



Mi Universidad

Resúmenes

Martín Mar Calderón

Resúmenes

Segundo parcial

Cardiología

Romeo Suarez Martínez

Medicina Humana

5 semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 13 de octubre del 2023

HIPERTENSION ARTERIAL

Martin Mar
Calderon 5-C
26/09/2023

¿QUE ES?

Es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias.



FACTORES DE RIESGO

- > Tabaquismo
- > Diabetes
- > Obesidad
- > Enfermedad cardiaca
- > Sexo
- > Sedentarismo

TREATAMIENTO

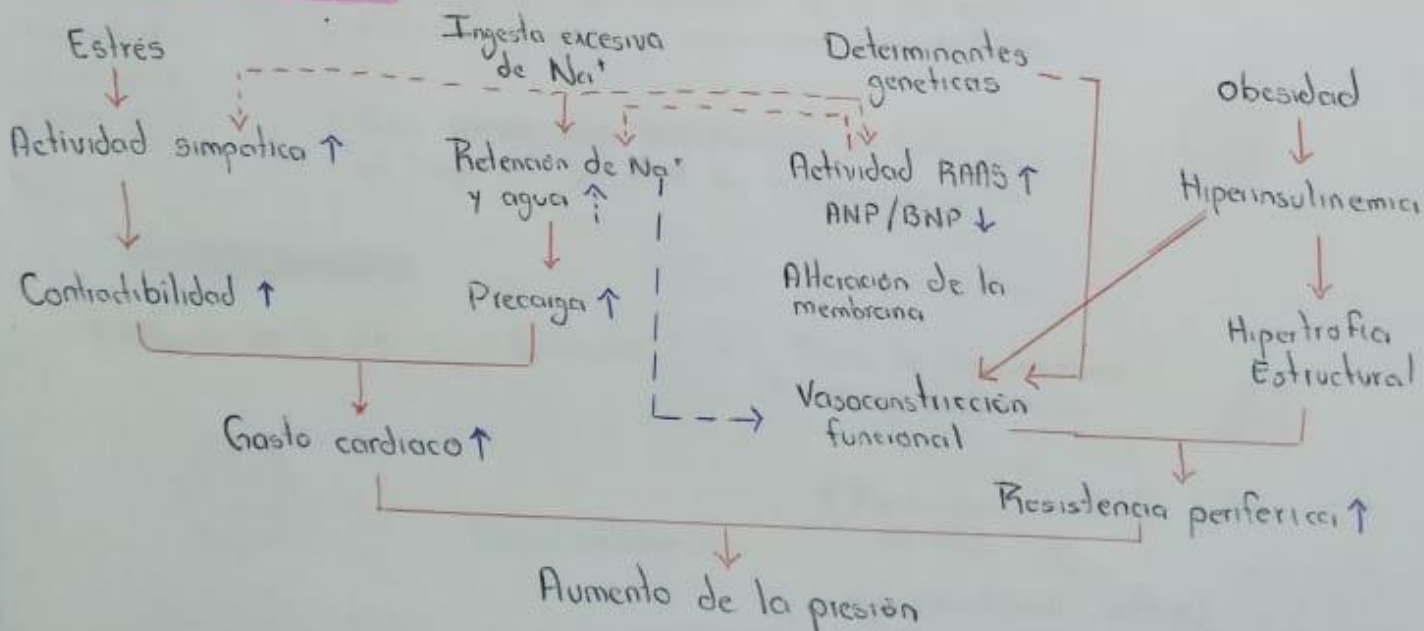
- > CTEV
- > Ejercicio
- > Fármacos
 - ECA's
 - P-Bloqueador
 - Diuréticos
 - Atras
 - Calcioantagonistas



SINTOMAS

- Cefalea intensa
- Mareo
- Zumbido de oído (Tinnitus)
- Fosfenos
- Visión borrosa
- Dolor de pecho

FISIOPATOLOGIA



Prisis hipertensiva

¿QUÉ ES?

Es una elevación repentina de la presión arterial de más de 180/120 mmHg

FACTOR DE RIESGO

- > PA con hipertensión
- > Enfermedad renal
- > Hipertensión en embarazo
- > Hormonas
- > Drogas y fármacos

Clasificación

> URGENCIA HIPERTENSIVA <

Es un aumento repentino de la presión arterial que, de manera inmediata, **no causa** daño a algún órgano.

> EMERGENCIA HIPERTENSIVA <

El aumento de la presión arterial **si se acompaña de** daño a algún **órgano blanco**.

SINTOMAS

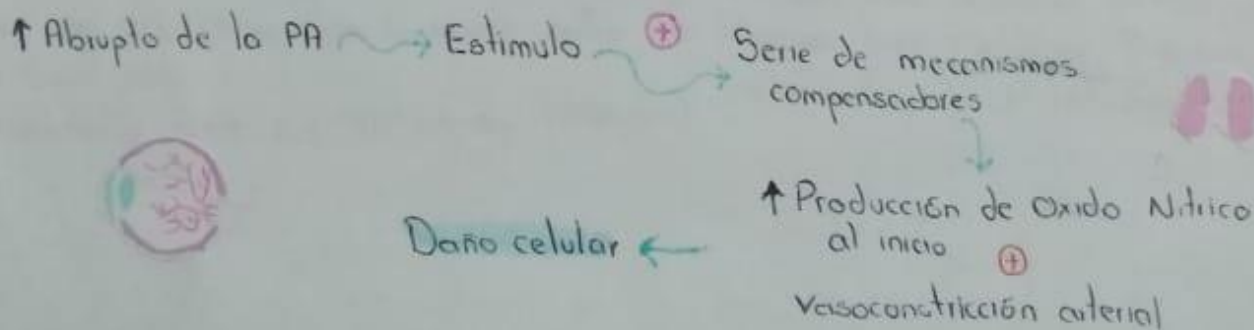
- Visión borrosa
- Cefalea
- Náuseas
- Vómitos
- Confusión
- Debilidad

Tratamiento

> El tratamiento de la **urgencia hipertensiva** consiste en la corrección de la PA mediante fármacos orales y vigilancia ambulatoria

> Una **emergencia hipertensiva** se trata en el hospital. Se dará tx farmacológica IV.

FISIOPATOLOGIA



Enfermedades hipertensivas

Marta Mar

DEL
EMBARAZO

¿Qué es?

Es la presión alta que desarrolla mientras está embarazada que comienza después de las 20 semanas de gestación.



↑ Presión arterial

PAS ≥ 140 ≤ 20 SDG \rightarrow HTA crónica

PAD ≥ 90 ≥ 20 SDG \rightarrow HTA gestacional

PREECLAMPSIA \leftarrow Proteinuria ≥ 300 mg / 24 hrs

Fisiopatología

Mala invasión de las células del trofoblasto en la arterias espirales

Insuficiencia
Gtero-placentaria

Disfunción
Endotelial

TRATAMIENTO ESPECIFICO

Hipertensión gestacional

- AAS 80-150mg por las noches antes de la 16a sdg en px con riesgo. Supervisar a la 36sdg
- Suplementar con Ca⁺ 1.5-2g (<600mg/día)
- Vigilancia cada 2 a 3 semanas

Tx

- Solo si la px persiste con TAD > 90 mmHg
- 1: Metildopa o betabloqueantes
- 2: Hidralazina
- 3: Meta: 140/90 mmHg

Preeclampsia

Prevención

- Realizar determinación de índice de pulsatilidad de la arteria uterina en el 1er y 2do trimestre o flujos vasculares doppler en px de alto riesgo
- AAS de 80-150mg por la noche antes de la 16va SDG
- Suplementar cada 2 o 3 ca⁺ 1.5-2g (<600mg/día)

Tx

- > Contraindicaciones: IECA, ARA2, Diuréticos, prazosin atenolol
- * Primera línea: Labetalol (si está disponible)
- * Segunda línea: Metildopa, Hidralazina, antagonistas de Ca⁺ (nifedipino)

psia

ventión

Primera línea: Sulfato de mg 4g IV en 5 minutos seguido de la infusión de 1g/h y mantener por 24 hrs.

Tratamiento

- 1) Soporte vital (Óxigeno, vía aérea, etc.)
- 2) Sulfato de Mg para yugular la crisis y continuarlo por lo menos 24 horas (Si hay contraindicación considerar fenitoina).

Pre-eclampsia con datos de severidad.

- 1) Considerar terminación del embarazo
- 2) Hospitalizar
- 3) Iniciar con nifedipino en capsulas de acción corta y/o hidralazina parenteral IV y/o labetalol IV en caso de contar con él
- 4) Si no se cuenta con los fármacos anteriores: metildopa, clonidina o nifedipinato de sodio
- 5) Si hay síndrome de Hellp: terminación de embarazo si > 34 semanas y si es < 34 aplicar indutores pulmonares y ab los 24-48 hrs. tras tener embarazo

0) Meta: 1# TAS 155-130mmHg
ero 105-80mmHg

SINDROMES CORONARIOS AGUDOS

Los síndromes coronarios agudos son el resultado de una obstrucción aguda de una arteria coronaria y las consecuencias dependen del grado y la localización de la obstrucción.

- Angina Inestable
- IAM con elevación del segmento ST
- IAM sin elevación del segmento ST



Angina Inestable



Conocida como Angor pectoris es un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal ocasionado por insuficiente aporte de sangre (oxígeno)

Estable

Aparece con el esfuerzo en la que no ha habido cambios.



IAM sin elevación del segmento ST

(Infarto de miocardio subendocárdico) representa la necrosis miocárdica (reflejada a través de los marcadores cardíacos en sangre, con incremento de las concentraciones de troponina I o troponina y ck)

- Infradesnivel del segmento ST
- Inversión de la onda T o ambos



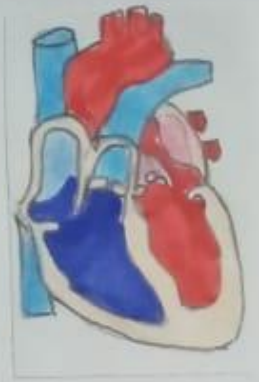
Descenso del ST





Onda T invertida

IAM con elevación del segmento ST (Infarto de miocardio transmural) es una necrosis miocárdica asociada con cambios de ECG como supradesnivel del segmento ST que no revierte

- Troponina I, T y CK están elevados
- Elevación del ST
- Onda T picuda
- T negativa + Q



 Elevación del ST

 Onda T picuda

 T negativa + Q

ETIOLOGIA

- > Trombo agudo
- > Embolia de la arteria coronaria
- > Espasmo coronario
- > Disección espontánea

TRATAMIENTO GENERAL

- Antiagregantes plaquetarios
- Anticoagulantes
- Nitricitos
- Beta bloqueantes
- IAMco ↑ST: Reperfusion con Fibrinolíticos

SIGNOS Y SINTOMAS

- Opresión
- Dolor punzante
- Desgarro
- Pinchazos
- Eructos
- Pirosis

COMPLICACIONES

- > Disfunción Eléctrica
- > Disfunción Miocárdica
- > Disfunción Valvular

DIAGNÓSTICO

- ECG seriados
- Marcadores cardíacos
- Angiografía coronaria inmediata
- Angiografía tardía (24-48 hrs más tarde)

CORONARIAS

- Inferior: DII, DIII, aVF
- Inferolateral: DII, DIII, aVF, V5, V6
- Septal: V1, V2
- Anterior: V3, V4
- Lateral alta: DI, aVL
- Anteroseptal: V1, V2, V3, V4
- Lateral baja: V5, V6
- Anterolateral: V1, V2, V3, V4, V5, V6
- Anterior extenso: V1, V2, V3, V4, V5, V6, DI, aVL
- Posterior: V7, V8
- Derecha: V3R, V4R

DERIVADOS

ARTERIAS

- Coronaria derecha o circunfleja
- Coronaria derecha o circunfleja
- Descendente anterior
- Descendente anterior
- Primera diagonal
- Descendente anterior
- circunfleja
- Descendente anterior
- Descendente anterior
- circunfleja
- Coronaria derecha

ANGINA

Anti-isquemico

- > Oxigeno suplementario
- > Nitratos
- > Bloqueadores Beta.

Anticoagulante

> Enoxaparina 1mg/kg 2 veces al día IV que se reduce a 1mg/kg 1 vez al día

> Heparina No fraccionada 60-70 UI/kg

> Rivaroxabán: 2.5mg 2 veces/día.

Antiagregante plaquetario

> Acido acetil salicilico 75-100mg/día

⊕ ⊖ de P2Y₁₂

o Clopidogrel 75mg/día

o Prasugrel 10mg/día

o Ticagrelor 90mg 2 veces al día

Carga
300-600mg

60mg

→ 60mg

> Inhibidores de la Glucoproteína



ABORDAJE DE IAM CON ELEVACIÓN DEL ST.

ASA + (-) P2Y₁₂ + Anticoagulación + Estatina + Manejo del dolor

> Acido acetil salicilico: 150-300mg

> Clopidogrel: 300mg

> Enoxaparina: <75a. Bolo IV 30mg 15 min después 1mg/kg
> 75a Bin bolo 0.75mg/kg q12hrs.



TROMBOLIZAR

• PCI disponible en <120min: PCI

• PCI No disponible en >120min: Trombolizar

• Estreptocinasa: 1.5 millones de unidades

• Alteplase: Bolo IV 15mg

• Tenecteplase: Bolo IV 5mg/kg

ABORDAJE DE IAM SIN ELEVACIÓN DEL ST.

Morfina: Si las molestias no ceden con IV

Oxigeno: Si satO₂: <90%

Nitroglicerina: Sublingual o aerosol hasta 3 dosis

Antiagregante: AAS 150-300mg



Insuficiencia Cardíaca

Maria Mar

¿Que es?

Síndrome clínico que surge debido a la incapacidad del corazón para expulsar la sangre suficiente al organismo



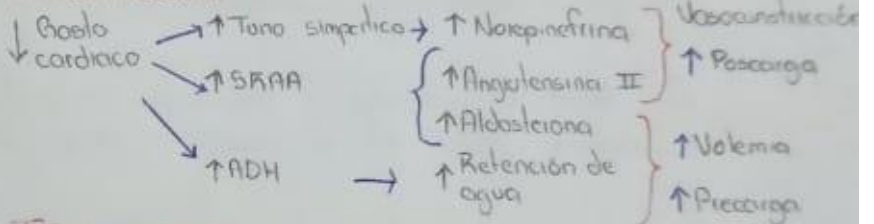
TIPOS

- SISTÓLICA 70%
 - Cardiopatía isquémica
 - Insuficiencia aórtica
 - Miocardiopatía dilatada
- DIASTÓLICA 30%
 - HTA
 - Estenosis aórtica
 - Miocardiopatía hipertrofica

- o Fracción de eyección ↓
- o Hipertrofia excéntrica
- o 3 ruidos cardíacos

- o Fracción de eyección normal
- o Hipertrofia concéntrica
- o 4 ruidos cardíacos

FISIOPATOLOGIA



TRATAMIENTO

- IECA/ARA II ⊕ B-bloqueantes ⊕ Diuréticos Espironolactona 25-50mg
- ↓ Captopril 25-50mg/8h
 - ↓ Carvedilol: 25mg/día
 - ↓ Furosemida: 40-80mg/día
 - Enalapril 10mg/12h
 - Bisoprolol: 10mg/día
 - Hidroclorotiazida: 12-25mg/día
 - Lisinopril 5-35mg/24h
 - Nebivolol: 5mg/día
 - Bumetanida: 2mg/día

FACTORES DE RIESGO

- o Diabetes
- o Obesidad
- o Apnea del sueño
- o Consumo de tabaco
- o Valvulopatías
- o Consumo de alcohol

CUADRO CLINICO

> IC IZQ.

- Disnea de esfuerzo
- Ortopnea
- Disnea en reposo
- Edema agudo de pulmón

> IC DER.

- Disnea
- Inguirgación yugular
- Hepatomegalia
- Edemas periféricos

> IC anterógrada

- Oliguria
- Nicturia
- Confusión/somnolencia
- Agitación
- Nerviosismo
- Respiración de Cheyne - Stokes

SEGÚN CRONICIDAD

> Aguda

- Presenta inicio brusco o empeoramiento rápido de los síntomas que requiere tratamiento urgente
- Se produce un aumento brusco de la precarga, de la poscarga o una disminución muy marcada de la masa de miocardio funcional que provoca falla.

> Crónica

- Sigue un curso más lento y es la más comúnmente observada
- Generalmente experimenta "reajustaciones" durante su evolución, bien por el deterioro progresivo de la función miocárdica o por la concurrencia de factores

> CRITERIOS DE FRAMINGHAM

CRITERIOS MAYORES

- Disnea paroxística nocturna
- Crepitantes
- Edema agudo de pulmón
- Distensión venosa yugular
- Reflujo hepatoyugular
- Cardiomegalia
- Ritmo galope por 3er tono
- Aumento de la presión venosa.

CRITERIOS MENORES

- Disnea de esfuerzo
- Edema en miembros
- Tos nocturna
- Derrame pleural
- Hepatomegalia
- Taquicardia
- Capacidad vital en un tercio

(Dx): 2 criterios mayores ó
1 mayor y 2 menores.

> Según AHA

Estado A: Con alto riesgo de insuficiencia cardiaca, Anomalia estructural o funcional no identificada, sin signos ni síntomas

Estado B: Enfermedad cardiaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardiaca pero sin signos o síntomas

Estado C: Insuficiencia cardiaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente

Estado D: Enfermedad cardiaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardiaca en reposo a pesar de tx médico máximo.

> Según NYHA

Clase 1: Sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal, no causa fatiga palpitaciones o disnea.

Clase 2: Ligera limitación de la actividad física sin síntomas en reposo, la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.

Clase 3: Acusada limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo, cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.

Clase 4: Incapacidad de realizar actividad física, síntomas presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

> Según Killip Kimball

Killip I: Paciente sin signos ni síntomas de insuficiencia cardiaca. Mortalidad 6%

Killip II: Paciente con estertores o crepitantes húmedos, tercer ruidocardíaco o aumento de la presión venosa yugular - 17%

Killip III: Paciente con edema agudo de pulmón 38%

Killip IV: Paciente en shock cardiogénico, hipotensión (PAS < 90 mmHg) y evidencia de vasoconstricción periférica extrema pulmonar > 50% → 81%

FIEBRE REUMÁTICA

Martín Mar

¿Qué es?

Es una enfermedad inflamatoria sistémica secundaria a una reacción inmunológica previa a la infección por estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA/S. pyogenes).

ETIOLOGIA

La fiebre reumática (FR) se genera por una respuesta autoinmune ante una infección del tracto respiratorio superior (faringoamigdalitis bacteriana), que generalmente ocurre dos semanas después de la infección por Streptococcus pyogenes.

EPIDEMIOLOGIA

- Países con bajos recursos
- Niños y Jóvenes (5-15 años) con antecedentes de faringitis de hace 2-3 semanas.



CUADRO CLINICO

- > Articulaciones
 - Poliartritis reumatoide
- > Corazón
 - Carditis
 - Soplos
 - Cardiomegalia
 - IC
- > Piel
 - Nódulos subcutáneos
 - Eritema marginado
- > SNC
 - Corea de Sydenham

PATOGENIA

"Simulación molecular"

La ruptura inmunológica dirigida a antígenos estreptocócicos (Proteína M y N-glucosamina)

→ Reacción cruzada → Llegada de linfocitos

Lisis de células endoteliales

Atacan a la Vimentina y tropomiosina

LT

Lesiones granulomatosas debido del endocardio

Formación de Nódulos de Aschoff

Focos de necrosis

Σ CRITERIOS DE JONES

> Criterios mayores

- Carditis
- Poliartrititis
- Coxa de Sydenham
- Eritema marginal
- Nódulos subcutáneos

> Criterios menores

- Fiebre
- Poliartralgia
- ↑ PCR / VSG
- Prolongación de P
- ↑ Leucocitario

Σ DIAGNÓSTICO

* Antecedente de infección faríngea por SHBA

⊕

- 2 criterios mayores ⊕
- 1 criterio mayor ⊕ 2 menores

Σ TRATAMIENTO

> Antiinflamatorio

o Arititis moderada o grave / o carditis leve sin cardiomegalia ni IC

- Salicatos a 75-100 mg/kg/día en 4 tomas (2 sem) y después rebajar a 60-70 mg/kg/día (4-6 sem)

o Carditis moderada o grave con cardiomegalia, pericarditis o insuficiencia cardíaca.

- Prednisona a 1-2 mg/kg/día (2-3 sem)
Al reducir la dosis continuar con salicatos a 60-70 mg/kg/día (4-8 sem).

> Antibiótico para FR

o Penicilina benzatina

- 600.000 UI. m. (<30 kg)
- 1.200.000 UI. m. (>30 kg)

o Penicilina V

- 125 mg / 12 h oral. 10 días (<30 kg)
- 250 mg / 12 h oral. 10 días (>30 kg)

o Eritromicina (En caso de alergia a penicilina)

- 40 mg/kg/día oral 10 días.

Σ EKG

- o Prolongación del intervalo ST, arritmias, bloqueos AV de 2º grado, trastornos de repolarización con aumento del ST y aplanamiento de onda T.



INSUFICIENCIA ARTERIAL VASCULAR Y VENOSA

Martin M

¿Qué es?

Cualquier afección que disminuya o detenga el flujo de sangre a través de las arterias y venas

CAUSAS

La más común es la "ateroesclerosis" o endurecimiento de las arterias, la placa se acumula en las paredes de las arterias, lo que hace que se vuelvan estrechas y rígidas.



Arteria normal



Desgarro de la pared arterial



Placa en la pared vascular



Arteria bloqueada por un coágulo.

FACTORES DE RIESGO

- >60 años
- Hipertensión
- Diabetes
- Dislipidemia
- Tabaquismo
- Cardiopatía
- Hiperhomocisteinemia.

CUADRO CLINICO

- o Sensación de pesadez
- o Dolor intenso y persistente
- o claudicación intermitente
- o Isquemia en reposo nocturno
- o Cianosis
- o Pulso débil

DIAGNOSTICO

- > Exploración física
 - Índice tobillo - muñeca
 - Valoración de pulso
 - Angiografía
 - Doppler
 - Medir glucosa
 - Colesterol y
 - Triglicéridos

TRATAMIENTO

- o Antiagregantes plaquetarios
 - ABA 75-300mg/día
 - Tienopiridinas
 - * Clopidogrel 75mg/día
- Estatinas
 - * Atorvastatina 10-30mg
- > No farmacológico
 - Ejercicio físico
 - Mejor alimentación
 - Eliminar factores de riesgo

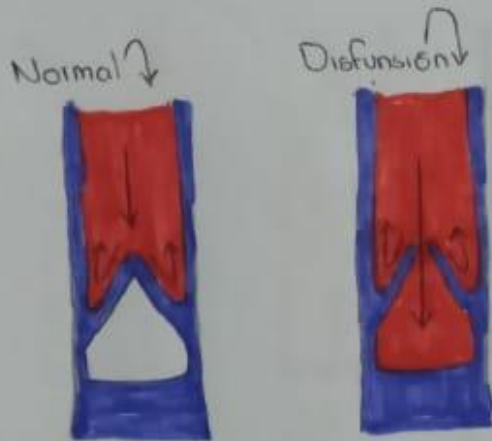
- o Afección sobre las arterias que causa una disminución o deterioro de la perfusión hacia los órganos.

INSUFICIENCIA VENOSA

¿Qué es?

Compromiso del retorno venoso que a veces causa molestias en el miembro inferior, edema y cambios en la piel

◦ El síndrome postflebitico (Posttrombotico) es la insuficiencia venosa crónica sintomática que aparece después de una trombosis venosa profunda



DIAGNOSTICO

» Exploración

El diagnóstico se hace a menudo sobre la base de la apariencia de las venas de las piernas cuando esta de pie o sentado, con las piernas colgando

- El doppler se puede usar para:
 - Observar el flujo de sangre en las piernas
 - Detectar coágulos
- Flebografía

FACTORES DE RIESGO

- Factores genéticos
- Sexo (Femenino)
- Edad (30-60 años)
- Raza
- Ocupación
- Obesidad



CAUSAS

- Hipertensión venosa
- Disfunción y reflujo valvular
- Alteraciones celulares

CUADRO CLINICO

- Dolor
- Prurito
- Calambres o tumefacciones
- Edema
- Varices
- Alteraciones cutáneas
- Úlceras venosas
- Oscureamiento de la piel

TRATAMIENTO

- Elevación de la pierna por encima del nivel de la articulación derecha.
- Compresión de extremidades
- Cuidado tópico

TROMBOSIS ARTERIAL Y VENOSA

Meakin Max

> TROMBOSIS ARTERIAL

Se produce cuando el coagulo sanguineo bloquea una arteria.

Σ ETIOLOGIA

> La trombosis arterial puede producirse por arterioesclerosis. Esto ocurre cuando los depositos de lípidos o calcio provocan el ensanchamiento de las paredes de las arterias. Esto puede conducir en una acumulación de lípidos (Placa) en las arterias (Pared)



Normal



Arteria bloqueada



Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Obesidad
- HTA
- Mayores niveles de colesterol
- Diabetes
- Envejecimiento
- Genética
- Sedentarismo
- Anomalías de los lípidos

Σ FISIOPATOLOGIA

- > Crónica: Síndrome producido por una inadecuada irrigación progresiva
- > Aguda: Síndrome resultante de la interrupción brusca de flujo arterial

Σ CUADRO CLINICO

- Brazos o piernas frías
- Disminución o ausencia del pulso en un brazo o una pierna
- Falta de movimiento en el brazo o la pierna
- Dolor en el área afectada
- Entumecimiento y hormigueo en el brazo o la pierna
- Palidez

Σ DIAGNOSTICO

- Ultrasonido doppler de una extremidad
- Resonancia magnética
- Pletismografía
- Prueba de Ancho O

Σ TRATAMIENTO

- Prostanoilinas
- Estreptocinas
- Buflo medil

TROMBOSIS VENOSA

¿QUÉ ES?

Se produce cuando el coágulo sanguíneo bloquea una vena.

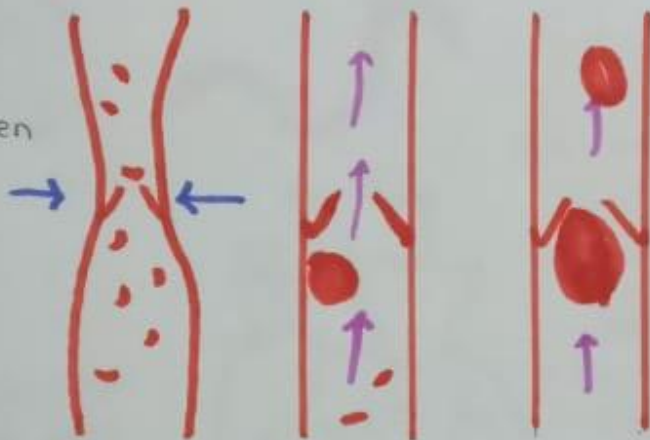
CUADRO CLÍNICO

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

ETIOLOGIA

La trombosis venosa puede producirse por enfermedad o lesión en las venas de las piernas.

- Inmovilidad
- Traumatismo
- Iatrogenia
- Obesidad
- Trastorno hereditario
- Trastornos autoinmunes



DIAGNÓSTICO

- La ecografía doplex
- Prueba de dímero D
- Flebografía
- Resonancia magnética

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Permanecer sentado durante periodos prolongados
- Lesiones o cirugía
- Embarazo
- Píldoras anticonceptivas
- Sobrepeso u obesidad
- Cáncer
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad intestinal inflamatoria

TRATAMIENTO

> Anticoagulantes

- Prodepar
- Warfarina
- Ribaxaxavan
- Apixaban
- Heparina

FISIOPATOLOGIA

- > Tríada de Virchow
- Hipercoagulabilidad
 - Lesión Endotelial
 - Estasis venosa.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECOMENDADO PARA PACIENTES CON HAS CON O SIN CONDICIONES ASOCIADAS

Condición	Meta	Terapia 1era línea	Terapia 2da Línea	Observaciones
SIN CONDICIONES ESPECIALES				
- Hipertensión - Hipertensión arterial diastólica con o sin hipertensión sistólica >140/90 mm Hg	<140/90 mmHg	Diuréticos de tiazidas, IECA o ARA II, CaA, BB Considerar el inicio de la terapia con combinaciones de fármacos de primera línea si la presión arterial sistólica es >20 mmHg o presión arterial diastólica >10 mmHg de la meta	Combinaciones de fármacos de primera línea	No se recomienda monoterapia con BB en enfermos >60 años de edad Vigilar presencia de hipotensión
Hipertensión arterial sistólica aislada	<140/90 mmHg	Diuréticos Tiazidicos, ARA II, CaA	Combinaciones de fármacos de primera línea	
CON CONDICIONES ESPECIALES				
Adulto mayor con HAS sistólica aislada (en ausencia de insuficiencia cardíaca)	>80 años <150 mmHg	Diuréticos CaA		• Titular dosis de diurético 1/0 CaA • No se recomienda BB
Diabetes con microalbuminuria, enfermedad renal, grado vascular y otros factores de riesgo	<130 mmHg /80	- IECA o - ARA II	Combinación con CaA	Considerar un diurético de ASA en enfermos con nefropatía y sobrecarga de volumen
Diabetes mellitus no incluida en la categoría anterior.		- IECA o ARA II - CaA - Diuréticos de tiazidicos	Combinación de IECA o CaA	
Síndrome metabólico	<140/90 mmHg	- IECA o ARA II - CaA		

Enfermedad cardiovascular Coronariopatia		-IECA o ARA II	-Agregue CoA	Evitar CoA como nifedipina y combinación de IECA con ARA II
Angina estable		-BB		
Infarto del miocardio reciente.	<140/90 mmHg		-Agregue CoA, si el BB está contraindicado	Con el uso de BB, vigilar los datos de falla cardiaca aguda.
Insuficiencia cardiaca		Dureticos (asa o ochorador de potasio), BB, IECA (ARA II en caso de intolerancia a IECA.)	IECA con hidialazina si el IECA o el ARA están contraindicados	Titular dosis de IECA o ARA II
Hipertrofia Ventricular Izquierda		-IECA o ARA II -CaA -Dureticos de Tiazidas	Combinación de fármacos de primera línea	
Insuficiencia renal	130/80 mmHg	IECA o ARA II		
Nefropatia no diabética con proteinuria.	140/90 mmHg	-IECA o ARA II -Dureticos	Combinación de fármacos de primera línea	Monitoreo de la función renal y de los niveles de potasio

FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSES / DÍA (NÚMERO DE TOMAS)	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS
2301	Hidroclorotiazida	12.5 a 100mg/día (1)	Tabletas 25mg	Indefinido	Anorexia, náusea vómito, dolor abdominal, e hipokalemia
561	Clortalidona	12.5 a 50mg/día (1)	Tabletas 50mg	Indefinido	Hiponatremia Hipotasemia Hiperglucemia Hipercalcemia
2501	Captopril	25 a 100mg/día (1-3)	Tabletas 25mg	Indefinido	Tos, proteinuria Disgeusia Diarrea
2501	Enalapril	10 a 60mg/día (1-3)	Tabletas 10mg	Indefinido	Tos, proteinuria Disgeusia Diarrea
599	Nifedipino	30-60 mg (1-2)	Tabletas 30mg	Indefinido	Edema, rubor, cefalea, taquicardia
596	Verapamil	80 a 480mg (2-3)	Tabletas 80mg	Indefinido	Hipotensión, Bradicardia, Náuseas, Rubor Constipación, Edema
530	Clorhidrato de propranolol	40 a 120mg (2)	Tabletas de 10 y 40mg	Indefinido	Bradicardia, Broncoespasmo, constipación
572	Tartrato de metoprolol	50 a 300mg (2-3)	Tabletas 100mg	Indefinido	Bradicardia, hipertensión diaurna fatiga
573	Clorhidrato de Prazocin	2 a 8 mg (2-3)	Tabletas de 1 y 2 mg	Indefinido	Hipotensión ortos- tática, mareo, síncope y taquicar
2520	Losartán potásico	25 a 200mg (1-2)	Tabletas 50mg	Indefinido	Vertigo Hipotensión y Rash
2117	Felodipino	5 a 10mg (1-2)	Tabletas 5mg	Indefinido	Edema, Rubor Cefalea y Taquicardia
4201	Hydralazina	50 a 100mg	Tabletas 10 y 50 mg	Indefinido	Hipotensión cefalea, lupus Taquicardia
103	Ácido acetilsalicílico	150mg/día (1 por la noche).	Tabletas 300mg	Indefinido	Tinnitus, prolongación de tiempo, hemorragia Hepatitis crónica

4246	Clopidogrel	75mg /día (1)	Tabletas 75mg	Infrínido	Neutropenia Trombocitopenia diarrea, dispepsia
5105	Esmolol	50-100mcg/kg/min	Fco ampola 250mg/ml 10ml	Dosis respuesta	Hipotensión Náuseas Broncoespasmo
4117	Nitroglicerina	50mg en 100cc (Dosis respuesta)	Fiasco ampola 50mg	Dosis respuesta	Cefalea Hipotensión Taquicardia