



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico.

Nombre del Alumna: Yusari Raymundo Morales.

Nombre de Los Temas: Antihipertensivos.

Parcial: 1er. Parcial.

Nombre de la Materia: Farmacología.

Nombre del Profesor: Ervin Silvestre Castillo.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 3er. Cuatrimestre.

31 de julio de 2023

C L A S I F

CONCEPTO: En la actualidad se dispone de una gran variedad de fármacos, que deben ser eficaces y seguros, y su selección será individualizada según las características clínicas del paciente

DIURÉTICOS: Son antihipertensivos con amplia experiencia clínica que además de ser eficaces, seguros (alta relación aceptación-paciente) y de fácil manejo, son de bajo coste.

Farmacocinética: . La mayoría se presenta en formulaciones orales, y sólo la furosemida y e Itorasemida están disponibles en forma parenteral.

Efectos adversos. Aumento de la resistencia a la insulina (por la hiperglucemia), alteración de los lípidos y del ácido úrico, no revierten la hipertrofia ventricular izquierda y producen hipopotasemia, a excepción de los ahorradores de K+, principal inconveniente que tiene importancia en pacientes digitalizados

INHIBIDORES ADRENÉRGICOS.

BLOQUEADORES BETAADRENÉRGICOS: Se clasifican básicamente en dos grupos:

- a) bloqueadores
- b) bloqueadores. Ambos grupos, además de sus efectos antiarrítmicos y antianginosos, muestran eficacia en la HTA, rebajando la tasa de morbilidad cardiovascular y cerebrovascular..

Farmacocinética: En insuficiencia hepática aumenta la vida media de los bloqueadores lipofílicos (propranolol, metoprolol, oxprenolol) y en la insuficiencia renal la de los hidrófilos (acebutalol, atenolol, nadolol, sotalol)

Efectos adversos: Los más frecuentes son broncoespasmo, desencadenamiento de insuficiencia cardíaca congestiva, bradicardia, hipotensión y frialdad de extremidades. Los más lipofílicos producen algunos efectos sobre el sistema nervioso central (alteraciones del sueño, cansancio, depresión).

Bloqueadores β_1 y β_2 -adrenérgicos: (labetalol y carvedilol). Mecanismo de acción. Son bloqueadores, no selectivos con cierta capacidad de bloquear receptores.

Acciones farmacológicas. Además de las acciones típicas de los bloqueadores, tienen acción dilatadora arteriolar, por lo que reducen la presión arterial más rápidamente. Por vía oral y a largo plazo son equiparables todos sus efectos a los bloqueadores no cardioselectivos.

Cuidados de enfermería: El labetalol puede administrarse sin diluir en bolos de 20 mg repetibles cada 5-10 min hasta alcanzar una dosis máxima de 300 mg, o en perfusión intravenosa con suero glucosado al 5% suero fisiológico a 1mg/ml.

Inhibidores centrales

Son fármacos de gran repercusión en el pasado, pero que han sido relegados debido a suma la tolerancia, efectos secundarios, pérdida de eficacia terapéutica a largo plazo y superioridad de otros fármacos.

Mecanismo de acción. Actúa como neurotransmisor sustituyendo al noradrenalina y activando los receptores presinápticos; por tanto, inhiben la actividad de los centros vasomotores, reduciendo el tono simpático periférico y disminuyendo así la presión arterial.

Efectos adversos. Principalmente, retención de líquidos, sedación, sequedad de boca, depresión, bradicardia, hipotensión ortostática, estreñimiento, ginecomastia y trombopenia.

ANTIHIPERTENSIVOS

ANTIHIPERTENSIVOS

Son aquellos fármacos indicados en el tratamiento de la HTA, que se clasifican según los valores de presión arterial propuestos por el séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de Estados Unidos

CACION

Antagonistas del calcio: Aunque todos comparten la acción fundamental, difieren en aspectos como potencia, selectividad por tejido y mecanismo de acción por el que actúan.

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina: En la actualidad se dispone de numerosos IECA comercializados, entre los que se encuentran: captoprilo, enalaprilo, enalaprilato, ramiprilo, cilazapril, perindopril, lisinopril, quinapril, fosinopril, benazeprilo, espirapril, trandolapril.

Antagonistas de los receptores específicos de la angiotensina II (ARA-II): La inhibición de los efectos de la angiotensina II es una de las estrategias terapéuticas de la HTA, existiendo fármacos que actúan de esa manera como IECA y bloqueadores, pero hace relativamente poco ha surgido el losartán, al que le siguieron valsartán, irbesartán, candesartán, telmisartán, eprosartán y olmesartán, que actúan disminuyendo la formación de angiotensina II pero a través de otro mecanismo.

Vasodilatadores directos: Dentro de este grupo se encuentran: hidralazina, minoxidilo, diazóxido y nitroprusiato.

CONCEPTO: Las tendencias actuales consisten en evitar las altas dosis y apurar las posibilidades de las terapias no farmacológicas, para luego pasar a las farmacológicas

Farmacocinética. Dada su corta duración, para lograr una acción prolongada, muchos se encuentran en formulaciones galénicas de liberación sostenida. Una excepción la constituye el amlodipino, que se absorbe y metaboliza lentamente, lo que permite una única dosis diaria.

Efectos adversos. En general son bastante inocuos, ya que tienen una notable especificidad. Los más comunes son: hipotensión, palpitaciones, cefaleas, mareos, rubor facial y edema maleolar por su acción vasodilatadora arterial periférica.

Farmacocinética. Su vía habitual de administración es la oral (sólo el enalaprilato puede administrarse por vía intravenosa).

Efectos adversos. Presentan buena tolerabilidad y baja incidencia de efectos adversos, que pueden estar relacionados con la actividad farmacológica e inhibición de la degradación de cininas.

Efectos adversos. Tienen menos efectos adversos que los IECA, especialmente en lo que se refiere a la tos, aunque se han descrito casos en los que ésta aparece, además de mareos, hiperpotasemia, cefaleas, astenia, congestión nasal y dispepsia, no debiéndose administrar durante el embarazo y utilizando dosis mínimas en insuficiencia renal y hepática.

Aplicaciones terapéuticas. Alternativa a los IECA en pacientes que presentan como efecto adverso (10%) y combinados con los mismos para evitar pérdida de efectividad de éstos, aunque no se han observado efectos beneficiosos añadidos.

Farmacocinética. La hidralazina sufre una importante acetilación hepática con repercusión en las concentraciones plasmáticas, por lo que hay que tener en cuenta la variabilidad entre los individuos según la capacidad acetiladora.

Efectos adversos. La administración crónica de hidralazina produce lupus (reversible al suspender el tratamiento); el minoxidilo tiene como efecto secundario la aparición de hipertricosis (reversible), el diazóxido produce hiperglucemia como efecto adverso destacado y todos producen, en general, taquicardia refleja y retención hidrosalina, por lo que se deben asociar un diurético y un bloqueador

P
A
S
O
S
T
A
P
M
A
R
I
E
N
T
E
L

Relajación física del paciente

- Evitar ejercicio físico previo
- Reposo durante 5 min antes de la medición
- Evitar medir en caso de incomodidad

Relajación mental del paciente

- Ambiente de consulta tranquilo y confortable
- Reducir la ansiedad
- Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar

Circunstancias a evitar

- Consumo previo de cafeína o tabaco
- Administración reciente de fármacos con efecto sobre la presión arterial
- Tiempo prolongado de espera antes de la visita

Dispositivos de medida

- Manómetro calibrado en los últimos 6 meses
- Aparato automático calibrado y validado en el último año
- Manguito adecuado al tamaño del brazo: disponer de varios tamaños
- Velcro o sistema de cierre con firmeza

Colocación del manguito

- Ajustar sin holgura y sin que comprima
- El centro de la cámara debe coincidir con la arteria braquial
- Evitar prendas gruesas

Técnica

- Establecer la presión arterial sistólica por palpación de la arteria radial
- Inflar manguito > 20% de la presión arterial sistólica estimada
- Desinflar a ritmo de 2-3 mmHg/s
- Si los ruidos son débiles, indicar al paciente que eleve el brazo y abra y cierre la mano varias veces
- Ajustar a 2 mmHg, no redondear a 5 o 10 mmHg

Medida

- Dos medidas mínimo: tomar medidas adicionales si difieren en más de 5 mmHg
- Para diagnóstico tres series de medidas en semanas diferentes
- Una medida aislada nunca indica hipertensión arterial