

OLSAR

OLMESARTÁN

OLMESARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA

EN MONOTERAPIA
O ASOCIACIÓN
EL POTENTE CONTROL
DE LA HIPERTENSIÓN

ÚNICO EN
URUGUAY

NUEVO

1 comprimido
al día



BIO-EQUIVALENTES
EUROFARMA

El ARA II más POTENTE que brinda tratamiento
COMPLETO y SEGURO para la HTA.

LA VISIÓN DEL EXPERTO

La hipertensión arterial (HTA) representa un verdadero problema de salud pública, que compromete a alrededor de 1.000 millones de personas en todo el mundo.¹ La HTA se considera en la actualidad una de las principales causas de mortalidad y se le atribuyen más de 10 millones de fallecimientos anuales a nivel global.² Asimismo, se reconoce un aumento de la incidencia de la HTA en las naciones de menores recursos.²

Se diagnostica la presencia de esta afección cuando se detecta en un paciente adulto un valor de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o un valor de presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg en reposo, después de efectuar tomas repetidas.² Por otra parte, se cuenta con métodos como el monitoreo ambulatorio de 24 horas de la presión arterial que resulta más reproducible que las mediciones efectuadas en el consultorio, así como se correlaciona de manera más precisa con la presencia de daño de órgano blanco y el riesgo de eventos cardiovasculares (CV).²

Entre las principales estrategias no farmacológicas para el enfoque de los pacientes con HTA sobresalen la dieta hiposódica, el aumento de las ingestas de frutas y vegetales, la reducción del consumo de alcohol, la disminución del peso corporal, la cesación del tabaquismo y la realización de actividad física regular.²

Debe destacarse que **menos de la mitad de los pacientes con HTA recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo**, pese a que se ha demostrado que una diferencia en la PAS de 20 mmHg y una disminución de la PAD de 10 mmHg se asocia con una reducción del riesgo CV del 50%. Se agrega que la falta de adherencia a la terapia antihipertensiva puede alcanzar al 80% y se la considera como uno de los principales motivos de inadecuado control de la presión arterial.^{2,4,5} Las causas de la falta de adherencia son múltiples e incluyen factores del paciente, de la enfermedad, del sistema de salud y del propio tratamiento.²

Todos los antihipertensivos reducen significativamente el riesgo de eventos CV mayores, incluidos los neurovasculares. Sin embargo, los fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, como los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) son particularmente favorables en términos de eficacia y seguridad y se encuentran entre los antihipertensivos más indicados.⁶ Los ARA-II no solamente reducen la presión arterial, sino que se han relacionado con una menor incidencia de diabetes y con una mejoría del pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca.⁶ El efecto antagonista sobre la angiotensina II reduce además su efecto deletéreo sobre el remodelado cardíaco y parece disminuir el riesgo de fibrilación auricular.⁶

Específicamente, el **olmesartán se caracteriza por su prolongada vida media** (13 horas), que permite la administración en **una toma diaria**, pero con un **inicio de acción a los 60-120 minutos**.⁷ Su biodisponibilidad **no se modifica con los alimentos**.⁷ En un estudio comparativo aleatorizado, en el que participaron 316 individuos con una PAD entre 95 y 114 mmHg, los pacientes recibieron ya sea 10 mg/día de olmesartán medoxomil o bien 50 mg/día de losartán, con la posibilidad de duplicar la dosis a las 4 semanas de ser necesario. El olmesartán medoxomil produjo una **respuesta mayor que el losartán; el 41,8% y el 63,2%** de los participantes, respectivamente, **requirieron la duplicación de la dosis**.⁸ Esta eficacia superior con respecto al losartán se verificó también en otro estudio con 941 pacientes hipertensos, de los cuales el 20,1% no había recibido tratamiento farmacológico previamente; **el olmesartán redujo en forma significativamente mayor la PAS y la PAD en comparación con el losartán**, tanto en los sujetos previamente tratados como en los que no habían recibido antihipertensivos previos.⁹ Estos beneficios se describen en el marco de un perfil de tolerabilidad comparable al de los restantes ARA-II.⁶

En cuanto a los diuréticos tiazídicos, constituyen un grupo de fármacos recomendados entre las estrategias de primera línea para el tratamiento de la HTA.¹⁰ **La hidroclorotiazida (HCTZ) estimula la excreción renal de agua y sodio** al inhibir la reabsorción de estos componentes en el túbulo contorneado distal.¹¹ Se destaca que la HCTZ se asocia con un incremento de la sensibilidad de los pacientes hipertensos que reciben ARA-II, como el olmesartán. Este efecto sinérgico puede ser aprovechado mediante la administración de una combinación de dosis fijas de ambos fármacos, una estrategia que parece aumentar la adherencia al tratamiento de la HTA.¹³

De este modo, la administración de un **tratamiento combinado con olmesartán e HCTZ representa una opción recomendable para el enfoque de los pacientes con HTA, con adecuados índices de eficacia y un buen perfil de tolerabilidad**.

Referencias bibliográficas:

1. Fiedler-Velásquez E, Gourzong-Taylor C. Epidemiología y patogenia de la hipertensión arterial esencial, rol de angiotensina II, óxido nítrico y endotelina. Acta Méd Costarric. 2005;47(3):109-17.
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Pulte NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Petro R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002;360(9349):1903-13.
4. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zamponi A, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. J Hypertens. 2011;29(3):610-8.
5. Gupta P, Patel P, Strauch B, Lai FY, Albarov A, Maresova V, et al. Risk factors for nonadherence to antihypertensive treatment. Hypertension. 2017;69(6):1113-20.
6. Omponi S, Volpe M. Angiotensin Receptor Blockers Versus Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors for the Treatment of Arterial Hypertension and the Role of Olmesartan. Adv Ther. 2019;36(2):278-97.
7. American Pharmacists Association, Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL (editors). Drug Information Handbook. 17th Edition. Hudson (OH): Lexi-Comp; 2008-2009.
8. Chrysant SG. Actualización sobre el olmesartán medoxomil. Buenos Aires: Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIIC); 2007. Disponible en: <https://bit.ly/32pWypD>. Consultado en: noviembre de 2020.
9. Punzi HA, Lewin A, Li W, Chavanu KJ. Efficacy/safety of olmesartan medoxomil versus losartan potassium in naïve versus previously treated subjects with hypertension. Adv Ther. 2012;29(6):524-37.
10. Blowey DL. Diuretics in the treatment of hypertension. Pediatr Nephrol. 2016;31(12):2223-33.
11. Akbari P, Khorasani-Zadeh A. Thiazide Diuretics. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/36Zjhdt>. Consultado en: noviembre de 2020.
12. Smith DHG. Comparison of angiotensin II type 1 receptor antagonists in the treatment of essential hypertension. Drugs. 2008;68(9):1207-25.
13. Du LP, Cheng ZW, Zhang YX, Li Y, Mei D. The impact of fixed-dose combination versus free-equivalent combination therapies on adherence for hypertension: a meta-analysis. J Clin Hypertens (Greenwich). 2018;20(5):902-7.

© 2020, Grupo SBN. Todos los derechos reservados.

La presente edición ha sido desarrollada por Grupo SBN por requerimiento de Laboratorio Eurofarma. El Departamento Editorial de Grupo SBN realizó la supervisión científica, el diseño y la adaptación literaria de esta versión impresa que reproduce con fidelidad los conceptos transmitidos de los artículos originales. Material exclusivo para profesionales de la salud que prescriben y dispensan. SBN139