



hipertensivos, como atenolol, captopril, losartana, valsartana, candesartana, irbesartana, felodipino, anlodipino e olmesartana + hidroclorotiazida. Contudo, nenhum dos estudos encontrados avaliou desfechos de maior relevância clínica, como redução de mortalidade e morbidade. Além disso, em geral, a qualidade dos estudos foi muito limitada e o período de monitoramento não ultrapassou 12 semanas.¹¹⁻¹⁵

Diferentemente dos IECA, os efeitos protetores da olmesartana ou outro ARA-II sobre as funções renal e cardíaca ainda não foram devidamente avaliados. Até que novas evidências estejam disponíveis, o uso deste fármaco não é recomendado em pacientes com diabetes, insuficiência renal ou insuficiência cardíaca, a menos que estes sejam intolerantes aos IECA.⁷

Apesar da olmesartana ser administrada apenas uma vez ao dia, esta vantagem é compartilhada pela telmisartana, candesartana, valsartana e irbesartana. Assim, o uso da olmesartana, em detrimento dos outros ARA-II, deve ser baseado, primeiramente, na experiência clínica com o fármaco e no custo do tratamento.^{7,10}

Última revisão: 28.04.2006

Referências bibliográficas:

1. PRVS. Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária. São Paulo: Optionline; 2006.
2. Cardiovascular drugs. In: Sweetman S (Ed), Martindale: The Complete Drug Reference. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, Vol. 127, 2006.
3. Mion Jr D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr O, Amodeo C, et al. Projeto Diretrizes: Hipertensão Arterial – Abordagem Geral. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/>
4. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC (Eds). Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289(19):2560-72.
6. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2003, 21:1011-53.
7. Olmesartan medoxomil. In: Klasco RK (Ed): DRUGDEX® System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, Vol. 127, 2006.
8. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Ficha de Novedad Terapêutica: Olmesartan. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; Numero 2 del año 2005. Disponível em: <http://www.easp.es/cadime>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Nuevos principios activos: Olmesartan medoxomilo. Información Terapêutica del Sistema Nacional de Salud 2004; 28(5): 126-7. Disponível em: <http://www.msc.es/>
10. Gardner SF, Franks AM. Olmesartan Medoxomil: The Seventh Angiotensin Receptor Antagonist. The Annals of pharmacotherapy, 2003; 37:99-105.
11. Ball KJ, Williams PA, Stumpe KO. Relative efficacy of an angiotensin II antagonist compared with other antihypertensive agents. Olmesartan medoxomil versus antihypertensives. Journal of Hypertension 2001; 19 (suppl 1): S49-S56.
12. Stumpe KO, Ludwig M. Antihypertensive efficacy of olmesartan compared with other antihypertensive drugs. Journal of Human Hypertension 2002; 16 (suppl 2): S24-S28.
13. Oparil S, Williams D, Chrysant SG, Marbury TC, Neutel J. Comparative efficacy of olmesartan, losartan, valsartan, and irbesartan in the control of essential hypertension. Journal of Clinical Hypertension 2001; 3(5): 283-91.
14. Chrysant SG, Marbury TC, Robinson TD. Antihypertensive efficacy and safety of olmesartan medoxomil compared with amlodipine for mild-to-moderate hypertension. Journal of Human Hypertension 2003; 17: 425-32.
15. Chrysant SG, Weber MA, Wang AC, Hinman DJ. Evaluation of antihypertensive therapy with the combination of olmesartan medoxomil and hydrochlorothiazide. American Journal of Hypertension 2004; 17: 252-9.

Farmacovigilância

Retinopatia com alfainterferona e alfafepeginterferona

Lesão na retina é um efeito adverso conhecido da alfainterferona. A acuidade visual não é afetada na maioria dos pacientes, embora haja relato de perda grave e irreversível da mesma, assim como distúrbios de campo visual.

As lesões na retina incluem “manchas em algodão”^o, hemorragia e oclusão da artéria central ou veia da retina.

Baseada em muitas séries prospectivas, a frequência estimada dos distúrbios oculares sintomáticos e

assintomáticos, relatados com alfainterferona é de 20 a 80% durante os três primeiros meses de tratamento. Geralmente, o desfecho é favorável, mesmo com a continuidade do tratamento.

A alfafepeginterferona foi introduzida no mercado mais recentemente, para o tratamento de hepatite C, em combinação com ribavirina.

Em uma série prospectiva, de 23 pacientes infectados por HIV e hepatite C que foram tratados com alfafepeginterferona e ribavirina, oito pacientes (35%) desenvolveram manchas em algodão e dois desses

^o Manchas em algodão: do inglês *cotton-wool spots*, são opacidades brancas ou cinzentas de bordos suaves na retina, compostas de corpos cistóides; vistas na retinopatia hipertensiva, lupus eritematoso e em numerosas outras condições.



apresentaram visão anormal de cores. Os distúrbios regrediram em um a oito meses com continuidade do tratamento.

Entre 25 pacientes tratados com alfa peginterferona e ribavirina, monitorados por três meses, quatro desenvolveram "manchas em algodão" e hemorragia na retina. Os distúrbios regrediram em seis a nove meses, mesmo com a continuidade do tratamento.

Portanto, os pacientes tratados com alfa peginterferona e alfa interferona podem desenvolver lesões na retina, que geralmente regredem em poucos meses. Eles devem ser informados desse risco e devem fazer um exame na retina antes de iniciar o tratamento, a fim de melhorar o controle dos sintomas visuais que podem ocorrer.

Traduzido e adaptado de: Anônimo. Adverse Effects: Interferon alfa, peginterferon alfa and retinopathy. *Prescribe International* April 2006; 15(82): 61.

Dia-a-Dia

SI nº 081/2006

Pergunta

Em que caso a insulina Lantus® pode ser prescrita para uso pela manhã e à noite (duas vezes ao dia)?

Resposta

O medicamento Lantus® tem como princípio ativo a insulina glargina,¹ que apresenta ação prolongada (18 a 24 horas de duração). É indicada para tratamento de diabetes do tipo I ou II em pacientes com problemas de controle da glicemia em jejum ou para reduzir hipoglicemia noturna. Sua estrutura química difere-se da insulina humana em três aminoácidos.

A insulina glargina não deve ser administrada por via intravenosa, nem misturada com outros medicamentos, incluindo outros tipos de insulina, ou diluentes.^{1,2}

Devido à ausência de picos e à ação prolongada, pode propiciar insulinemia basal mais estável com uma única dose diária. Os ajustes de dose são baseados no padrão glicêmico, levando em conta mudanças da prática de atividade física e dos hábitos alimentares no período do tratamento.³

Para pacientes com diabetes tipo I, a insulina glargina é administrada uma vez ao dia, pouco antes de dormir. Para pacientes com diabetes tipo II, sem uso prévio de

insulina e sob tratamento com hipoglicemiantes orais, a dose inicial de insulina glargina é de 10 UI, uma vez ao dia.^{1,4}

Não encontramos recomendação para administração de insulina glargina duas vezes ao dia, na literatura consultada.¹⁻⁴

Até o momento não há suficiente evidência de que a insulina glargina apresente vantagens clinicamente relevantes em longo prazo, quando comparada com a insulina NPH.

Referências bibliográficas:

1. Insulin glargine, recombinant. In: Klasco RK (Ed): DRUGDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, Vol. 127, 2006.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Página da Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/>
3. Insulin glargine. In: Klasco RK (Ed): USP DI® Drug Information for the Health Care Professional. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, Vol. 127, 2006.
4. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
5. American Society of Health-System Pharmacists. AHFS Drug Information, 2003. Bethesda (MD): American Society of Health-System Pharmacists; 2003.

Novas Publicações

Epidemiologia – Abordagem prática

Benseñor IM, Lotufo PA. Epidemiologia - Abordagem prática. São Paulo: Sarvier. 2005; 303 p.

Epidemiologia – Abordagem prática é um livro destinado a todos os profissionais da área da saúde que têm interesse em utilizar a epidemiologia como uma ferramenta que auxilie na leitura de artigos e na busca de informações científicas.

O objetivo do livro não é discutir profundamente questões metodológicas e sim dar ao leitor a capacidade de interpretar corretamente o resultado de um artigo

científico e o seu uso na prática clínica. Cada capítulo contém uma série de exercícios para que os leitores possam praticar os conhecimentos teóricos adquiridos na leitura.

O livro também apresenta um capítulo que orienta a obtenção de informações utilizando bancos de dados como o MEDLINE e a selecionar a informação baseada na qualidade da evidência científica. E também inclui, em cada capítulo, um pequeno guia para orientar a interpretação de artigos científicos de vários tipos.

Os autores são professores associados da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.