



Mi Universidad

Resúmenes

Rosa del Carmen Hernández Hernández

Resúmenes y tabla de fármacos

Parcial 2

Cardiología

Dr. Romeo Suarez Martinez

Licenciatura en medicina humana

5°C

Comitán de Domínguez, Chiapas, 13 de octubre del 2023

Hipertensión arterial



La hipertensión arterial es aquella que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistente alta. Se hace la distinción de hipertensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg con presión diastólica ≤ 90 mmHg cuya importancia radica en el incremento de eventos vasculares cerebrales y deterioro renal hasta 4 veces.

Definiciones

presión arterial: fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón. $PA = GC \times RVD$

presión arterial diastólica: Dan la resistencia a los vasos sanguíneos cuando el VI está relajado.

presión arterial sistólica: generada por la contracción del VI durante la sístole.

presión arterial media: promedio de la PA durante el ciclo cardíaco.

$$PAM = \frac{(P. sistólica - P. diastólica) + P. diastólica}{3}$$

Elementos que influyen	Factores de riesgo
→ Gasto cardíaco	- Edad: ♂ ≥ 55 años ♀ ≥ 65 años
→ Resistencia vascular	- tabaquismo
→ Volumen sanguíneo	- Dislipidémicas
	- Glucosa $102 - 125$ mg/dl

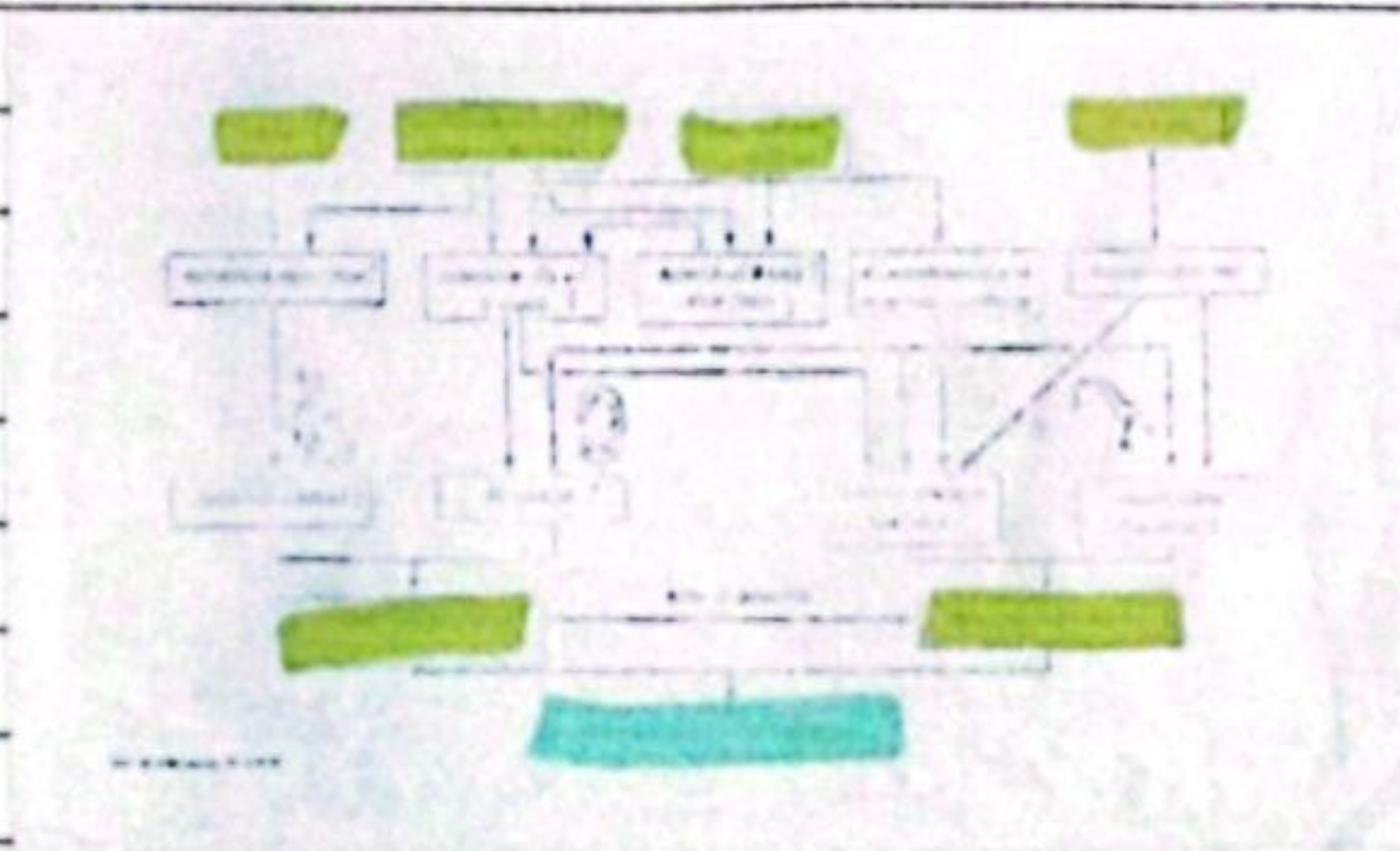
Daño a órganos

1. Diana
2. Corazón
3. Riñones
4. Vasos
5. Cerebro
6. Retina

- Prueba de tolerancia a la glucosa alterada
- Obesidad
- Historia de ent. cardiovas. -cular.

Diagnóstico:

- El exámen (toma periódica)
- Realizar adecuada historia clínica
- Integrar dx de HAS desde 1ra consulta médica
 - diabético y daño a órgano diana o datos insuficiencia renal (FG 250 ml/min) que presente >140 mmHg
- El protocolo estudio:
 - citometría hemática
 - Electrolytes sérico
 - Ácido úrico
 - ECG
 - Perfil lipídico (HDL, LDL, colesterol, triglicéridos)



manifestaciones

- cefalea
- p. vista
- mareos
- fatiga

Crisis hipertensiva



¿Que es?

Es una elevación súbita de la presión arterial que puede producir una lesión grave a un órgano blanco.

Clasificación

URGENCIA HIPERTENSIVA	EMERGENCIA HIPERTENSIVA
Aumento repentino de la presión arterial que de manera inmediata, NO causa daño a algún órgano.	El aumento de la presión arterial si se acompaña de daño de algún órgano blanco.

Causas:

- 95% De los pacientes hipertensos (HIP. esencial)
- ← 5% Manifiesta hipertensión esencial



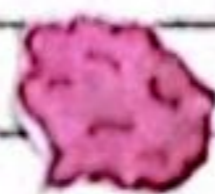
↑ Riesgo de desarrollar crisis hipertensiva

- mal control de la HA
- Enfermedades renales
- Hipertensión relacionada con embarazo
- Alt. hormonales
- Drogas y farmacos como cocaína, Anfetaminas o LSD.

Sintomas

Date.
NO.

- vision borrosa
- dolor de cabeza
- Nausea (vomitos)
- confusion
- debilidad de en todo del cuerpo
- desmayos
- dificultad para hablar o respirar
- orina color cafe o con sangre.



Tratamiento

Urgencia hipertensiva

- > correccion de la PA (farmaco) orales
- > vigilancia ambulatoria

Emergencia hipertensiva

- > Tratamiento en el hospital
- > medicamentos
- > dieta baja en sal y bajar de peso.

Trata. farmacologico

Emergencia:

Urgencia:

1. Dinitrato isosorbide
solucion IV (frasco
ampolleta 100ml (1mg/
1ml))

1. IECA
- captopril 25mg/c/6-8h
- enalapril 10mg c/12h
max 40mg/dia

2. Nitroglicerina IV frasco
10ml (5mg/1ml)
- dosis: 2-10mcg/kg/min
x peso x dosis x 60. min/dia

2. Beta-bloqueadores
- metoprolol 50-100mg/c/12h
- atenolol 50mg o/12-24h

3. Nitroprusato IV 20mg/2ml
- dosis: 0.2-10mcg/kg/min

3. ARA II
- losartan 50mg c/12h
- candesartan 8-16mg c/24h
- telmisartan 40-80mg c/24h

4. Esmololol IV 250mg/ml 0.25g/1ml

4. calcioantagonistas
- amlodipina 5-10mg c/24h
- nifedipina 30-60mg/12h

basis: bato inicial (0.5mg)
Kra infusion 1-300mg/min

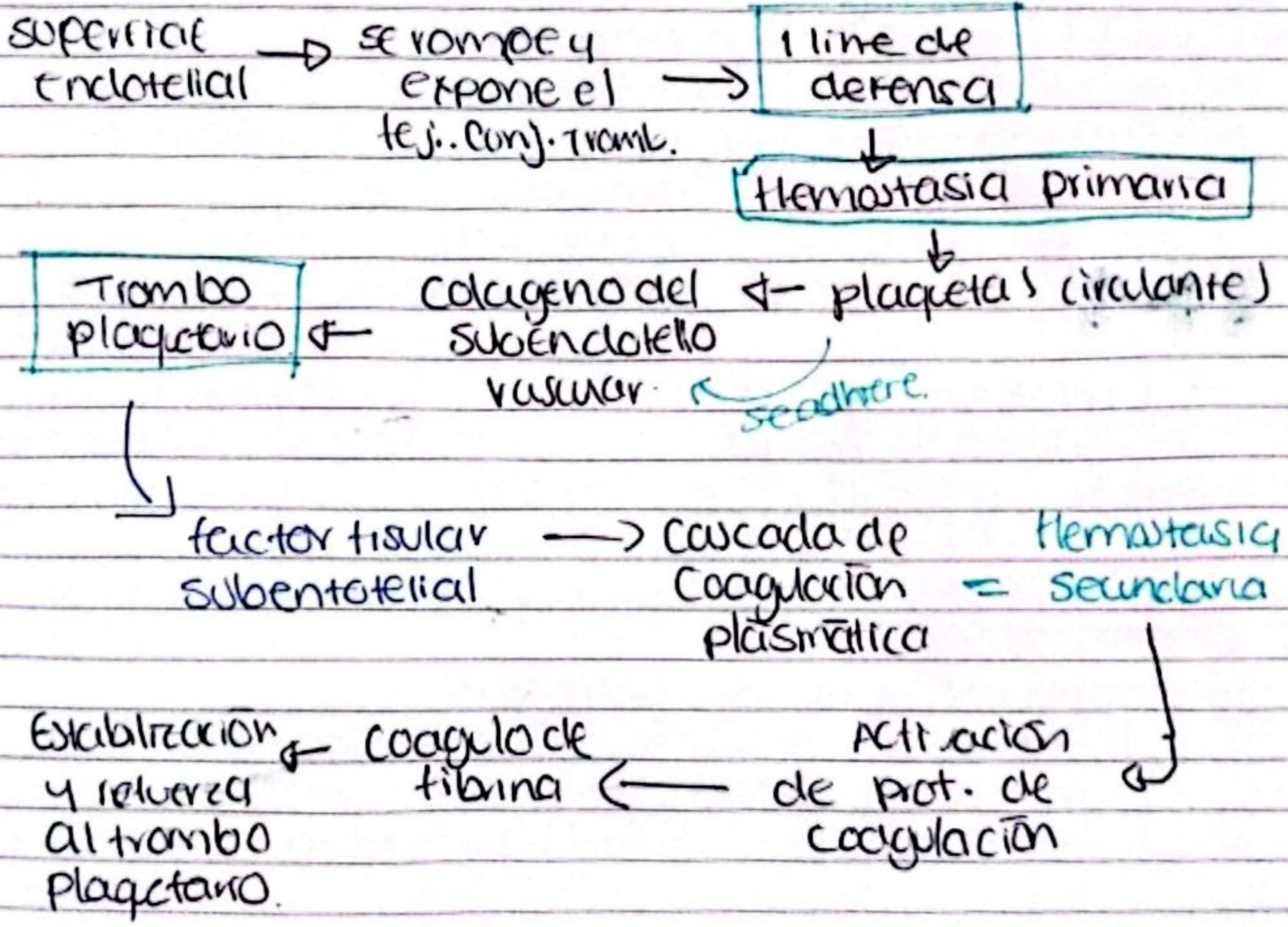
Angina de pecho

CORONARIOS

Más del 90% se debe a la ruptura de la capa aterosclerótica, posterior agregación plaquetaria y formación de trombos intracoronario

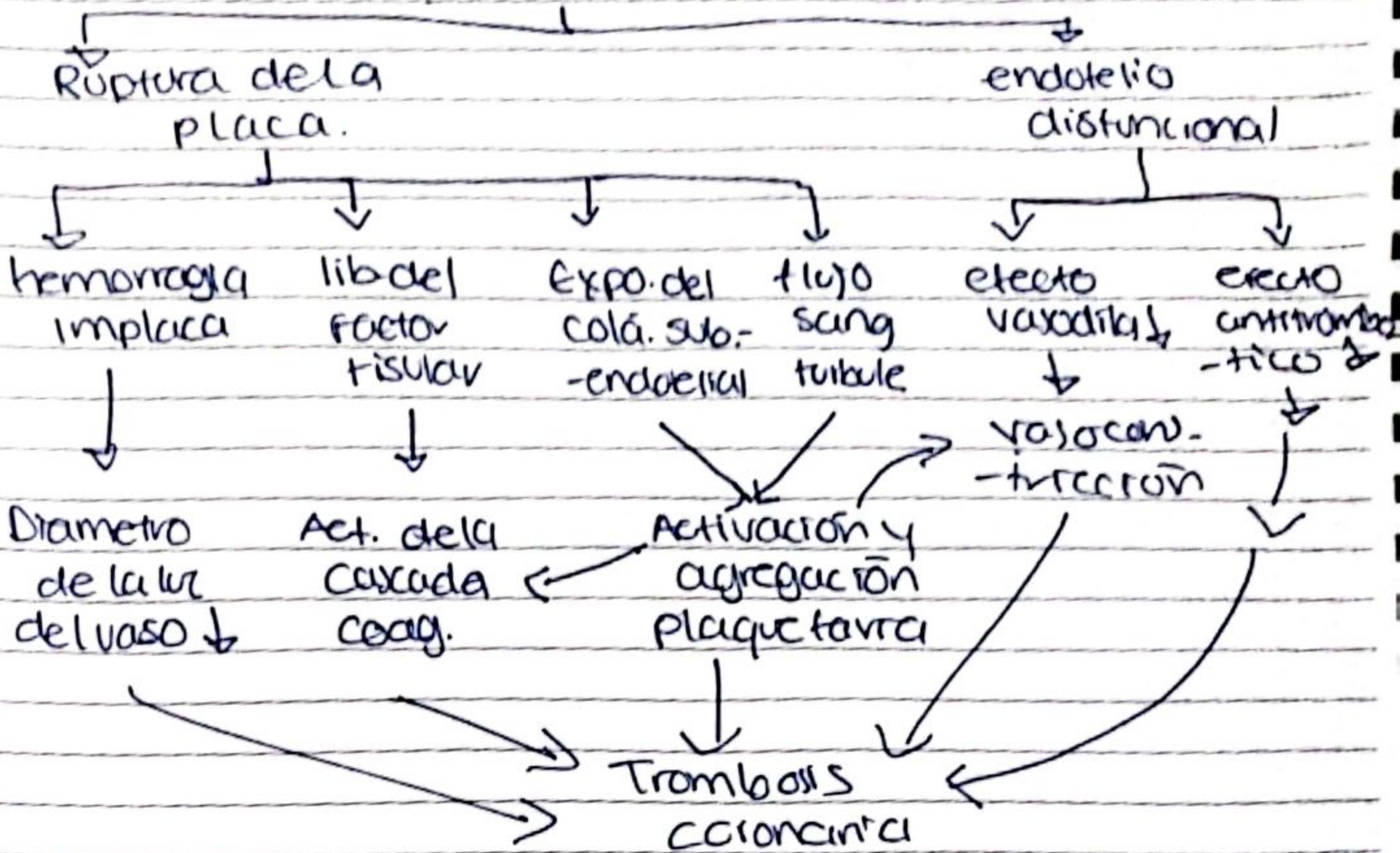
1. Trombo parcialmente oclusivo: Angina de
2. Necrosis miocárdica: (IMSEST) pecho inestable
3. Obstrucción total de arteria coronaria: (IMEST)

→ Lesión de vaso sanguíneo normal



- La aterosclerosis partic. formación de trombos:
1. Ruptura de placas
 2. disfunción endotelial = ↓ vasodilatación

Aterosclerosis



IM

La isquemia provoca necrosis de miocitos

- (IMST y IMEST) →
- Angina de pecho.

Se diferencian en la presentación clínica

- datos electrocardiográficos.
- biomarcadores séricos.

Angina de pecho inestable:

→ Aceleración de síntomas isquémicos!

- 1) ↑ frecuencia, duración y/o intensidad de episodios isquémicos.
- 2) Episodios que se producen en reposo (sin motivo aparente)
- 3) Inicio de episodios anginosos graves

→ pueden desarrollar infartos de necrosis (IMST o IMEST)

Conocida como Angina pectoris es un dolor generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal.

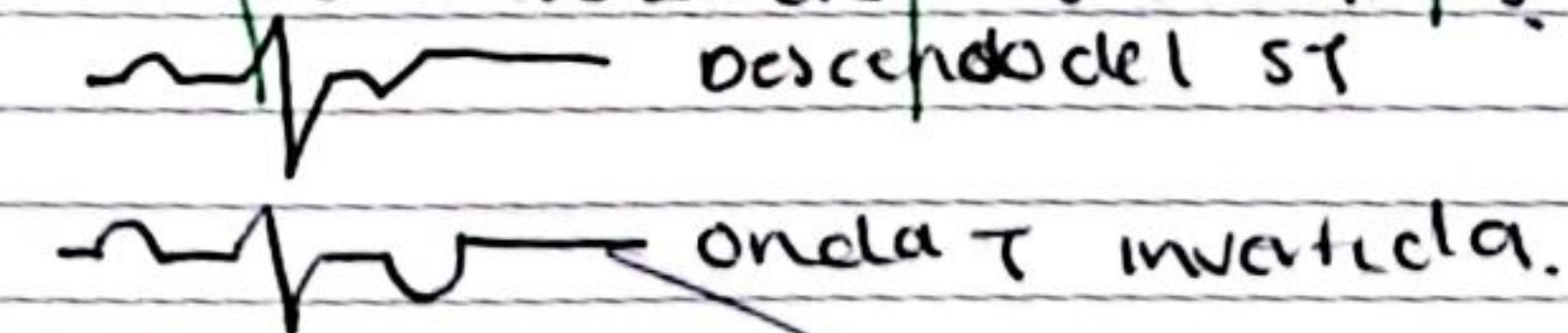
Infarto agudo al miocardio:

- Síntomas similares a la AI -> pero son más intensos
 - Duran más tiempo
- puede ser consecuencia de los mediadores segregados por las células miocárdicas quemadas
 - ejemplo: adenosina, lactato
- los síntomas aparecen rápido y rápidamente creciente (la prolonga sensación de muerte)
- el dolor nocturno con reposo

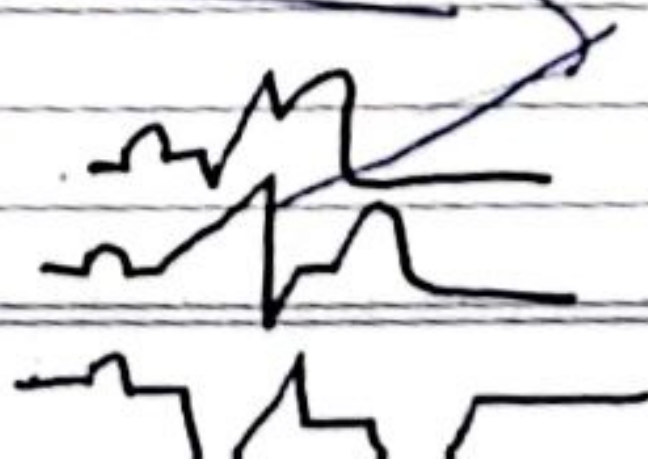
Infarto al miocardio

Características	Infarto al miocardio		
	AI	IMSEST	IMEST
Síntomas típicos.	Crecente, reposo o angina grave de nuevo inicio	Dolor torácico y opresivo prolongado, más intenso y con irradiación más amplia que AI.	
Biomarcadores séricos	NO	SI	SI
Electrocardiograma	Depresión de ST y/o inversión de la onda T.	Depresión de ST y/o inversión de la onda T	Elevación de ST (y onda Q posteriores)

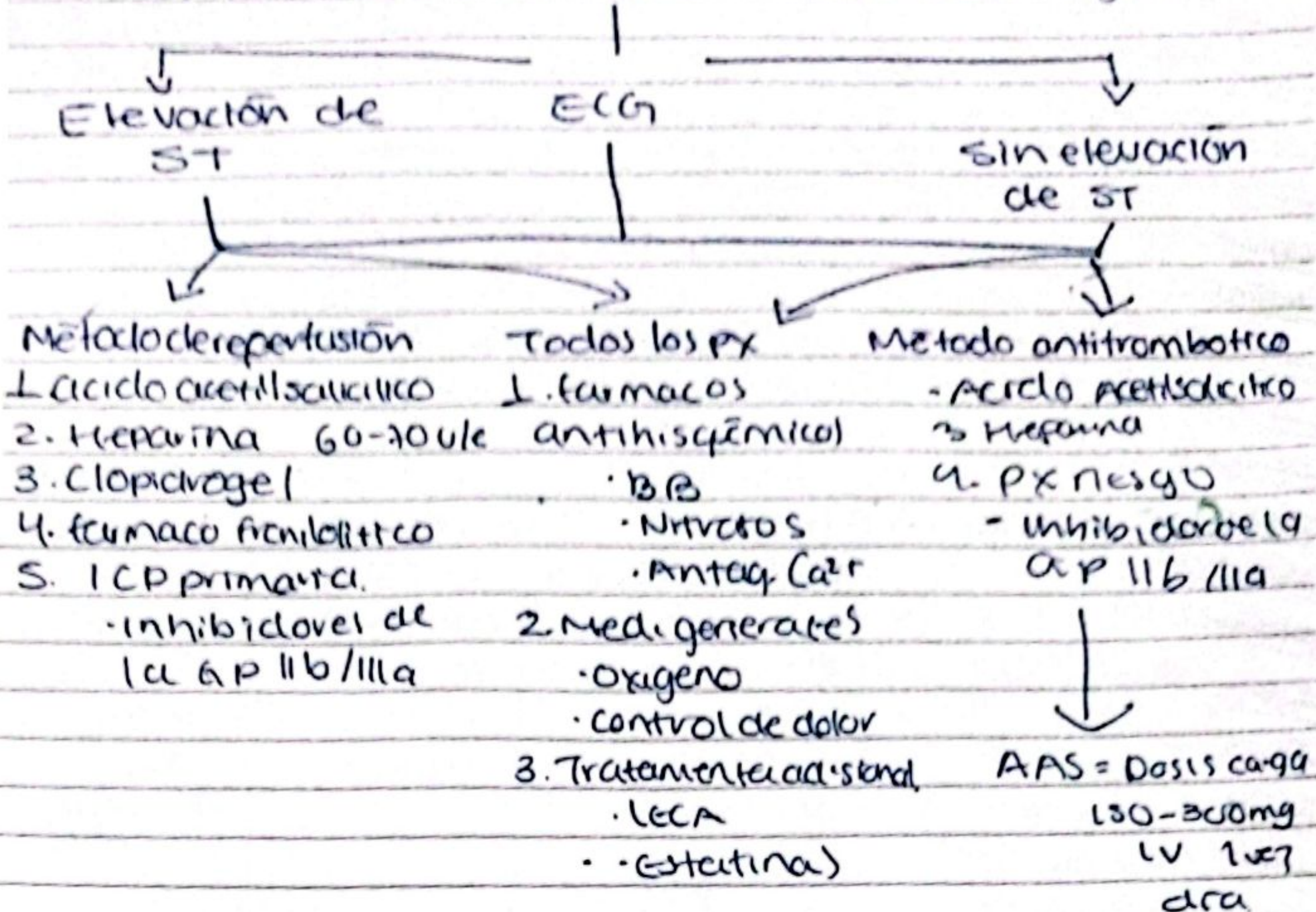
I AM SEST = Infradesnivel del segmento ST
 - inversión de la onda T o ambos descendido del ST



- I AM CEST:
- elevación del ST
- Onda T elevada
- T negativa + Q



Síntomas de síndrome coronario agudo



Signos y síntomas:

- opresión
- dolor punzante
- desgarro
- pinchazos
- eructos
- pirosis

- Clopidogrel 300-600mg 75mg 1 vez día
- prasugrel: oral: 60mg 1 vez día
- Ticagrelor 180mg / 90mg 2 veces día

Complicaciones:

- > Disfunción eléctrica
- > Disfunción miocárdica
- > Disfunción valvular

- Efangrelor Bolo IV 300 µg/kg
- Abciximab Bolo IV 0.25mg/kg
- Rivaroxaban 2.5mg 2 días

Tratamiento específico

- Angina -

- Oxígeno suplementario

- Nitrato

- Bloqueador beta

Antiag. plaquetar.

> Acido acetil salicilico 75-100mg

> Clopidogrel 75mg/día 300-600mg

> Prasugrel 10mg/día 60mg

> Ticagrelor 90mg 2 día - 260mg

Anticoagulant.

40g
Cuando inicio del infart

> enoxaparina 1mg/kg 2 veces/día

> Heparina 60-70U/kg

> Rivaroxaban: 2.5mg 2 veces/día

I AM + del ST:

ASA + (-) P2Y12 + anticoagulant + estatina + manejo de la v

> Acido acetil salicilico: 150-300mg

> Clopidogrel: 300mg

> Enoxaparina: < 75g Bolo IV 30mg

: > 75g Bolo 0.75mg/kg

I AM sin elevación ST:

Manejo: IV

Oxígeno: si SaO₂: < 90%

Nitroglicerina: 3 dosis

Antiagregante + AAS 150-300mg

Entfermedad

HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO.

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones. Incrementa la presencia de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso para edad gestacional y morbilidad.

PA PAS ≥ 140 ≤ 20 SDG \rightarrow HTA crónica
PAD ≥ 90 ≥ 20 SDG \rightarrow HTA gestacional

Fisiopatología:

Mala inervación de la célula de los vasos de las arterias espirales

Insuficiencia útero-placentaria

Disfunción endotelial

Criterios de Severidad.

	Sintomas premonitorios	Eclampsia	Síndrome de HELLP
PAS > 160 PAD > 110	Cefalea	Convulsión	bilirrubina $> 1,2$ mg/dl
Oliguria < 500 ml/24hrs	escotomas	tónico-clónico	frío: sangre (coagulos)
Creatinina > 1.1 mg/dl	Dolor abdominal	generalizado	LDH > 600 U/L TGO > 70 U/L

Hipertensión gestacional

HTA desinstalada por primera vez > 20 SDG, hasta 24 hrs después del parto TA $\geq 140/90$ mm Hg

- Preclampsia:

TA $\geq 140/90$ mmHg (en 2 ocasiones con margen de 4hrs, > 20 SDG en mujer con TA normal antes del embarazo) y uno o más de las siguientes:

- Proteinuria de nueva aparición (≥ 300 mg en recolección de 24 hrs).

- relación proteína/creatinina ≥ 0.28 mg/dl

• ≥ 1 condición de adversa.

↓
Condición de severidad

Preclampsia con uno o más de:

Cardiorespiratorio:

- HTA severa ($\geq 160/110$ mmHg)
- HTA severa no controlada
- saturación de oxígeno $< 40\%$
- edema agudo pulmonar

Factores de riesgo:

- NDI paridad
- edad ≥ 40 años
- Antc. personal y familiar
o personal de preclampsia
- periodo intergenético
 > 10 años
- IMC > 30
- Enfermedad del páncreas
- Enfermedad del sistema

Hepático: - Disfunción hepática

- CIO
- elevación de DPL > 600 d/l
- Hematoma hepático

Hematológico: - plaquetas < 50 ml

- Transfusión sanguínea

renal: - lesión renal

- (Creatinina > 1.1 mg/dl)
- Dialisis

SNC:

- eclampsia
- síndrome de leucoencefalopatía
- ceguera cortical
- Desplazamiento de retina
- Glasgow < 13
- EVC.

Existen otras formas

como lo es la hipertensión transitoria, hipertensión de la bata blanca y hipertensión enmascarado

Tratamiento:

hipertensión gestacional:

Solo si la px persiste con TAB > 90 mmHg

- **Contraindicaciones!** IECA, ARA 2, Diuréticos, prazosin, amlodipina
- primera línea: Metildopa obloqueador del canal Cat
- segunda línea: hidralazina.
- Metas: $< 140/90$ mmHg en toda y $< 130/80$ mmHg en px con comorbidos.

- Preclamsia:

- **Contraindicaciones:** IECA, ARA 2, diuretico, prazosin, atenolol
- Primera línea: labetalol (si está disponible)
- Segunda línea: metildopa, hidralazina, antagonistas de Ca^{2+} , bloqueadores beta, (metoprolol, propranolol)
- Meta: TAS 155-130 mmHg y TAD 105-80 mmHg

- Preclamsia con grado de severidad:

1. Considerar terminación del embarazo
2. Hospitalizar
3. Iniciar con: nifedipino, en capsulas de acción corta y/o hidralazina parenteral IV, labetalol IV en caso de contraindicación.
4. Si no se cuenta con los fármacos anteriores: metildopa, clonidina, onitroposfato de sodio.
5. Si hay síndrome de HELLP:
 - Terminación de embarazo si >34 sdg, si es <34 sdg aplicar inductores pulmonares y a la 24-48 hrs terminar embarazo.

Meta: TAS 155-130 mmHg
TAD 105-80 mmHg

- Eclampsia:

1. Suficiente oxígeno, vía aérea, etc).
2. Sulfato de Mg para regular crisis y continuarlo 24 hrs. (si hay contraindicaciones considerar fenitoína)

- Hipertensión crónica:

- **Contraindicaciones:** IECA, ARA 2, Diuretico
- Primera línea: metildopa
- Segunda línea: bloqueador de Ca^{2+}
- Terminación del embarazo: >38 sdg.
- Meta: $<140/90$ mmHg todo)
 $<130/80$ px comorbidades.

Apunte

EHE $\geq 130/90$ (NO siempre)

< 20 SDG



hipertensión crónica

(acezistente al embarazo)

BHC

QSC

EGO

- antihipertensivos

- hidralazina, metildopa

- labetalol

- calcioantagonistas, nifedipino

- cefalea
- acufenos
- papilomas
- edema

> 20 SDG



hipertensión gestacional

- preclamsia → proteinuria

- eclampsia → preclamsia

- Sx HELLP. (Hemolisis, Errores de coagulación, y Transaminasas elevadas)

Esquema Zuspam

Administra Sulfato de magnesio.

inicio: 4g
1-2g - por hora

- Hemolisis S-P

- plaquetopenia

- Transaminasas

- Hepaticas

- TGO

TGP.

Insuficiencia CARDIACA

Síndrome clínico complejo, consecuencia del deterioro estructural y funcional del llenado ventricular o de la eyección de sangre

hipertensión } + comunes
 Isquemia }

Miocardio patía dilatada
 Estenosis aórtica
 Pericarditis

↓ capacidad del corazón de bombear la sangre

función del Ventrículo izquierdo

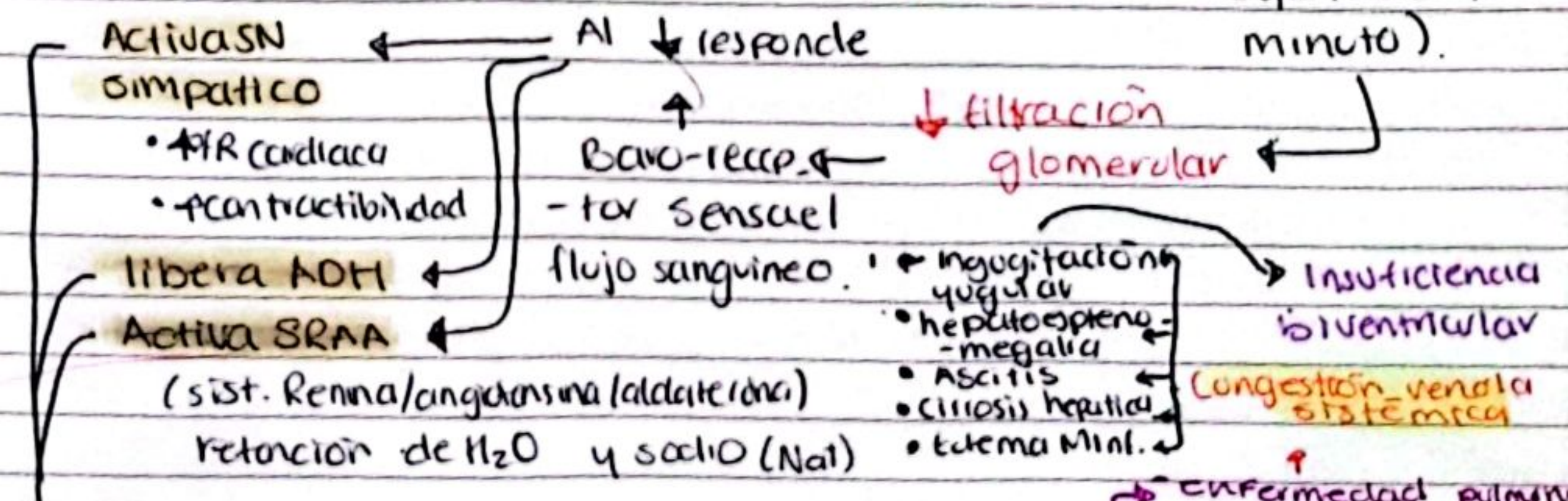
Responde con hipertrofia
 Presiona las

Arterias coronarias

↓ O₂ en el corazón

Insuficiencia Cardíaca Izquierda

El gasto cardíaco ↓ (vol de sangre eyectado x minuto)



Los 3 mecanismos inicialmente logran compensar la Insuficiencia

Congestión de la vena pulmonar

Congestión del pulmón

Edema agudo del pulmón

- Disnea ortopnea
- Disnea paroxística nocturna

Enfermedad pulmonar crónica
 - comunicación intercomunicar & interauricular

Otras causas: Ins. Cardíaca

Ins. Cardíaca derecha

Activa el flujo sanguíneo al ventrículo derecho

Compensada
 Descompensada
 Inicio de insuficiencia

ROSI 5°C

Insuficiencia CARDIACA

Síndrome clínico complejo, consecuencia del deterioro estructural y funcional del llenado ventricular o de la eyección de sangre

hipertensión } + comunes
 Isquemia

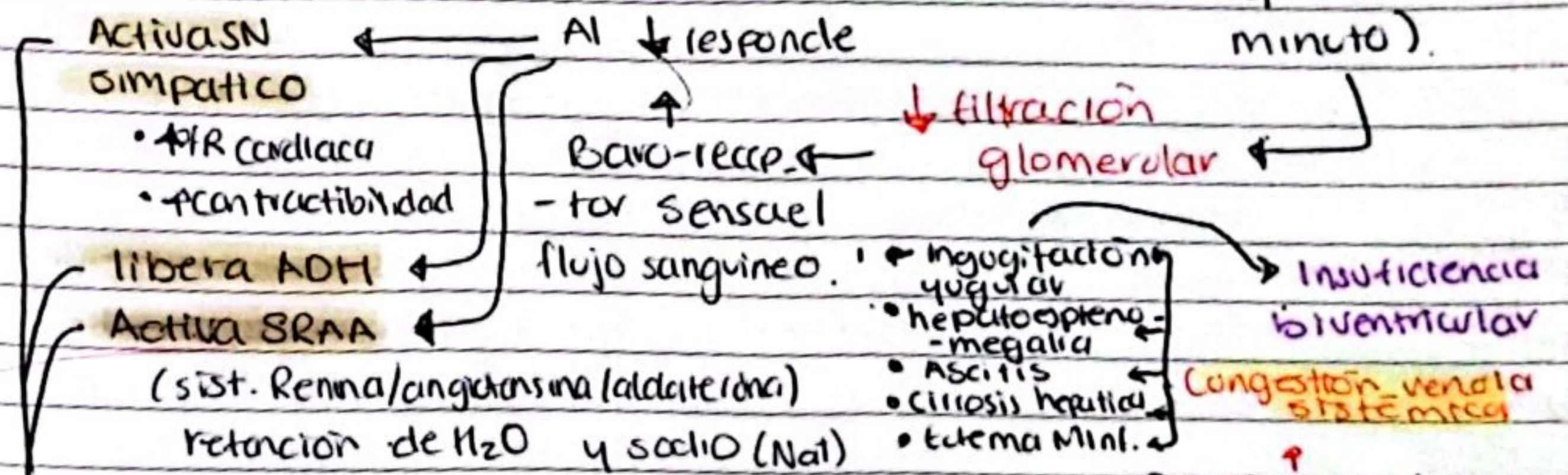
Miocardio patología dilatada
 Estenosis aórtica
 Pericarditis

↓ capacidad del corazón de bombear la sangre

función del Ventrículo izquierdo (principalmente)

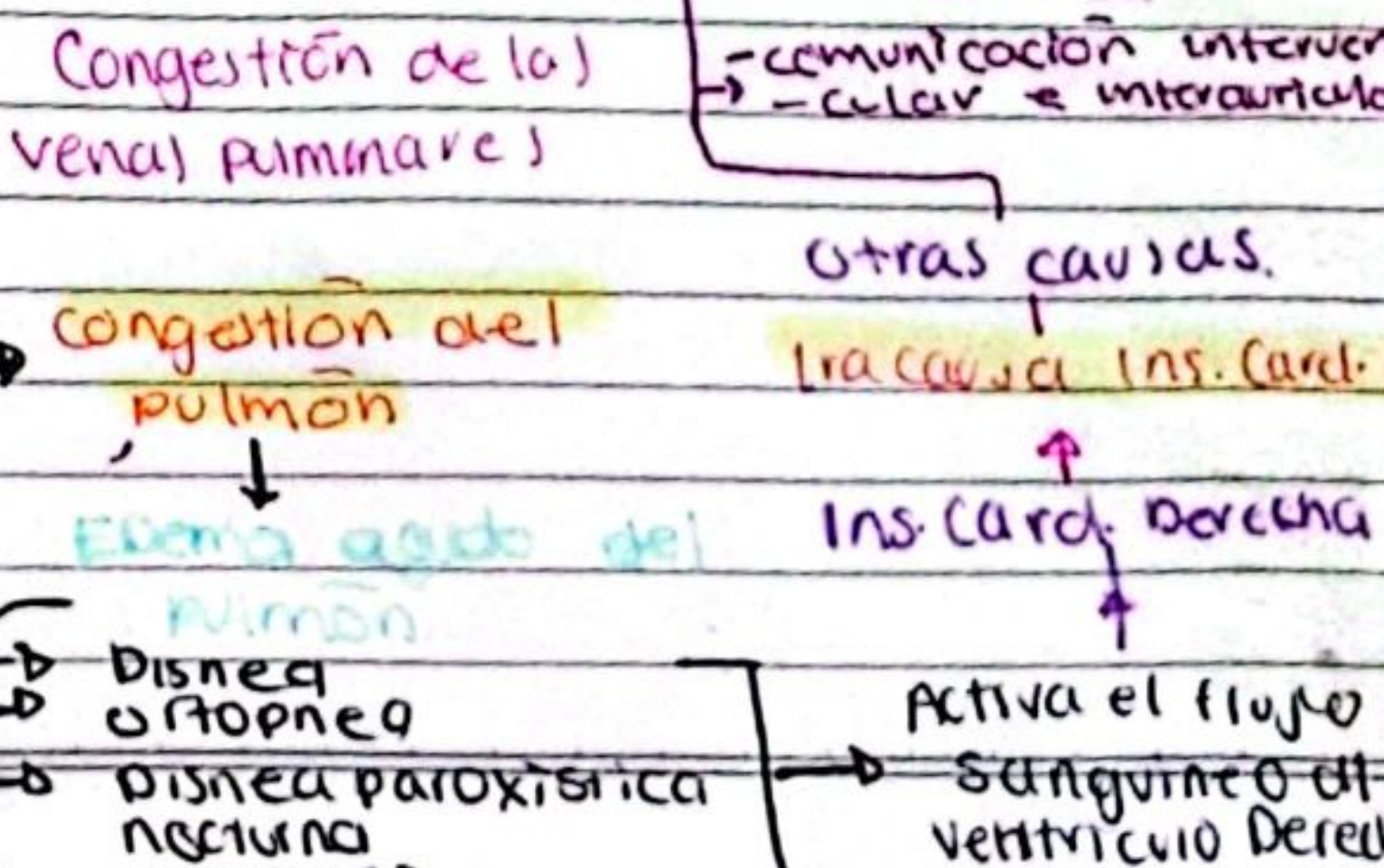
Responde con hipertrofia
 Presiona las Arterias coronarias
 ↓ O₂ en el corazón

Insuficiencia Cardíaca Izquierda → El gasto cardíaco ↓ (Vol de sangre eyectado x minuto)



Los 3 mecanismos inicialmente logran compensar la Insuficiencia

Compensada
 Descompensada (inicio de sintoma)



Formas clínicas

1. Insuficiencia cardíaca con gasto elevado o gasto bajo
2. Insuficiencia cardíaca aguda o crónica
3. Insuficiencia cardíaca izquierda y derecha
4. Insuficiencia cardíaca según la fracción de eyección

Manifestaciones Clínicas

- IC izquierda:

* Disnea

- Disnea de esfuerzo
- ortopnea
- Disnea en reposo
- edema agudo de pulmón

- IC derecha:

- Disnea
- ingurgitación yugular
- Hepatomegalia
- edemas periféricos

- IC anterógrada:

- oliguria
- nicturia
- Confusión / somnolencia
- agitación
- Nervosismo
- respiración periódica de Cheyne-stokes

- IC retrograda: alteración de la dinámica Cav.

- cardiomegalia
- Galope ventricular
- Galope auricular
- soplos
- pulso alternante
- Disminución de la presión arterial.

Tratamiento: no farmacológico:

- Dieta

- Restringir el sodio
- alimentos precondados (eutar)
- eutar medicamento etóvrescentcs y bicarbonato sódico
- eutar el consumo de alcohol
- control de peso
- evitar el estrés físico y psíquico
- ejercicio físico.
- Prevención de infecciones y anemia

Tratamiento farmacológico

IECA: captopril: inicia (6.25mg / 8hrs).

Mantenimiento (25-50mg / 8hrs)

enalapril: inicia (2.5 mg / 12h)

Mantenimiento: (10mg / 12hrs)

Lisinopril: Inicia (2.5mg/24hrs)

mantenimiento: (5-35mg/24hrs)

Diuréticos: Delata

Furosemida: 40-80mg/día

Delasa

Furosemida: 10-20mg/día

Tiazidas: 25-50mg/día

Espironolona: 25-40mg/día

Bloqueadores

beta: carvedilol 3,12 hasta 25mg/día

Bisoprolol 1,25 hasta 10mg/día

ARA II: losartan: 50mg/día

Fiebre Reumática

¿Qué es?

Aguda: 1 mes Subaguda: 2-6 meses crónica: > 6 meses

Padecimiento inflamatorio donde se ven afectados principalmente el **corazón**, las **articulaciones**, el **cerebro** y la **piel**.

¿Causa?

Se presenta por una infección de garganta por **estreptococo del grupo A** (faringoamigdalitis estreptocócica).

Clinica:

* Carditis: nuevo soplo en foco **mitral** **80%** y datos de insuficiencia cardíaca.

* Artritis: **poliartritis migratoria** que inicia en piernas y migra cefalicamente.

* Corea de Sydenham: **movimientos rápidos de cara y brazos sin propósito**

* Eritema marginado: maculas color rosa que se extienden centrifugamente.

* fiebre

Prevención:

La mejor forma de evitar la fiebre reumática es mediante tratamiento rápido y completo de cualquier infección de garganta estreptocócica.

Diagnóstico:

- Criterios de Jones (2 mayores o 1 mayor + 2 menores)
- prueba de apoyo por encima de 5. Antígenos recientes

Criterio de Jones

Mayores "CANCER"

Carditis
Artritis (poliartritis)
Nódulos subcutáneos
Corea de Sydenham
Eritema marginado

Menores "FIERA"

Fiebre
Intervalo PR prolongado
Ent. reumática previa
Reactantes de fase aguda
Artralgias.

Tratamiento:

- * Penicilina benzatínica
 - 600,000 U < 27 kg IM DV
 - 1,200,000 U > 27 kg IM DV

* Amoxicilina

- 25-50 mg/kg/día en 3 dosis por 10 días

* Eritromicina

- 50 mg/kg/día en 3 dosis por 10 días

- Artralgias o artritis

AINEs

- Carditis y falla cardíaca
 - corticoides.

Insuficiencia

Venosa

Arterial

Compromiso del retorno venoso que causa molestias en el miembro inferior, edema y cambios en la piel, el síndrome postflebo es la insuficiencia venosa crónica sintomática que aparece después de una trombosis venosa profunda.

Factores de riesgo: factores genéticos, sexo, edad (30-60 años) raza, ocupación, obesidad → peso embarazo.

Causas: hipertensión venosa, distensión y reflujo valvular, alteraciones celulares de insuficiencia venosa.

Cuadro clínico: dolor, prurito, calambres, tumefacciones, edema, varices, alteraciones cutáneas, úlceras venosas, oscurecimiento de la piel, piel delgada y gruesa de la pierna.

Tratamiento: elevación de pierna

Medicamentos flebotónicos y:

Castaña de Indias: 20-200 mg/24h

Diosmina: 500-1500 mg/24hrs.

- P. obesilato cálcico: 500-1000/24h.

- RUSUS ACULEATUS 300 a 450 mg/24.

Afección de las arterias que causa una disminución o deterioro de la perfusión hacia los órganos, que representa una amenaza potencial para la viabilidad.

Factores de riesgo: >60 años, hipertensión, diabetes, dislipidemias, tabaquismo, cardiopatía, isquemia, hiperhomocitemia.

Causas: placas de ateroma, aterosclerosis.

Cuadro clínico: sensación de pesadez y adormecimiento, dolor intenso y persistente
- claudicación intermitente.
- isquemia en reposo.
- Disminución de localización.

Diagnóstico:

Exploración:

- Índice tobillo-braquial
- Valoración de pulsos
- Angiografía
- Doppler.

Sangre (evaluar enfermedades desencadenantes).

Tratamiento: ejercicio físico

- Antiagregantes plaquetarios
- Acido acetilsalicílico
- estatinas.

Trombosis

Arterial

Cuando un coágulo sanguíneo bloquea una arteria.

Factores de riesgo:

- Tabaquismo
- Obesidad
- HTA
- Mayores niveles de colesterol
- Diabetes
- envejecimiento
- Ant. familiar.

Cuadro clínico:

- Brazos y piernas frías
- Disminución o ausencia del pulso
- falta de movimiento en el brazo o la pierna.
- Dolor en el área afectada
- entumecimiento y hormigueo
- palidez

Diagnóstico:

- Ultrasonido doppler / duplex de una extremidad.
- Resonancia magnética
- pletismografía
- prueba de bimero D.

Tratamiento:

- protaglandina
- estreptanasas
- pentoxitilina
- Buflomedil.

venosa.

se produce cuando el coágulo sanguíneo bloquea una vena.

Etiología:

- Enfermedad o lesión en la vena de la pierna
- inmovilidad - traumas
- trastornos auto. hereditarios
- inmunes - traumatismo

Factores de riesgo:

- Edad.
- permanecer sentado durante períodos prolongados
- lesiones o cirugía
- embarazo
- píldoras anticonceptivas
- sobrepeso y obesidad
- cáncer
- insuficiencia cardíaca

Cuadro clínico:

- Dolor de las piernas al moverse o realizar esfuerzo físico.
- Falta de aire, ocasionado por coágulos pulmonares
- adormecimiento en extremidades
- opresión en el pecho.

Diagnóstico:

- ecografía duplex
- prueba de Dimeros D
- flebografía
- Resonancia magnética

Tratamiento:

Anticoagulantes

- pradaxar - Rivaroxaban
- warfarina - Apixaban

Tratamiento de hipertensión arterial sistémica

Clave	Principio activo	Dosis/día (número de tomas)	Presentación	Tiempo	Efectos adversos
2301	hidroclorotiazida	12.5 a 100 mg/día (1)	Tabletas 25mg	Indefinido	Anorexia, náusea, vómito dolor abdominal, hipokalemia
561	clortalidona	12.5 a 50 mg/día (1)	Tabletas 50 mg	Indefinido	Hiponatremia, hipotascemia, hiperglucemia, hipercalemia
574	captepril	25-100 mg/día (1-3)	Tabletas 25mg	Indefinido	Tos, proteinuria, disgeusia, diarrea
2501	Enalapril	10 a 60 mg (1-3)	Tabletas 10 mg	Indefinido	Tos, proteinuria, disgeusia, diarrea
594	Nifedipino	30 a 60 mg (1-2)	Tabletas 30mg	Indefinido	Edema, rubor, cefalea, taquicardia
596	Verapamil	80-480 mg (2-3)	Tabletas 80 mg	Indefinido	Hipotensión, bradicardia, náusea, rubor, constipación
530	clorhidrato de propranolol	40-120 mg (2)	Tabletas 10 y 40 mg	Indefinido	Bradicardia, brucospasmo, constipación
572	clorhidrato de metoprolol	50 a 300 mg (2-3)	Tabletas 100 mg	Indefinido	Bradicardia, hipotensión, diarrea, fatiga.
573	clorhidrato de prazosin	2 a 8 mg/día (2-3)	Tabletas 1 y 2 mg	Indefinido	Hipotensión, ortostática, mareo, síncope, taquicardia
2520	Losartán potásico	25 a 200 mg (1-2)	Tabletas 50 mg	Indefinido	Vertigo, hipotensión, Rash.
2114	Felodipino	5 a 10 mg (1-2)	Tabletas 5 mg	Indefinido	Edema, rubor, cefalea, taquicardia
4201	Midralazina	50 a 100 mg	Tabletas 10 y 50 mg	Indefinido	Hipotensión, cefalea, rubor, cefalea, taquicardia
103	Ácido acetilsalicílico	150 mg/día (1 por la noche)	Tabletas 300 mg	Indefinido	Tinnitus, prolongación de tiempo de coagulación, hemorragia, asma
4296	Clopidogrel	75 mg/día (1)	Tabletas 75 mg	Indefinido	Neutropenia, trombocitopenia, diarrea, dispepsia
5105	Esmolol	50 a 100 mcg/kg/min	FCO ampuloso 250 mg/ml 10ml	Dosis Respuesta	Hipotensión, náusea, broncoespasmo
4114	Nitroglicerina	50 mg en 100 cc (dosis respuesta)	Frasco ampuloso 50 mg	Dosis Respuesta	Cefalea, hipotensión, taquicardia

Tratamiento farmacológico para PX con HAS con o sin condiciones asociadas

Condición	Meta	Terapia de primera línea	Terapia de segunda línea	Observaciones
Sin condiciones especiales				
Hipertensión hipertensión arterial diastólica con o sin hipertensión sistólica $>140/90$ mmHg.	$<140/90$ mmHg	Diuréticos de tiazida IECAs/ARA II, CaBB considerar el inicio de la terapia con combinaciones de fármacos de primera línea si la presión arterial sistólica ≥ 20 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 10 mmHg de la meta.	combinación de fármacos de primera línea	No se recomienda monoterapia con BB en entornos ≥ 60 años de edad vigilar presencia de hipocalcemia
Hipertensión arterial sistólica aislada		Diuréticos Tiazidicos, ARA II, CaA.	combinación de fármacos de primera línea	

Con condiciones especiales

Adulto mayor con HAS sistólica aislada (en ausencia de inf. cardíaca).	>80 años <150 mmHg	Diuréticos CaA		Titulación dosis de diuréticos y/o CaA No se recomienda BB.
Diabetes mellitus con microalbuminuria, enfermedad renal, cardiovascular y otros factores de riesgo.	$<130/80$ mmHg	IECA o ARA II	combinación con CaA	considerar un diurético de asa en entornos con nefropatía y sobrecarga de volumen
Diabetes mellitus no incluida en la categoría anterior		IECA o ARA II CaA Diuréticos tiazidicos	combinación de IECA + CaA	
Síndrome metabólico	$<140/90$ mmHg	IECA o ARA II CaA		
Enfermedad cardiovascular coronariopática	$<140/90$ mmHg	IECA o ARA II BB	Agregue CaA	evitar CaA como nifedipina y combinación de IECA con ARA II
Angina estable		BB, IECA (ARA II en caso de intolerancia a IECA)	Agregue CaA, si el BB es Ca con rinitis alérgica	Con el uso de BB, vigilar los datos de rita cardíaca aguda.
Insuficiencia cardíaca		Diuréticos (caso o alternados de dosis) BB, IECA, ARA II en caso de intolerancia a IECA	IECA con hidralazina si el IECA o el ARA II están contraindicados.	Titulación dosis de IECA o ARA II
Hipertrofia ventricular izquierda		IECA o ARA II CaA Diuréticos de tiazidas	combinaciones de fármacos de primera línea	
Insuficiencia renal	$130/80$ mmHg	IECA o ARA II		
Nefropatía no diabética con	$140/90$ mmHg	IECA o ARA II Diuréticos	combinaciones de fármacos de primera línea	monitoreo de la función renal y