

TERAZOSINA (DCI)

Utilidad Eventual: La novedad aporta alguna mejora modesta pero real, que puede ser útil en alguna situación clínica eventual.

NUEVA INDICACIÓN

HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

DENOMINACIÓN

TERAZOSINA (DCI)

MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)

DEFLOX® (Abbott)
MAGNUROL® (Esteve)

GRUPO TERAPEÚTICO

G04B Otros preparados urológicos, incluidos antiespasmódicos del aparato genito-urinario.

COSTE TRATAMIENTO / DÍA

DEFLOX®/MAGNUROL® 5mg (30 comp)..... 142,57 PTA

(*) Las presentaciones de ambas especialidades con 2mg (15comp) están indicadas para el inicio del tratamiento, a dosis más bajas de la dosis habitual de mantenimiento, por lo que no procede el cálculo.

Ficha de Novedad Terapéutica nº 4. Año 1995

Ficha de Novedad Terapéutica**TERAZOSINA (DCI)**

La terazosina (TZ) es un bloqueante selectivo de los receptores α_1 -adrenérgicos, similar a la prazosina. La activación de los α_1 -adrenoreceptores estimula la contracción del músculo liso e incrementa el tono del tejido prostático y de la base y cuello de la vejiga, con lo que aumenta la presión y la resistencia uretrales, obstruyendo la salida de orina. El bloqueo selectivo de los receptores α_1 -adrenérgicos revierte esta situación mejorando la micción, sin afectar a la contracción del detrusor (de inervación parasimpática), ni al cuerpo de la vejiga (donde predominan los receptores α_2 -adrenérgicos) (1,2). La TZ, y los bloqueantes α_1 -adrenérgicos en general, mejoran también los síntomas irritativos que produce el agrandamiento de la próstata, aunque en menor medida que los obstructivos, ya que no reducen el tamaño prostático (2-4).

A diferencia de la alfuzosina, que parece ser más selectiva sobre el tracto urinario y que presenta mayor afinidad por los receptores α_1 , la TZ y la prazosina parecen tener una selectividad similar por los receptores α_1 -adrenérgicos de los tejidos genitourinario y vascular; de hecho la dosis antihipertensiva de TZ es prácticamente igual a la recomendada para tratar la hiperplasia benigna de próstata (HBP), por lo que habrán de vigilarse los efectos sobre la presión arterial en normotensos y en pacientes geriátricos (1,5). Adicionalmente la TZ parece tener un efecto favorable sobre el perfil de lípidos plasmáticos en los pacientes hipertensos (1,6,7).

La TZ, al igual que la doxazosina, tiene una acción prolongada, ya que su semivida plasmática de eliminación (8-13 h) permite administrarla sólo una vez al día; a diferencia de la alfuzosina y prazosina que se administran 2-3 veces al día. La administración de TZ oral ha de iniciarse con dosis de 1 mg (al acostarse) y puede ir aumentándose gradualmente hasta 5-10 mg/día e incluso hasta 20 mg/día, en función de la respuesta del paciente (1,3,6,8). A dosis de 10 mg/día, la respuesta clínica suele observarse

a las 4-6 semanas de tratamiento (8).

Se recomienda precaución al inicio del tratamiento (especialmente en ancianos), al aumentar la dosis, y cuando se reinicia el tratamiento después de un período de descanso; ya que en estas situaciones se da una mayor incidencia de hipotensión postural, síncope y vértigos como efectos adversos. Se aconseja que los pacientes eviten conducir o realizar actividades peligrosas en las 12 h siguientes a estos cambios (1,6).

Existen numerosos estudios de la eficacia de la TZ en la HBP, aunque pocos de ellos son multicéntricos, randomizados y comparativos (frente a placebo); y queda por establecer definitivamente la eficacia a largo plazo (1,3). No existen estudios comparativos entre los distintos bloqueantes α 1-adrenérgicos, pero se considera que sus propiedades farmacológicas, eficacia clínica y perfil de tolerabilidad son similares, constituyendo una alternativa para el tratamiento de la HBP leve o moderada (o cuando la cirugía no está indicada) (1,2,8,9).

CONCLUSIÓN

La principal ventaja de la TZ es que puede administrarse una vez al día, lo cual mejora el cumplimiento. Puede representar un tratamiento eficaz para la HBP en hipertensos con hipercolesterolemia. El inconveniente es la posible aparición de hipotensión postural a dosis eficaces para tratar la HBP.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Wilde MI et al. *Terazosin. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic potential in benign prostatic hyperplasia*. *Drugs Aging* 1993; 3:258-77.
- 2- *Hiperplasia benigna de próstata: tratamiento*. *Bol Ter Andal* 1993; 9:1-4.
- 3- Stricker PD. *Drug treatment of benign prostatic hypertrophy*. *Aust Prescr* 1995; 18(2):30-2.
- 4- Brawer MK. *The Role of Alpha1-Blockade in Benign Prostatic Hyperplasia*. *J Clin Pharmacol* 1993; 33:891-5.
- 5- Jønler M et al. *Benign Prostatic Hyperplasia. Current Pharmacological Treatment*. *Drugs* 1994; 47:66-81.
- 6- *Minimising the postural effects of beta-blockers*. *Drugs Ther Perspect* 1995; 5(1):13-4.
- 7- Narayan P et al. *Pharmacotherapy for Benign Prostatic Hyperplasia*. *West J Med* 1994; 161:495-506.
- 8- *Terazosin (Drug Evaluation Monographs)*. In: Gelman CR et al, editors. *Drugdex Information System*. Vol. 84. Englewood: Micromedex Inc., 1995.
- 9- Oesterling JE. *Benign Prostatic Hyperplasia. Medical and Minimally Invasive Treatment Options*. *N Engl J Med* 1995; 332:99-109.

(seleccionada con criterios de independencia, objetividad científica y sin ánimo de lucro) tiene como objetivo fomentar el uso racional de los medicamentos entre los profesionales de la salud de Andalucía



Novedad Terapéutica Especial: El nuevo medicamento supone un tratamiento eficaz para una situación clínica que no podía ser tratada adecuadamente con algún tratamiento existente.



Mejora Terapéutica de Interés: La novedad representa una mejora evidente, en eficacia y/o seguridad, para una situación clínica que ya disponía de tratamiento.



Utilidad eventual: La novedad aporta alguna mejora modesta pero real, que puede ser útil en alguna situación clínica eventual.



No aporta nada nuevo: La novedad no aporta ventajas frente a otros medicamentos ya disponibles para la situación clínica en que se propone su uso.



Insuficiente Experiencia Clínica: La bibliografía disponible sobre la novedad es insuficiente, o poco concluyente, o muestra una experiencia clínica insuficiente, que no permite establecer conclusiones significativas.



CADIME.EASP.

*Campus Universitario de Cartuja,
Telf.:(958)027400, Fax: 027505.*

Ap. Correos 2070, 18080 Granada

e-mail: cadime@easp.es

