



MASKURI HIPERAKTIBOAREN MANEIOA

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ ETIOPATOGENIA
- ▶ DIAGNOSTIKOA
- ▶ TRATAMENDUA
 - TRATAMENDU EZ FARMAKOLOGIKOA
 - TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA
 - BESTE AUKERA BATZUK



SARRERA

Maskuri hiperaktiboa sindrome kliniko bat da; gernu-larritasuna izatean datza, isolatua nahiz urgentziatzko gernu-ihesarekin. Gainera, gernu-egitearen maiztasuna eta nikturia areagotzen dira, froga daitekeen beste gaixotasunik izan gabe. Larritasuna da paziente batek maskuri hiperaktiboa duela pentsatzeko behar den sintoma kardinala¹. Sindromearen larritasuna bigarren mailako oharkabeko ihesen eta urgentziatzko gertakarien maiztasunaren arabera zehazten da². Pazienteak ez du zertan urgentziatzko gernu-ihesa izan behar, maskuri hiperaktiboa duten pazienteen heren batek bakarrik dauka eta (proportzio hori apur bat ohikoagoa da emakumeengan)^{1,2}.

“ **Maskuri hiperaktiboaren definizioa anbigua denez, behar ez den medikalizazio-arriskua eragin dezake** ”

Maskuri hiperaktiboak inpaktu negatiboa izan dezake pazienteen eta bere senideen edo zaintzaileen bizi-kalitatean, eragina baitu funtzio sozial eta sexualetan, pertsonarteko harremanetan eta lan-bizitzan³.

Maskuri hiperaktiboaren prebalentziaren zifrak aldakorrak dira, bere definizioa anbigua delako eta azterlanetan desberdintasun metodologikoak daudelako. Biztanleria orokorrari erreparatuta, nazioarteko mailan, % 11,8 eta % 22 artekoa da prebalentzia. Espainian, uste da 25-64 urte arteko emakumeen % 6k duela maskuri hiperaktiboa, eta 50-64 urte arteko gizonen % 4,6k. Instituzionalizatuta dauden 65 urte baino gehiagoko pertsonen dagokienez, prebalentzia % 40koa da emakumeengan, eta % 35ekoa, gizonengan^{2,3}.

Maskuri hiperaktiboaren definizioa konplexua da, eta ez da oso zehatza; sintoma espektro zabala hartzen du, eta bere azpiko kausak, askotan, ez dira oso ezagunak. Ondorioz, bazterketaren bidez lortzen da diagnostikoa, eta horren arriskua da gaixotzat hartzea sintoma arin edo ez-patologikoak dituzten pertsonak, sintomak gutxitzeko aukera handiak dituztenak eta zaindutako itxaronaldian (*watchful waiting*) egon daitezkeenak; horrek gehiegi medikalizatzea ekidingo luke, eragiten dituen ondorio kaltegarriak eta beharrezkoak ez diren kostuak saihestez gain⁴.

Izan ere, Euskal Autonomia Erkidegoan, 22.000 pertsonak baino gehiagok dute gernu-iheserako farmakoa duen tratamendua, eta, horietako % 26ri, gainera, gernu-iheserako xurgatzaileak agindu zaizkie; nahiko paradoxikoa da.

Dokumentu honetan neurri ez-farmakologikoak berrikusiko dira, bai eta patologia honetan erabiltzen diren sendagaien eraginkortasuna eta segurtasuna ere.

ETIOPATOGENIA

Maskuri hiperaktiboaren etiopatogenia ikertzen ari dira, oraindik, eta teoria desberdinak proposatzen dira; batzuk, jatorri neurogenokoak, eta, beste batzuk, jatorri miogenokoak. Kasu gehienetan bere etiopatogenia faktore anitzekoa den arren, jatorri neurogenoa gailentzen da adineko pertsonetan¹.

Maskuri hiperaktiboan, detrusore hiperaktiboa gehiago uzkuartzaren arrazoia da hartzaile muskarinikoen (M2 edo M3) hypersentikortasuna. Farmako antimuskarinikoen detrusorea uzkuartzan duen hodi parasinpatikoaren aktibazioan eragiten dute. Bestalde, beta hartzaile adrenergikoen hiru azpimota identifikatu dira (1, 2 eta 3 beta), detrusorean eta urotelioan. Farmako agonista 3-beta adrenergikoen detrusorea erlaxatzen dute^{3,5,6}.

Maskuri hiperaktiboaren arriskua areagotu egiten da adinarekin, eta, askotan, beheko gernu-traktuko beste sintoma batzuekin batera agertzen da. Gainera, beste hainbat prozesu lotura esanguratsua dute sindromea agertzearekin; besteak beste, depresioa, diabetes mellitusa, erditze baginala, obesitatea, idorreria, nahas-mendu neurologikoak eta erektzioaren disfuntzioa³.

DIAGNOSTIKOA

Maskuri hiperaktiboaren definizioa soilik klinikoa denez, ez dago diagnostikoa egin ahal izateko miaketarik edo frogarik. Beraz, adituen iritzian oinarritutako gomendioen arabera egiten da diagnostikoa. Honako alderdi hauetan oinarritzen da diagnostikoa⁶:

- Historia kliniko eta farmakologikoa.
- Azterketa fisiko osoa.
- Gernu-analisia.
- [Gernu-egitearen egunkaria \(3 egunekoak\).](#)
- [Sintomen inguruko galdeketa.](#)

- Paziente jakin batzuetan, beharrezkoa izan daiteke gernu-egitearen ondorengo hondarra neurtzea eta gernuaren kultibo bat egitea.

Historia klinikoaren eta gernu-egitearen egunkariaren konbinazioa horietako edozein azterketa urodinamikoarekin konbinatzea bezain zehatza da, eta kostu ekonomiko txikiagoa du; horregatik dute lehen aukeratzat, lehen mailako arretako kontsultetan². Konplikaziorik gabeko maskuri hiperaktiboa duten pazienteen kasuan, ez da gomendatzen proba diagnostikoak egitea –hala nola ekografia, urodinamiko eta zistoskopia–, egoera jakin batzuetarako utziko direlako^{1,6} (ikus ospitaleko arreta espezializatura bideratzeko irizpideak).

Baztertu egin behar da pazienteak larrialdiko klinika eragin dezaketen beste patologia batzuk izatea; besteak beste, prozesu buxatzaileak, infekziosoak, inflamatorioak eta tumoralak¹. Gainera, gogoan izan behar da gernu-ihesa eragin edo okerragotu dezaketen sendagaiak daudela eta askotan agintzen zaizkiela paziente zaharrei: farmako lasaigarriak, neuroleptikoak, antidepressiboak, azetilkinesterasaren inhibitzaileak, diureti-koak, alfa-blokeatzaileak, hormona bidezko terapia ordeztaila, eta abar⁷.

TRATAMENDUA

Maskuri hiperaktiboaren tratamenduaren helburua da pazienteen bizi-kalitatea hobetzea, inkontinentziaren larritasuna edo ihesen kopurua murriztuz eta, ahal dela, kontinentzia berreskuratuz. Horretarako, beharbada, neurri ez-farmakologikoak eta farmakologikoak konbinatu behar dira^{1,2}.

TRATAMENDU EZ-FARMAKOLOGIKOA

Paziente guztiekin kontuan hartu behar den lehenbiziko urratsa da.

a) Neurri higieniko-dietetikoak eta bizitzeko eraren aldaketak.

Helburu errealista batekin bereizi behar dira, hainbat alderdi baloratuta: inkontinentzia mota, horri lotu-tako baldintza medikoak, ondorioak, pazientearen lehenetsunak eta egokigarritasuna, bai eta senideen eta/edo zaintzaileen prestasuna ere, arazoari aurre egiteko duten inplikazio-mailarekin batera^{1-3,5,6}.

- Janariak eta likidoak. Maskuriko narritadura areagotu eta gernu gehiago sor dezaketen elikagaiak eta edariak baztertzea. Gomendatzen da gernu gehiago sortzea eragiten duten edariak eta janariak murriztea; esaterako, kafeina, tea, alkohola, edari karbonatuak, elikagai minak, entsaladak, zainzuriak, meloia eta angurria. Arratsaldetik aurrera, likidoak murriztea; bereziki, pazienteak nikturia badu^{1,8}.
- Gernu egiteko ohitura txarrak kentzea, hala nola gernu-egiteen arteko denbora luzatzea nahiz tartea oso laburrak izatea².
- Idorreri kronikoa ekiditea eta dietan zuntz gehiago sartzea^{3,9}.
- Pisua kontrolatzea. Obesitatea arrisku-faktore independente bat da, gernu-ihesari dagokionez. Obesitatea duten adineko emakumeen kasuan, egiaztatu da pisua galtzeak (>% 5) eragin positiboa duela gernu-ihesean^{6,10}.
- Ariketa fisiko egokitua. Onurak dakartza, baina ahalegin handiak ekidin behar dira, ihesak eragin ditzaketelako².
- Erretzeari uztea. Erretzeari uzteak gernu-ihesaren sintomak hobetzen dituela frogatu ez den arren, maskuri hiperaktiboa duten paziente guztiei gomendatzen zaie erretzeko ohitura uztea^{5,6}.
- Arropa eta ingurua. Kontuan hartu behar da arkitektura-oztopoen eta arropa egokia ez erabiltzearen ondorioz sortzen den gernu-ihesa; bereziki, narriadura kognitiboa edo mugikortasun-arazoak dituzten adineko pazienteen kasuan. Garrantzitsua da eusteko sistema elastikoak dituzten arropak erabiltzea eta botoiak nahiz kremaierak kendu eta belkrozko itxigailuak jartzea¹.

b) Jokabidea aldatzeko teknikak.

Pazienteen beharretara eta gaitasunetara egokitu behar dira. Bai pazienteak bai osasun-profesionalak era aktiboan parte hartu behar dute^{1-3,5,6}.

- Maskuriaren entrenamendua eta gernu-pauta programatua. Gernu-egiteak pazientearen gernu-eskemaren arabera programatzean datza (gernu-egitearen egunkariaren bitartez lortzen da). Gomendatzen da gernu egiteko gogoia izan eta urgentziazko ihesak gertatu baino lehen egitea pixa. Pixkanaka-pixkanaka, gernu-egiteen arteko denbora-tartea handitu behar da (15-30 minutu asteko, gernu-egiteen arteko denbora-tartea 2-4 ordukoak izatea lortu arte). Pazienteak onartu eta lagundu egin behar du, eta gaitasun fisiko eta mental onak izan behar du^{1,2,6}.

- Pelbis-zorua indartzeko ariketak ([Kegelen ariketak](#)). Erakutsi da ariketa horiek –gutxienez 3 hilabetez eginez gero– ahaleginagatiko gernu-ihesa, urgentziako gernu-ihesak eta gernu-ihes mistoa kudeatzeko seguruak eta eraginkorrak direla^{2,5}. Gernu-ihes mota guztien sintomak hobetu nahiz senda ditzakete¹.
- **Biofeedback** (bioatzeraelikadura). Gernu-egitearen kontzientzia hartzean datza, eta ukimen-, ikusmen eta entzumen-seinaleen bidez indartu daiteke. Pazienteak seinalea jaso eta gernu-egitea autokontrolaren bidez erregulatu eta aldatzen ikasten du. Horregatik, baliagarria da perineoko muskulatura indartzen edo erlaxatzen lagundu eta maskuriaren ezegonkortasuna kontrolatzen laguntzeko. Gaitasun funtzional ona behar da, eta asko lagundu behar da, terapeuta baten esku-hartzearekin batera. Hori dela eta, asko mugatzen ditu adinekoekin erabili ahal izateko^{1,2,6}.

TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

Neurri ez-farmakologikoekin sintomak hobetu ez dituzten pertsonak izango dira tratamendua sendagaiekin hasi ahalko duten pazienteak, baina neurri horiek alde batera utzi gabe¹².

Maskuri hiperaktiboaren tratamendurako sendagaiak

PRINTZIPIO AKTIBOA	POSOLOGIA	ONDORIO KALTEGARRIAK	KOSTUA/DED	OHARRAK	
ANTIMUSKARINIKOAK					
Fesoterodina	4-8 mg/24 o Askapen luzea	Efektu antikolinergikoak: ahoa lehortzea, ikusmen lausoa, takikardia, somnolentzia, nahasmena, agitazioa, hipotentsio posturala, idorzeria eta gernu-debekua.	1,70 €	Dosia egokitu behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan eta CYP3A4ren inhibitzaile indartsuekin aldi berean erabiltzean. Ez da ikusi QT tartea luzatzen duenik.	
Oxibutinina	5 mg/8 o edo 15 mg gauean, nikturiarako Berehalako askapena		0,21 €	Dosia egokitu behar da adinekoen kasuan. Kontuz erabili behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan. Ez da ikusi QT tartea luzatzen duenik.	
	1 partxe/3-4 egun Azaletik		1,45 €	Kontuz erabili behar da adinekoekin. Kontuz erabili behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan. Ez da ikusi QT tartea luzatzen duenik.	
Propiberina	30 mg/24 o Askapen aldatua		1,10 €	Dosia egokitu behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan. Ez da ikusi QT tartea luzatzen duenik.	
Solifenazina	5-10 mg/24 o		QT tartea luzatzea	1,00 €	Dosia egokitu behar da giltzurrun-gutxiegitasun larriaren eta gibel-gutxiegitasun moderatu-larriaren kasuan eta CYP3A4ren inhibitzaile indartsuekin aldi berean erabiltzean.
Tolterodina	4 mg/24 o Askapen luzea		1,02 €	Dosia egokitu behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan. Ez da gomendatzen CYP3A4ren inhibitzaile indartsuekin aldi berean erabiltzea.	
Trospio kloruroa	20 mg/12 o Berehalako askapena		0,36 €	Dosia egokitu behar da giltzurrun-gutxiegitasunaren kasuan, eta kontuz erabili behar da gibel-gutxiegitasunaren kasuan.	
3-BETA HARTZAILE ADRENERGIKOAREN AGONISTA SELEKTIBOAK					
Mirabegrona	50 mg/24 o Askapen luzea	Gernu-traktuko infekzioak, goragaleak, zefalea, takikardia, hipertentsioa eta fibrilazio aurikularra	1,50 €	Presio arteriala areagotu dezake. Ezin zaie agindu kontrolatu gabeko hipertentsio larria duten pazienteei (PAS ≥ 180 mm Hg eta/edo PAD ≥ 110 mm Hg). Dosia egokitu behar da giltzurrun- eta gibel-gutxiegitasunen kasuan eta CYP3Aren inhibitzaileekin aldi berean erabiltzean.	

CUA GUIDELINE on adult overactive bladder⁹ dokumentutik eta sendagaien fitxa teknikoetatik egokituta

Antimuskarinikoak: indikazio honetarako gehien agintzen diren sendagaiak dira. Sendagai horiek maskuriko hartzaile muskarinikoak blokeatzen dituzte, eta, hala, detrusorearen oharkabeko uzkurdurak inhibitzen dira.

Saiakuntza kliniko ausazkoen berrikuspen sistematiko batzuek erakusten dute antimuskarinikoek gernu-ihesaren sintomak arintzeko duten eraginkortasuna txikia dela, plazeboarekin alderatuta¹². Antimuskarinikoen arteko saiakuntza konparatibo gutxi dagoen arren, uste da antzeko eraginkortasuna dutela^{2,12}. Oro har, saiakuntza klinikoetan, antimuskarinikoek plazeboak baino gernu-egite bat gutxiago sortzen dute, egunean 12 gernu-egite basal oinarritzat hartuta^{2,13,14}.

Sortzen dituzten ondorio kaltegarri nagusiak ekintza antikolinergikoarekin lotutakoak dira: ahoa lehortzea, ikusmen lausoa, takikardia, somnolentzia, nahasmena, agitazioa, hipotentsio posturala, idorrieria eta gernu-debekua². Gainera, batzuek QT tarte luze eragin dezakete.

Karga antikolinergikoa eta farmako antikolinergikoak denbora luzez erabiltzea narriadura kognitiboa eta demetzia areagotzeko arriskuarekin lotuta daude^{9,10,12}. Oro har, antimuskarinikoen onura eta arriskuen arteko balantzea ez da aldekoa demetzia duten paziente zaharren kasuan (STOPP irizpidea), eta ez da gomendatzen azetilkinesterasaren inhibitzaileekin aldi berean erabiltzea, efektu antagonikoak dituzte eta¹⁵. STOPP irizpideen arabera, ez litzaizkieke antimuskarinikoak agindu beharko glaukoma kronikoa (glaukoma larriagotzeko arriskua), idorrieria eta prostatismo kronikoa duten pazienteei¹⁵. Dosia egokitu behar da giltzurrun-gutxiegitasun larriaren eta gibel-gutxiegitasun moderatuaren kasuetan².

“ **Farmakoen eraginkortasuna oso txikia da, eta garrantzi klinikoa, eztabaidagarria (eguneko gernu-egite 1 gutxiago, egunean 12 aldiz gernu egiten duten pazienteengan)** ”

Ahalik eta dosi txikienarekin hasi behar da tratamendua, bereziki, adineko pazienteen kasuan; eta, handik 4-6 astera, jarraipena egin behar da, tratamenduarekiko erantzuna eta onargarritasuna ebaluatzeko^{2,12}. Farmako batekiko erantzunik ez izateak ez du esan nahi beste farmako batzuekiko erantzunik izango ez duenik².

Pazienteen erdiak baino gehiagok tratamendu antimuskarinikoa eteten dute, hasi eta 3 hilabetera, eraginkortasun-faltagatik eta ondorio kaltegarriengatik^{6,10}.

Gernu-iheserako sendagai berriak etengabe agertzeak adierazten digu industria farmazeutikorako merkatu-hobi bat dagoela, eta horren arriskua da kasu batzuetan normaltasunaren barruan sar litezkeen egoerak gehiegi medikalizatzea⁴. Bestalde, farmako berrien eraginkortasunak mugatua izaten jarraitzen du; horien adibide dira, besteak beste, propiberina¹⁶, 2017ko abenduan merkaturatu zena, eta desfesoterodina, fesoterodinaren metabolito aktibo nagusia, duela gutxi baimendu dena eta merkaturatzeko zain dagoena.

3-beta hartzaile adrenergikoaren agonista selektiboak (mirabegrona): maskuriaren muskulu lisoa erlaxarazten du, eta edukiera handitu eta uzkurduen maiztasuna gutxitzen du¹⁷.

III. faseko saiakuntzen metaanlisi baten emaitzek erakutsi zuten mirabegronak, plazeboarekin alderatuta, ez zuela eguneko gernu-ihes bat bera ere gutxitu [-0,44; % 95eko KT: -0,59tik -0,29ra]; ez zuen, ezta ere, plazeboak baino gernu-egite bat gutxiago sortzea lortu [-0,62; % 95eko KT: -0,80tik -0,45era], egunean, batez beste, 11-12 aldiz gernu egiten zuten pazienteetan¹⁸.

Ondorio kaltegarrien profilean, nabarmentzekoak dira gernu-traktuko infekzioak (% 2,9) eta takikardia (% 1,2), eta, larrienen artean, fibrilazio aurikularra (% 0,2). Berrikuspen sistematiko batek frogatu zuen mirabegronak antimuskarinikoek baino aho lehor eta idorrieria-kasu gutxiago sortzen dituela¹⁹; baina, tolterodinarekin alderatuz gero, ez dago desberdintasunik ondorio kaltegarriengatik tratamendua uzten duten pazienteen kopuruaren artean¹⁷.

Mirabegronak presio arteriala areagotu dezake, beraz, ezin zaie agindu hipertentsio larri kontrolatu gabea duten pazienteei (PAS \geq 180 mm Hg eta/edo PAD \geq 110 mm Hg). Datuak mugatuak dira 2. mailako hipertentsioa duten pazienteen kasuan (PAS \geq 160 mm Hg eta/edo PAD \geq 100 mm Hg). Tratamenduaren hasieran, presio arteriala hartu behar da, eta aldian-aldian kontrolatu behar da; batez ere, hipertentsioa duten pazienteekin²⁰.

Giltzurrun-gutxiegitasun larria duten pazienteen kasuan, mirabegronaren dosia murriztu behar da, eta ez da gomendatzen CYP3Aren inhibitzaile indartsuekin aldi berean hartzea. Gibel-gutxiegitasun larria duten pazienteen kasuan, ez da gomendatzen farmako hori erabiltzea, ez eta gibel-gutxiegitasun moderatua duten eta aldi berean CYP3Aren inhibitzaile indartsuen tratamendua duten pazienteen kasuan ere. Mirabegronaren dosia murriztu behar da giltzurrun-gutxiegitasun arina nahiz moderatua duten edo gibel-gutxiegitasun arina duten eta aldi berean CYP3Aren inhibitzaile indartsuen tratamendua duten pazienteen kasuan²⁰.

Gomendatzen da jarraipena egitea tratamendua hasi eta 4-6 astera, tratamenduarekiko erantzuna eta ondorio kaltegarriak ebaluatzeko¹².

Antimuskarinikoak eta mirabegrona nahasten dituen terapia: III. faseko saiakuntza klinikoetan, Synergy²¹ (3.398 paziente) eta Beside²² (2.174 paziente) azterketek solifenazina nahiz mirabegronaren dosi desberdinak, monofarmako gisa, eta solifenazina eta mirabegrona konbinatutako erregimenak alderatu zituzten, eta ikusi zen konbinazioak, monoterapiarekin alderatuta, efektu gutxi zuela, eguneko gernu-ihes eta gernu-egiten kopurua murrizteari dagokionez. Horrez gain, ikusi zen, konbinazioarekin, monoterapiarekin baino gernu-debeku eta efektu antikolinergiko gehiago gertatzen zirela²¹. Dena den, konbinazioa erabili ahalko da gernu-ihesaren sintomak jarraitzen badute eta, ondorio kaltegarriak direla eta, antimuskarinikoen dosia areagotu ezin bada.

Laburbilduz, sendagaien (antimuskarinikoak eta mirabegrona) eraginkortasun eskasa dela eta, pazienteak erabaki beharko luke ea ondorio kaltegarriak konpentsatzen dituzten onurek. Eguneko gernu-egite bat gutxiago, beharbada, ez da esanguratsua egunean 12 aldiz gernu egiten duen paziente batentzat²³.

BESTE AUKERA BATZUK

Neurri hauek arretaz hautatu diren eta ohiko terapia farmakologikoari erantzun ez dioten pazienteei zuzenduta daude; neurri horiekin, jarraipen zorrotza egin behar da.

Toxina botulinikoa: tratamendu farmakologikoa jasaten duten gernu-ihesaren kasuetan erabili ohi izan da; maskurian sartzen da, zistoskopiaren bidez eta anestesia lokalarekin. Muskulu detrusorean azetilkolina askatzea inhibitzen du. Gernu-egitearen maiztasuna (eguneko -1,2 gernu-egite, plazeboarekin alderatuta) eta gernu-ihesen kopurua (eguneko -1,8 gernu-ihes, plazeboarekin alderatuta) murrizten ditu, eta maskuriaren gaitasun funtzionala eta bizi-kalitatea areagotzen ditu. Ikusi diren ondorio kaltegarri nagusiak gernu-debekua -uretra-zundaketa behar izan dezake- eta gernu-traktuko infekzioak dira. Injekzioak errepikatu behar dira, 6-9 hilabete igaro ondoren^{2,9,23}.

Neuromodulazio elektriko: hezur sakrotik edo tibia atzeko nerbioa estimulatuta. Kontuan hartzeko alternatiba terapeutiko baliioduna da, neurri ez-farmakologikoek eta farmakologikoek huts egiten badute^{2,12}.

Neurri aringarriak: teknika hauek beste esku-hartze batzuen osagarri gisa erabiltzen dira. Lasaitasuna ematera zuzenduta daude; helburua ez da kontinentzia berreskuratzea. Hauek dira ohikoenak: gernu-iheserako xurgatzaileak, gernua biltzeko edukiontziak, uretrako sistema oklusiboak eta maskuri-kateterra^{1,2}.

Euskal Autonomia Erkidegoan, 5.800 pertsonak aldi berean dituzte gernu-iheserako xurgatzaileen eta maskuri hiperaktiborako sendagaien preskripzioak. Hori dela eta, zentzuzkoa izango litzateke sendagai horien preskripzioa kentzea eguneko 3 xurgatzaile edo gehiago dituzten pazienteei.

OSPITALEKO ARRETA ESPEZIALIZATURA BIDERATZEKO IRIZPIDEAK^{1,2}

- Bizi-kalitateari kalte egitea eta maskuri hiperaktiboaren sintomengatik mugak izatea.
- Diagnostiko bat ziurtasunez jartzea zaila edo ezinezkoa izatea.
- Maskuri hiperaktiboaren sintomen eta anamnesian eta miaketa fisikoan lortutako datuen arteko korrelazio-falta.
- Organo pelbikoen prolapsu sintomatikoa eta baginaren sarreraren azpitik ageri den prolapsua duten emakumeak.
- Maskuri hiperaktiboa maskuriko edo uretrako min iraunkorarekin lotuta badago.
- Hematuria (makroskopikoa edo mikroskopikoa) iraunkorra.
- Husteko zailtasunak edo gernu-egitearen ondorengo ezohiko hondarra (>200 ml).
- Gaixotasun neurologikoagatik muina kaltetuta izan dezaketean eta pelbiseko irradiazioa edo pelbiseko kirurgia erradikala izan duten pazienteak.
- Jarraipenean zehar, arreta espezializatura bideratuko dira sintomak areagotu zaizkien pazienteak, bai eta sintoma berriak dituztenak eta tratamendu kontserbadore eta farmakologikoarekiko erantzunik ez dutenak ere (2 hilabete).

FUNTSEZKO IDEIAK

- Maskuri hiperaktiboa kudeatzean, antzeko sintomatologia sor dezaketen beste kasu batzuk baztertu behar dira.
- Tratamendua aukeratzekoan, garrantzitsua da kontuan hartzea maskuri hiperaktiboa duen pazientearen alderdi guztiak: zer espero duen (bere bizitzari eta hobekuntzari dagokienez), bere deserosotasun-maila, bere gaitasun funtzionala eta lotutako komorbiditatea¹.
- Tratamendua neurri ez-farmakologikoekin eta jokabide-terapiekin hasi behar da¹.
- Antimuskarinikoen eta mirabegronaren eraginkortasuna txikia da, eta garrantzi kliniko eskasa du. Farmakoen eraginkortasuna antzekoa denez, ondorio kaltegarrien profilaren, kostuaren eta pazientearen lehenetsuen arabera aukeratu behar dira farmakoak¹².
- Tratamendua hasi eta 4-6 astera eta, gero, 6 hilean behin, sendagaien eraginkortasuna eta segurtasuna ebaluatu eta jarraipena egin behar da, erangikorak ez badira, tratamendua kentzeko.
- Gernu-iheserako xurgatzaileak erabiltzen dituzten pazienteen kasuan, tratamendu farmakologikoa behar den berrikusi beharko litzateke.

BIBLIOGRAFIA

1. Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor. *Rev Esp Geriat Gerontol.* 2015;50:247-56. [on line]: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15000669> Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
2. Bobé F, Buil ME, Trubart G, Hernández S, Calviño O. Vejiga hiperactiva. *FMC.* 2018;25:208-22.
3. Adot JM, Esteban M, Batista JE, Salinas J. Guía vejiga hiperactiva de la AEU. Asociación Española de Urología, 2014. [online]: <https://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf> Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
4. Tikkinen KAO, Auvinen A. Does the imprecise definition of overactive bladder serve commercial rather than patient interests? *Eur Urol.* 2012;61:746-8. [online]: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(11\)01375-3/pdf](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(11)01375-3/pdf). Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
5. Arnold J, McLeod N, Thani-Gasalam R, Rashid P. Overactive bladder syndrome. *Aust Fam Physician.* 2012;41:878-883. [online]: https://www.researchgate.net/publication/233397551_Overactive_bladder_syndrome_Management_and_treatment_options. Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
6. Alcántara-Montero A. Novedades en el tratamiento de la vejiga hiperactiva. *Semergen.* 2016;42:557-65. [online]: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315003421> Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
7. Incontinences urinaires d'origine médicamenteuse. *Rev Prescrire.* 2015;35:271-274.
8. Turmel N, Hentzen C, Chesnel C, Charlannes A, Le Breton F, Amarenco G. Alimentation, régimes et diététique dans le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale : revue de la littérature. *Progrès en urologie.* 2017;27:395-401.
9. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, et al. CUA Guideline on adult overactive bladder. *Can Urol Assoc J.* 2017;11(5):E142-73. [online]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426936/pdf/cuaj-5-e142.pdf> kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
10. Lucas MG, Bedretidina D, Berghmans LC, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, et al. Guidelines on urinary incontinence. *European Association Urology.* 2015. [online]: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
11. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10:CD005654. [online]: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub4/full?highlight=Abstract=no%7Ctreatment%7Cmuscl%7Cwoman%7Cfor%7Cwithdrawn%7Ctraining%7Ctreatments%7Cincontinenc%7Cinactive%7Cinactiv%7Cfour%7Cmuscle%7Curinary%7Cfloor%7Ctrain%7Cin%7Ccontrol%7Curinari%7Cversus%7Cincontinence%7Cincontin%7Cinact%7Cpelvic%7Cwomen> Kontsultatuta: 2018ko abenduaren 5ean
12. Lukatz ES. Treatment of urgency incontinence/overactive bladder in women. UpToDate (jul 2018). [online]: <https://www.uptodate.com/index.html#!/contents/treatment-of-urgency-incontinence-overactive-bladder-in-women/print> kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
13. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Informe de evaluación de solifenacina. 2005. [online]: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/es_def/adjuntos/S/solifenacina/solifenacina_informe.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
14. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Fesoterodina. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2008;N°146. [online]: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/F/fesoterodina/fesoterodina_fitxa.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
15. Eventos adversos de los antimuscarínicos vesicales y mirabegron. Blog del Grupo de Farmacoterapia de SoMaMFyC-SEFAP. Fármacos en el kilómetro 0. [online]: <https://farmacoskm0.wordpress.com/2017/10/04/eventos-adversos-de-los-antimuscarinicos-vesicales-y-mirabegron-2-de-2/> kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
16. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Propiverina. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2018;N°250. [online]: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/P/propiverina/propiverina_fitxa_eu.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
17. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Mirabegron. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2014;N°216. [online]: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/M/mirabegrona/Mirabegrona_ficha_e.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
18. Cui Y, Zong H, Yang C, Yan H, Zhang Y. The efficacy and safety of mirabegron in treating OAB: a systematic review and meta-analysis of phase III trials. *Int Urol Nephrol.* 2014; 46:275-84.

«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. NICE: Mirabegron for treating symptoms of overactive bladder. Technology appraisal guidance. Published: 26 June 2013. [on line]: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta290/resources/mirabegron-for-treating-symptoms-of-overactive-bladder-pdf-82600726672069> kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
20. Ficha técnica mirabegrón (Betmiga®) [on line]: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/112809010/FT_112809010.pdf Kontsultatuta: 11 de octubre de 2018
21. Herschorn S, Chapple CR, Abrams P, Arlandis S, Mitcheson D, Lee KS et al. Efficacy and safety of combinations of mirabegron and solifenacin compared with monotherapy and placebo in patients with overactive bladder (SYNERGY study). BJU Int. 2017 Oct;120(4):562-575. Eur Urol. 2016 Jul;70(1):136-145. [online]: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bju.13882> Kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
22. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, Athanasiou S, Cambronero J, Mitcheson D et al. Efficacy and Safety of Mirabegron Add-on Therapy to Solifenacin in Incontinent Overactive Bladder Patients with an Inadequate Response to Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE). Eur Urol. 2016 Jul;70(1):136-145. [online]: https://ac.els-cdn.com/S0302283816002074/1-s2.0-S0302283816002074-main.pdf?_tid=9523e1be-7bbc-4e05-b5cf-699df4882684&acdnat=1544000740_ff4a5a7607d73942d2dd2d3da821b5f5 kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n
23. Kim S, Liu S, Tse V. Management of urinary incontinence in adults. Aust Presc. 2014;37(1):10-13. [online]: https://cdn0.scrvt.com/08ab3606b-0b7a8ea53fd0b40b1c44f86/c3528ea6263b4a8f/bcf93d3a5884/Management-of-urinary-incontinence-in-adults_37-10.pdf kontsultatuta: 2018ko urriaren 11n

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2018ko urria

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 AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevimesan@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, 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, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

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



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea