



Ensayo de la unidad 3

Nombre: Liri Yanet lopez Pérez
Materia: farmacología
Profra: Nery Fabiola Ornelas
Grupo: G
Grado: 3er Cuatrimestre

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura (hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, hipoalfalipoproteinemia, tabaquismo, diabetes, obesidad abdominal, sedentarismo). Además, el costo para su prevención y control, ello representa un reto para la salud pública del país.

La Norma oficial mexicana proy-nom-030-ssa2-2017, es utilizada para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Esta Norma tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, con el propósito de disminuir la mortalidad, la morbilidad y aumentar la esperanza de vida con calidad de la población.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten atención integral para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en el Sistema Nacional de Salud.

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La HAS se clasifica, por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios:

Categoría	Sistolica mmHg	Distolica mmHg
<ul style="list-style-type: none"> • optima • presion arteria normal • precion arteria fronteriza* • Hipertencion 1 • Hipertencion 2 • Hiportencion 3 • Hipertencion sistolica aislada 	<ul style="list-style-type: none"> • <120 • 120 a 129 • 130 a 139 • 140 a 159 • 160 a 179 • >180 • >140 	<ul style="list-style-type: none"> • <80 • 80 a 84 • 85 a 89 • 90 a 99 • 100 a 109 • >110 • <90

El JNC 7 ofreció una clasificación más sintética donde resulta relevante la definición de prehipertensión. Su reconocimiento y adopción es un importante desafío para los médicos, los pacientes y los sistemas de cuidados médicos para balancear apropiadamente las recomendaciones generales contenidas en las guías con el mejor juicio clínico. La medición correcta de la presión arterial es un prerrequisito esencial para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con hipertensión.

La evaluación del paciente con hipertensión es un componente clave del proceso de diagnóstico.

El Informe recomienda la meta de control <140/90 mmHg para las personas con hipertensión sin diabetes y de <130/80 mmHg para las personas con hipertensión y diabetes. La combinación de hipertensión y diabetes aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal, por lo cual en tales pacientes la hipertensión debe ser tratada de forma enérgica

El JNC 7 no plantea que al iniciar un tratamiento para la hipertensión se debe considerar el riesgo cardiovascular global como sí lo hacen las guías europeas. No obstante, el JNC 7 sí recomienda que durante la evaluación del paciente con hipertensión se valoraren sus estilos de vida, se identifiquen otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que pudieran afectar el tratamiento, se busquen otras causas de hipertensión y que se considere su repercusión sobre los órganos diana. Asimismo, declara que el objetivo final en términos de salud pública de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbilidad, así como la mortalidad cardiovascular y renal, y que hacia este punto deben encaminarse todos los esfuerzos.

El equipo básico de salud deberá negociar con los pacientes las metas no farmacológicas del tratamiento y apoyar su consecución.

Los cinco grupos más conocidos de agentes antihipertensivos son: los diuréticos, la beta bloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los bloqueadores de los canales del calcio y los bloqueadores de los receptores de angiotensina. Estos fármacos disminuyen de manera similar la presión arterial y con ello el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y de enfermedad renal terminal.

JNC 8 para el manejo de la hipertensión

El Octavo Comité Nacional Conjunto (JNC 8 por sus siglas en inglés) ha publicado sus nuevas directrices sobre el manejo de la hipertensión en adultos y que según sus autores simplificará lo establecido desde el JNC 7.

La hipertensión es la condición más común vista en la atención primaria y conduce a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente. Los pacientes quieren estar seguros de que el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) reducirá su riesgo de morbilidad, mientras que los médicos quieren orientación sobre el manejo de la hipertensión utilizando la mejor evidencia científica. Los miembros del JNC 8 fueron seleccionados de entre más de 400 nominados en base a la experiencia en la hipertensión, la atención primaria, incluyendo geriatría, cardiología, 75 nefrología, enfermería, farmacología, ensayos clínicos, medicina basada en

evidencias, epidemiología, informática y desarrollo e implementación de guías de práctica clínica en los sistemas de atención.

Las nuevas pautas del JNC8 relajan las metas de presión sanguínea del JNC 7, así como los umbrales para el inicio del tratamiento tanto en pacientes de edad avanzada, como en pacientes menores de 60 años con diabetes y enfermedad renal.

Las recomendaciones son:

1.- En la población general de 60 años o más, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial (PA) con una presión arterial sistólica (PAS) \geq 150 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mm Hg con una meta de PAS $<$ 90 mm Hg. (Recomendación fuerte – Grado A)

2.- En la población en general menor de 60 años, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAD \geq 90 mm Hg y tratar con una meta de PAD $<$ 90 mm Hg. (Para edades entre 30 a 59 años, recomendación fuerte – grado A; Para edades de 18 a 29 años, Opinión de expertos – Grado E).

3.- En la población en general menor de 60 años, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS \geq 140 mm Hg y tratar con una meta de PAS $<$ 140 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).

4.- En la población de 18 años o más con enfermedad renal crónica (ERC), iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90 mm Hg y tratar con una meta de PAS $<$ 140 mm Hg y de PAD $<$ 90 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).

5.- En la población de 18 años o más con diabetes, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS \geq 140 mmHg o una PAD \geq 90 mm Hg y tratar con una meta de PAS $<$ 140 mm Hg y una meta de PAD $<$ 90 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).

6.- En la población general NO afrodescendiente, incluidas aquellas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazídico, un BCC, un IECA o un BRA (Recomendación moderada – Grado B).

7.- En la población general AFRODESCENDIENTE, incluidos los diabéticos, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazídico o un BCC. (Para la población general afrodescendiente: Recomendación Moderada – Grado B; para los pacientes afrodescendientes diabéticos: Recomendación débil – Grado C).

8.- En la población de 18 años o más con ERC, el tratamiento antihipertensivo inicial (o complementario) debe incluir un IECA o BRA para mejorar la función renal. Esto se aplica a 79 todos los pacientes con ERC con hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes. (Recomendación moderada – Grado B)

9.- El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alcanzar y mantener la meta de presión arterial. Si la meta de PA no se alcanza dentro de un mes de tratamiento, aumentar la dosis del fármaco inicial o añadir un segundo fármaco de una de las clases en la recomendación 6 (diurético tiazídico, BCC, IECA o BRA).

Clasificación de los medicamentos antihipertensivos

En cualquier caso, los fármacos antihipertensivos se clasifican según su mecanismo de acción.

Diuréticos En primer lugar, los diuréticos. El mecanismo de acción de los diuréticos es aumentar la eliminación de líquidos a través de los riñones. Esto reduce el volumen sanguíneo, lo que como consecuencia provoca un descenso de la tensión arterial. Ten en cuenta que, entre los diuréticos en uso para el control de la hipertensión, los derivados tiazídicos no son recomendados porque pueden alterar el equilibrio electrolítico.

Betabloqueantes En cambio, los betabloqueantes son fármacos que fueron empleados en principio como antiarrítmicos. Lo cierto es que, de algún modo al reducir la fuerza y velocidad de las palpitaciones, producen al mismo tiempo un descenso de la tensión arterial. En cualquier caso, los betabloqueantes son más efectivos que los diuréticos para reducir el riesgo cardiovascular. No obstante, no están libres de efectos secundarios.

IECA En cuanto a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, más conocidos por su sigla IECA, actúan bloqueando la acción de la enzima que produce la angiotensina. Debes saber que la angiotensina es una hormona vasoconstrictora. Ten en cuenta que este efecto incide directamente sobre los valores de tensión arterial. Estos antihipertensivos no producen efectos secundarios importantes, aunque si en algunos casos, pueden provocar tos persistente.

ARA Por otra parte, los antagonistas de los receptores de angiotensina II, más conocidos como ARAlI, se han desarrollado con la intención de obtener los beneficios de los IECA, sin sus efectos adversos. En efecto, lo logran al bloquear la acción de la hormona angiotensina II en receptores de los vasos sanguíneos. Están indicados en caso que hayas tenido que abandonar el tratamiento con IECA, a causa de la tos.

Bloqueadores alfa Ten en cuenta que los bloqueadores adrenérgicos alfa de acción directa, son fármacos antagonistas que impiden que la noradrenalina llegue a los receptores alfa. De tal modo, la noradrenalina no puede ejercer su acción vasoconstrictora y el receptor alfa queda bloqueado. Están especialmente indicados si además de hipertensión, tienes otras enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, angina de pecho, etc. Sin embargo, como efecto secundario te puede causar hipotensión ortostática.

Bloqueadores de los canales del calcio, Por último, los bloqueadores de los canales del calcio son fármacos que bloquean la contracción del músculo liso de la pared vascular, que es controlada por el calcio. De tal modo, disminuyen a resistencia de los vasos sanguíneos, lo que como consecuencia produce una bajada de la tensión arterial. Son los de acción más rápida. No obstante, pueden acarrear complicaciones si existe insuficiencia cardíaca. Por ello, lo más habitual es que se administren en cápsulas de liberación prolongada.

Farmacología en el embarazo

El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer, en la que se producen una serie de cambios fisiológicos, algunos de ellos importantes, y en la que cualquier acontecimiento patológico intercurrente, como por ejemplo una infección o la exposición a un producto tóxico o medicamentoso, puede repercutir de forma negativa, tanto en la gestante como en el feto. Tras el nacimiento, la leche materna supone el aporte nutricional adecuado para el correcto desarrollo del recién nacido, así como un importante factor de protección celular y humoral, 98 representando la alimentación idónea en los primeros 6 meses de vida. Igual que ocurre durante la gestación, todo acontecimiento intercurrente, como la toma de un fármaco, que acontezca en este período a la madre puede tener consecuencias negativas para la madre y el recién nacido.