hala, argi eta garbi azaldu behar dira tratamendu farmakologikoaren eraginkortasunari buruzko benetako itxaropenak, egon daitezkeen kontrako erreakzioak, eta tratamenduak eraginkorra izateari uzten dionean edo pazientearen egoera klinikoak hala gomendatzen duenean medikamentuak kentzeko beharrezana.

Tratamenduaren kostua oso altua da, azetilkolinesterasaren inhibitzaileak erabili, zein memantina erabili. Efektu onuragarria apala denez, **kostuaren eta onuraren arteko balantzea zalantzazkoa da**. Ondorioz, kontu handiz hautatu behar da zein pazienteri emango zaion tratamendu hori.

Medikamentuak

Azetilkolinesterasaren inhibitzaileak

Donepezilo, ribastigmina eta galantamina dira azetilkolinesterasaren inhibitzaileak. Alzheimer-en gaixotasun arinari eta neurriz larriari tratamendu sintomatikoa emateko onartu dira.

Hobekuntza apalak sortzen dituzte Alzheimer-en gaixotasun arina edo neurriz larria duten pertsonen egoera orokorrean, funtzio kognitiboan eta eguneroko jardueretan.

Mugatuak dira bizi-kalitatean edo gaixotasunaren instituzionalizazioa atzeratzeko prozesuan epe luzera dituzten emaitza egiaztatuak, eta ezin da ondorio garbirik atera. Entsegu klinikoek gehienez 12 hilabeteko iraupena dute, eta, ondorioz, **nahitaezkoa da aldizka ebaluazioak egitea**.

Eragina desberdina den arren, guztiek dituzte aurkako ondorioak, eta, beraz, tratamendua ezartzeko orduan kontuan hartu behar dira. Orokorrean, kontrako ondorio horiek ondo toleratzen dira eta, horien barruan, zorabioak, goragaleak, nahasmendu-koadroak eta arritmia kardiakoak sartzen dira. (2. eranskina).

Kontuan hartu beharra dago, bai medikamentua preskribatzeko, bai berau erretiratzeko, ondorio antikolinergikoak dituzten medikamentuek (batzuk sarritan erabiltzen dira lehen mailako arretan) inhibitzaile hauekin erreakzionatu dezaketela, eta, ondorioz, nabarmen okertu dezaketela narriadura kognitiboa. (3. eranskina).

Tratamenduarekin jarraitzea gomendatzen da, soilik MMSEko puntuazioa 10 puntutik gorakoa bada, eta pazientearen ezaugarri orokorrei, funtzionalei eta jarrerazkoei so tratamenduarekin aurrera egitea merezi duela ondorioztatzeko modukoak badira.

Memantina

Alzheimer-en gaixotasun moderaturako eta larrirako onartuta dago. Egile batzuek berau erabiltzea gomendatzen dute, azetilkolinesterasaren inhibitzaileak toleratu ezin dituzten pazienteentzako alternatiba gisa, edo, terapia konbinatuan, nahiz eta garrantzi klinikoa ez dagoen guztiz ezarrita.

Beste tratamendu batzuk

Ez dago justifikatuta estatinak, hormona bidezko ordezkotekiak, B edo E taldeko bitaminak eta anti-inflamatorio ez esteroideak preskribatu daitezkeenik, prebentzio gisa. Halaber, ez dago ebidentziarik, dementzien tratamendurako piracetam, selegilina, nikotina, lezitina, edo gingko biloba bezalako medikamentuak erabiltzea justifikatzen duenik.

Tratamendu farmakologikoa ebaluatzea

Tratamendu farmakologikoa sei hilero ebaluatu behar da, hasierako faseetan. Egonkortzen denean, bestalde, **urtero ebaluatuko da**.

Noiz erretiratu tratamendu farmakologikoa

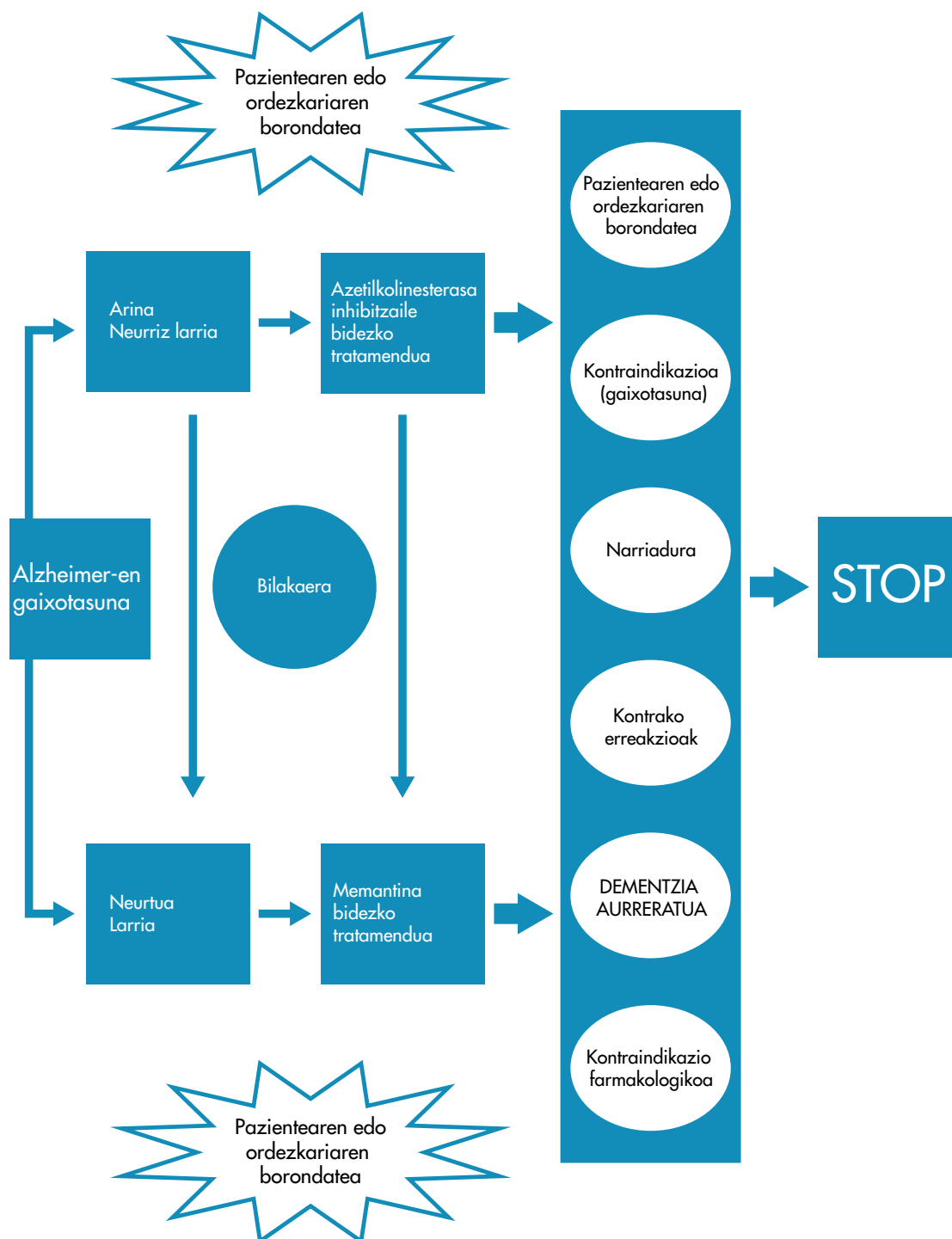
Tratamendua bertan behera geratuko da, honako egoera hauetakoren bat tartean bada:

- narriadura klinikoa edo/eta funtzionala, medikuaren ustez tratamenduarekin jarraitzea justifikatzen ez duena
- berau erretiratzeko justifikatzen duten kontrako ondorioak
- medikazioa kontraindikatzeko duen beste patologia baten agerpena
- kontraindikatzeko medikamentu bat sartzeko beharrezkoa
- dementzia aurreratua
- pazientearen edo/eta zaintzailearen erabakia, behar bezala informatua
- halakorik justifikatzen duen beste edozein irizpide

Nola erretiratu tratamendu farmakologikoa

Tratamendua erretiratzea erabakitzen denean, fase aurreratuan bertan ere, kontuz eta kasuaren arabera jardun beharko da.

Tratamendua erretiratu eta lehenengo 6-8 egunetan donepeziloari lotutako etete sindromea antzeman da, eta, beraz, honakoak ager daitezke: asaldura larria, kontzentratzeko eta loak hartzeko zailtasuna, umore-aldaketa arinak eta negargura erraza, besteak beste. Ondorioz, dosiak apurka-apurka murriztea komeni da.



Bibliografía

Enfermedad de Alzheimer. Boletín INFAC. 2010;18(6).

Gil-Néciga E, Gobartt AL. Patrón de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con inhibidores colinesterásicos (estudio TRAIN). Rev Neurol. 2008; 46: 461-4.

Alzheimer's disease - donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine. NICE guidance. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA111>

Guideline for Alzheimer's disease management. California Workgroup on guidelines for Alzheimer's disease management. Final report 2008.

Schmidt R, Hofer E, Bouwman FH, et al. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2015;22(6):889-98.

Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Núm. 3. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005593.html>

McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD003154.

Roser Llop Rius. Tratamiento de la enfermedad de alzheimer. Butlletí d'informació terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 2010;22(3).

Fereshtehnejad SM, Johnell K, Eriksdotter M. Anti-dementia drugs and co-medication among patients with Alzheimer's disease : investigating real-world drug use in clinical practice using the Swedish Dementia Quality Registry (SveDem). Drugs Aging. 2014;31(3):215-24.

Herrmann N, Black SE, Li A, Lanctôt KL. Discontinuing cholinesterase inhibitors: results of a survey of Canadian dementia experts. Int Psychogeriatr. 2011;23(4):539-45.

Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of NICE technology appraisal guidance 111). NICE technology appraisal guidance. NICE technology appraisal guidance 217. Mar 2011. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [Internet]. London: NICE [consultado 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>

Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. BMJ. 2005;331:321-7.. Disponible en: <http://www.bmj.com/>

Gabriel Coll-de-Tuero, Secundino López-Pousa y Joan Vilalta-Franch. ¿Cuándo suspender el tratamiento farmacológico específico en el Alzheimer? Aten Primaria. 2011;43(11):565-567.

López-Pousa S, Garre-Olmo J, Turon-Estrada A, Hernández F, Expósito I, Lozano-Gallego M, et al. Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. Med Clin (Barc). 2004;122:767-72.

Villanueva G, et al. Consumo de medicamentos para el tratamiento de la demencia en la Comunidad Autónoma Vasca durante el periodo 2006-2011. Neurología. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neu.2014.09.006>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

National Institute for Health and Care Excellence. En: Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (Review of NICE Technology Appraisal Guidance 111). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011. http://www.ics.gencat.cat/butlleti_medicaments/public/view.php?ID=7

I. eranskina: eskalak

Mini Mental State Examination (MMSE)¹

Izena:		Gizonezkoa [] Emakumezkoa []	
Data:	Jaioteguna:	Adina:	
Ikasketak/Lanbidea	Historia-zk.:		
Oharrak:			

Zer urtetan gaude?	0-1	DENBORA-ORIENTAZIOA (gehienez 5)	
Zer urtarotan gaude?	0-1		
Zer egunetan?	0-1		
Zer hilabetetan?	0-1		
Asteke zein egun da?	0-1		
Zer ospitaletan (edo tokitan) gaude?	0-1	ESPAZIO-ORIENTAZIOA (gehienez 5)	
Zer solairutan (planta, gela, zerbitzua)?	0-1		
Zer herritan (hiritan)?	0-1		
Zer probintzian gaude?	0-1		
Zer herrialdetan (nazioa, autonomia)?	0-1		
Esan hiru hitzeko zerrenda bat (pezeta-zaldia-sagarra edo baloia-bandera-zuhaitza, adibidez); hitz bat segundoko. Ondoren, pazienteari eskatuko zaio hitzok erreplikatzeko. Lehenengo erreplikapen hori puntuatu egingo da. Eman puntu 1 zuzen esandako hitz bakoitzeko, baina jarraitu hitzak esaten pazienteak hirurak erreplikatu arte, gehienez 6 aldiz.		Beharrezko erreplikapen-kopurua. Berehalako OROITZAPENAREN FINKAPENA (gehienez 3)	
Pezeta 0-1 (Baloia 0-1)	Zaldia 0-1 Bandera 0-1		Sagarra 0-1 Zuhaitza 0-1)
30 euro badituzu eta aldian aldian hiru euro ematen badizkidazu, zenbat geratzen zaizkizu? 5 aldiz erreplikatu ondoren, eten ariketa. Pazienteak ariketa egin ezin badu, <i>mundu</i> hitza alderantziz letreiatzeko eskatu.		KALKULU-ARRETA (gehienez 5)	
30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (U 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)			
Lehen aipatutako hiru hitzak zeintzuk ziren galdetu:		OROITZAPEN GERORATUA (gehienez 3)	
Pezeta 0-1 (Baloia 0-1)			Zaldia 0-1 Bandera 0-1
Izendapena. Erakutsi iezaiozu arkatx edo boligrafo bat, eta, galdetu: zer da hau? Egin gauza bera eskumuturrekoarekin eta erlojuarekin. Errepikapena. Esaldi hau erreplikatzeko eskatu: "ez bai, ez ez, ez baina" (edo "gari-so-ro batean 5 txakur zeuden") Aginduak. Agindua betetzeko eskatu: "hartu paper bat eskuineko eskuarekin, tolestu erditik, eta jar ezazu lurrean", Eskuineko eskuarekin hartu 0-1, erditik tolestu 0-1, lurrean jarri 0-1. Irakurketa. Idatzi paper batean irakurtzeko moduan "itxi begiak". Eskatu pazienteari irakurtzeko eta egiteko esaldiak dioena. Idazketa. Idatzi esaldi bat (subjektua eta predikatua barne). Kopiatzea. Marraztu 2 pentagono elkar ebakitzen duten, eta eskatu pazienteari horixe bera kopiatzeko. Puntuazioa emateko, 10 angeluak agertu behar dira eta elkar ebakitzen egon 0-1.		HIZKUNTZA (gehienez 9)	
Puntuazioak: 27 edo gehiago: normala 24 edo gutxiago: susmo pedagogikoa 12-24: narriadura 9-12: dementzia			
		GUZTIZKO PUNTUAZIOA (gehienez 30 puntu)	

¹Honako huengan oinarrituta: Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979). <http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/30/img/mini-mentaldef.MMSE.pdf>.

Informatzailearen testa: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiliaria/061_TEST_INFORMADOR_TIN_CORTO.pdf

2. eranskina: medikamentuen taula

	Donepezilo	Galantamina	Ribastigmina	Memantina
Merkataritza-marka	Aricept® (pilulak eta ahoan desegiteko pilulak) Donebrain® (ahoa desegiteko EFG) Lixben® (EFG pilulak) Yasnal® (EFG pilulak eta ahoan desegitekoak) Donepezilo EFG (pilulak eta ahoan desegitekoak)	Reminyl® (kapsulak eta soluzioa) Galnora® (kapsulak eta EFG pilulak) Gantamina EFG (kapsulak eta pilulak)	Exelon® Prometax® (kapsulak, soluzioa eta txaplatak) Rivastigmina EFG (kapsulak, soluzioa eta txaplatak)	Axura® Ebixa® (tantak eta pilulak) Mantinox EFG (pilulak eta ahoan desegitekoak) Marixino® (pilulak) Nemdatine® (pilulak) Protalon® (pilulak) Memantina EFG (pilulak, soluzioa, ahoan desegitekoak)
Hasierako dosia (ahotik, gutxienez hilabete bat mantendu)	5 mg/24 o	4 mg/12 o (askapen normala) 8 mg/24 o (askapen atzeratua)	1,5 mg/12 o Txaplata: 4,6 mg/24 o	5 mg/24 o
Mantentze-dosia:	5-10 mg/24 o	8-12 mg/12 o (askapen normala) 16-24 mg/eguna (askapen atzeratua)	12 mg/egunean Txaplata: 9,5 mg/24 o	20 mg/24 o edo 10 mg/12 o
Kontrako ondorioak	Ohikoak: goragaleak, okadak, diarrea, anorexia, pisu-galera, kalanbre muskularrak, zorabioa, nekea, buruko mina, insomnia (ohikoagoa donepezilorekin, gutxiago ribastigminarekin), genu ihesa (ohikoagoa ribastigmina-txaplatekin, gutxiago ahozko ribastigminarekin), asaldura (hasieran). Dosia zenbat eta altuagoa, orduan eta eragin handiagoa. Ez-ohikoak: konbulsioak, ondorio kolinergikoak (bradikardia, sinkopea, erorketak, amesgaiztoak), blokeo kardiakoa, bradiarritmiak, bronkoespasmoa, ↑ urdail-hesteetan odola isurtzeko arriskua, pisu-galera.			Ohikoak: asaldura, haluzinazioak, bertigoak, buruko mina, nahasmendua, nekea, idorreria, logura. Ez-ohikoak: antsietatea, okadak.
Kontuz	Bradikardia bezalako bihotz-nahasmenduak dituzten edo erorketa edo sinkopeen historia daukaten pazienteak. Asma, birketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, ultzera gastroduodenala.			Epilepsia, miokardioko infartu akutua (oraintsu), IC NYHA 3-4
Interakzioak	B-blokeatzaileak: bradikardia Ondorio antikolinergikoak dituzten medikamentuak: narriadura kognizioan. Genu-iheserako medikamentuak hartzen dituzten pazienteen artean tratamendua lehenetsi (azetilkolinesterasaren inhibitzaileek ihesa eragin edo/eta kalte dezakete) Antipsikotikoak: ustezko parkinson-sintomak.			Toxikotasuna ugaritu daiteke, honakoekin: L-dopa, agonista dopaminergikoak, antikolinergikoak, baklofenoa.
	Ketokonazola, itrakonazola, serotonina-hartzaileen hautazko inhibitzaileak, fenitoina, rifanpizina, fenobarbitala, dexametasona, karbamazepina, alkohola	Ketokonazola, eritromizina, ritonavir-a, kinidina, serotonina-hartzaileen hautazko inhibitzaileak, amitriptilina	Ez dauka metabolismo hepatikorik, eta, beraz, interakzioarako aukera gutxiago dauka	
Kontraindikazioak		Gibleko gutxiegitasun edo giltzurruneko gutxiegitasun larria	Gibleko gutxiegitasun edo giltzurruneko gutxiegitasun larria	
Oharrak	Gauetz hartu, oheratzeko unean. Dosiak ez dira aldatzen gibleko gutxiegitasunaren edo giltzurruneko gutxiegitasunaren arabera. Insomnia edo amesgaiztoak izanez gero, goizez hartu.	Janariarekin batera hartu. Gibleko gutxiegitasuna eta giltzurruneko gutxiegitasuna dagoenean, gehieneko dosia egunean 16 mg. Kontuz gaixotasun kardiobaskularrak eta burmuinbaskularrak dituzten pazienteekin.	Janariarekin batera hartu. Dosiak egokitu gibleko gutxiegitasunaren edo giltzurruneko gutxiegitasunaren arabera. Gainerako antikolinesterasikoak baino goragale eta okada gehiago, eta beharbada kalanbre muskular gutxiago. Txaplata kentzea ahaztean medikazioa-akatsak deskribatu dira.	Gibleko gutxiegitasunaren kasuan, ez da komeni. Giltzurruneko gutxiegitasun moderatu edo larrian, dosia egokitu.

3. eranskina: efektu antikolinergikoak dituzten medikamentuak

Talde farmakologikoa	
Antihistaminikoak	Hidroxizina (Atarax®), Dexklorfeniramina (Polaramine®), Mepiramina
Antidepresiboak	Amitriptilina (Tryptizol®, Deprelion®), Klomipramina (Anafranil®), Doxepina (Sinequan®), Imipramina (Tofranil®), Nortriptilina (Norfenazin®, Paxtibi®), Paroxetina (Seroxat®, besteak beste, EFG), Trimipramina (Surmontil®), Bupropion (Elontril® eta Zyltabac®), Fluboxamina (Dumirox® eta EFG), Trazodona (Deprax® eta EFG), Mirtazapina (Rexer® eta EFG)
Gernu-antiespasmodikoak	Oxibutinina (Ditropan®), Flaboxato (Uronid®), Tolterodina (Urotrol Neo®), Trospio (Spasmo-Urgenin®, Uraplex®), Fesoterodina (Toviaz®), Solifenazina (Vesicare®)
Urdail-hesteetako antiespasmodikoak	Atropina, Diziklomina (Colchimax®), Eskopolamina (Buscapina®)
Bertigoen eta migrainen kontrakoak	Buklizina (Migraleve®), Zinarizina (Stugeron® eta Clindil®), Flunarizina (Flurpax®, Sibelium®)
Neuroleptikoak	Klorpromazina (Largactil®), Klorzapina (Leponex®, Nemea®), Olanzapina (Zyprexa®, EFG), Perfenazina (Decantan®), Pimozida (Orap®), Ketiapina (Seroquel® eta EFG), Lebomepromazina (Sinogan®), Ziprasidona (Zeldox® eta EFG), Haloperidol
Parkinsonaren kontrako medikamentuak	Amantadina (Amantadine®), Biperideno (Akineton®), Proziklidina (Kemadren®), Trihexifenidilo (Artane®)
Lasaigarri muskularrak	Ziklobenzaprina (Yurelax®), Metokarbamol (Robaxin®, Robaxisal Compuesto®)
Antiarritmikoak	Disopiramida (Dicorynan®)
Antiepileptikoak	Karbamazepina (Tegretol® eta EFG), Oxkarbazepina (Trileptal®, EFG), Eslikarbazepina (Zebinix®)

Iturri aldatua: Boustani M, Campbell N, Munger S, Maidment I, Fox C. Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. Aging Health. 2008; 4(3): 311–20.

Talde bakoitzean ekintza antikolinergiko altuena duten medikamentuak aukeratu dira. Zerrenda farmakopea espainiarrera egokitu da; adineko pertsonen gehien erabiltzen dituzten produktuak aukeratu dira, errezetarik gabe ematen diren medikamentuak kenduta.