



NOMBRE DEL ALUMNO: MARILU LOPEZ HERNANDEZ

NOMBRE DEL TEMA: CLASIFICACIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS

NOMBRE DE LA MATERIA: FARMACOLOGIA

GRADO: 3ER CUATRIMESTRE

GRUPO: B

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: LICENCIADA EN ENFERMERIA GENERAL

NOMBRE DEL PROFESOR: FELIPE ANTONIO MORALES HERNANDEZ

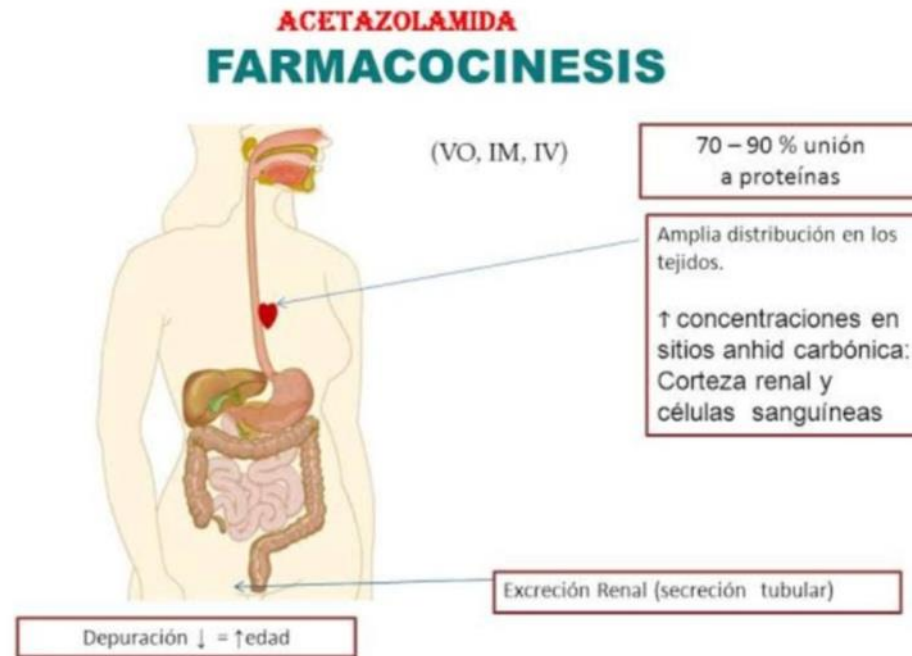
LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN: 05/08/2024 COMITAN DE DOMINGUEZ

Acetazolamida (v.o)

Potencia diurética: es débil, y no suelen utilizarse como diuréticos si no por el resto de sus acciones farmacológicas.

Lugar de actuación: TCP.

Mecanismo de acción: inhibición de anhidrasa carbónica en la membrana luminal y citoplasmática del TCP.



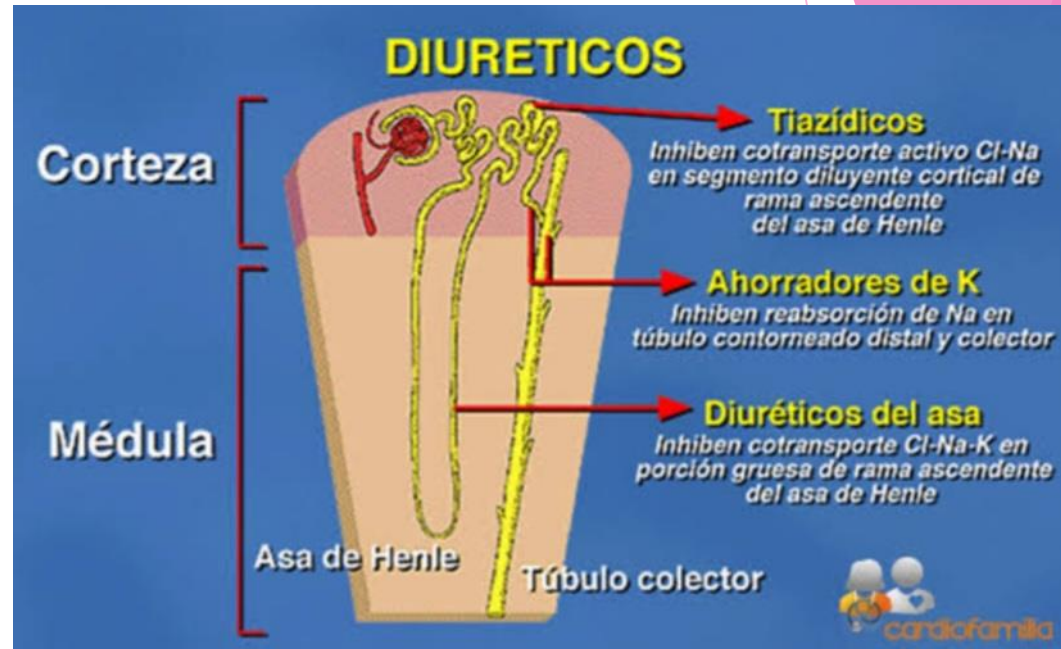
Diurético del asa

1. Bumetanina
2. Furosemida
3. Torasemida
4. Ácido Etacrínico

También es conocido como diuréticos de alta eficacia, que circulan unidos a proteínas por lo que no sufrirán filtración glomerular.

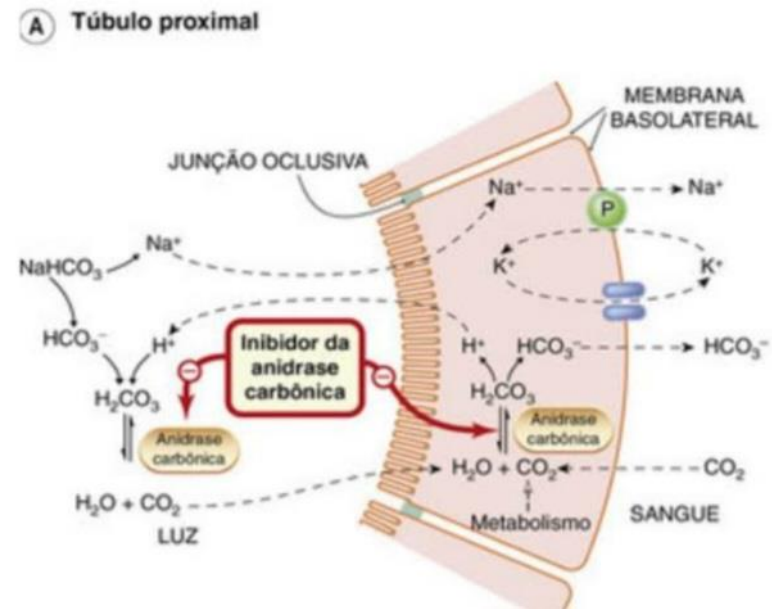
Se administra vía oral (V.O.) y parental.
Potencia diurética: elevada.

Lugar de actuación: actúan en la porción gruesa de la rama ascendente de asa de Henle.



Tiazídicos

1. De acción corta: Clorotiazida, Hidroclorotiazida
2. De acción intermedia: Bendroflumetiazida, indapamida
3. De acción prolongada: Clortalidona (higrotona)



Tiazídicos

fármacos hidrofílicos que se filtran en su totalidad a través del glomérulo, y estos no se reabsorben, son casi inertes y son excretados por los tubúlos colectores, su única forma de administración es la (I.V).

Mecanismo de acción: aumento de la presión osmótica tubular inhibiendo la reabsorción de agua produciendo diuresis por osmosis.

Consecuencias electrolíticas: aumentan la excreción urinaria de casi todos los electrolitos.



Aplicaciones terapéuticas

Inhidores de la anhidrasa carbonica.

- Tratamiento del glaucoma, útil en el tratamiento crónico y no el ataque agudo por el bloqueo de AC.
- Tratamiento en algunos tipos de epilepsia como la de infantil.
- Tratamiento del mal de altura debido a la pérdida de CO_3HNa .

Inhibidores de la anhidrasa carbónica

Son derivados de la sulfonamida. Son fármacos que bloquean la anhidrasa carbónica en el borde de cepillo de las células de los tubulos proximales y en otros tejidos como ojo y cerebro.

Acetazolamida
Dorzolamida
Diclofenamida
Metazolamida

Farmacocinética

- Administración:** vía oral
- Absorción:** tubo digestivo
- Vida media:** 6 a 9 horas
- Eliminación:** Excreción Renal. Su efecto diurético aparece en 30 minutos. Tiempo de acción de 8 a 12 horas

Farmacodinamia

Su acción consiste en inhibir la anhidrasa carbónica e impedir la reabsorción de bicarbonato y sodio en el Túbulo proximal

Indicación

- ✓ Tratamiento de pacientes con glaucoma
- ✓ Alcalosis metabólica
- ✓ Mal de altura

Reacciones adversas

- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Malestar gastrointestinal
- ✓ Cálculos renales

Dosis y presentación

La dosis que se utiliza es de 250 mg durante 1 a 4 veces al día. Se presenta en tabletas de 125 y 250 mg

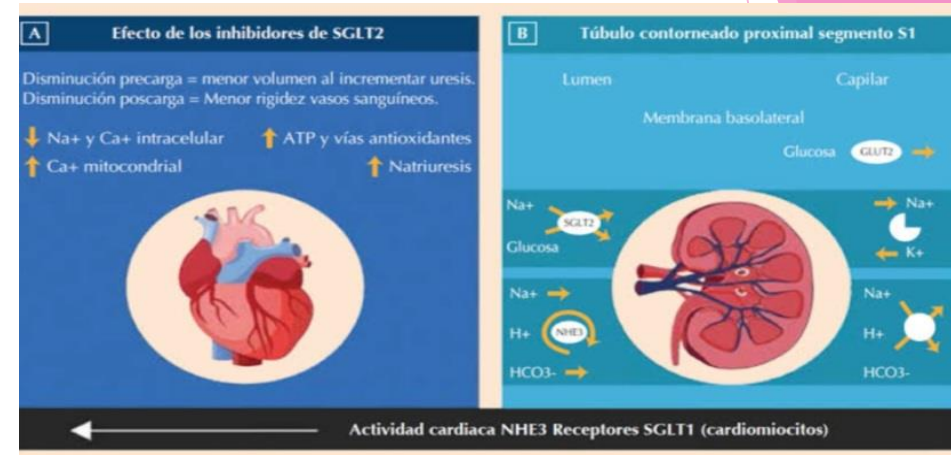
Contraindicaciones

- Embarazo
- Cirrosis Hepática

Vía de administración	Vida media	Vía de eliminación	Dosis
Oral	6 - 9 horas	Vía renal	Diuretica 250 - 1000 MG/DIA Glaucoma 250 - 1500 MG/DIA

Inhibidores de la reabsorción de Na

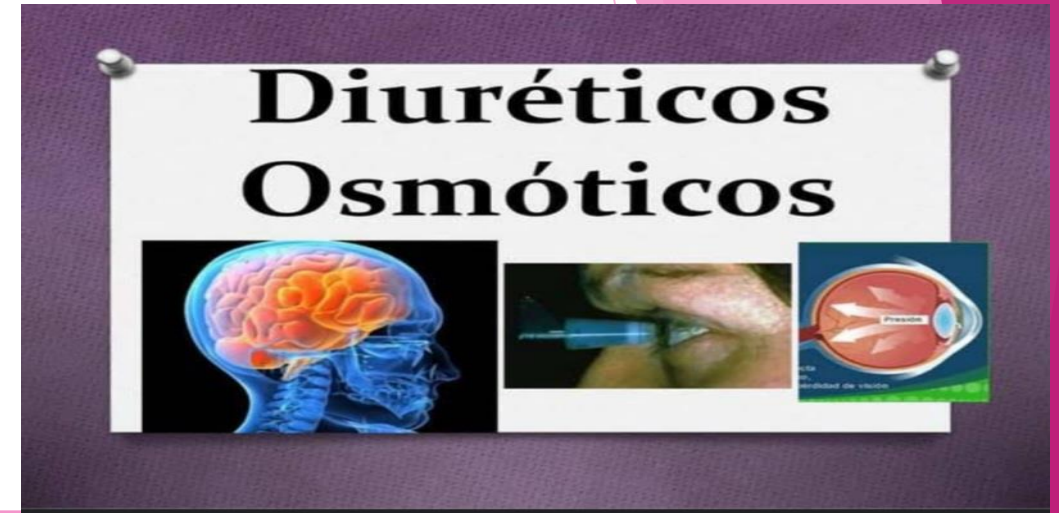
- Tratamiento de la HTA, que no responde a otros diuréticos.
- Tratamiento de edema cardiaco, hepático y edema agudo de pulmón.
- Tratamiento de insuficiencia renal (oligúrica).
- Tratamiento de hipercalcemias y hiperpotasemias.



Farmaco	Disoponibilidad	vida Media	Vía de eliminación	Dosis
Furosemina	60%	1,5 horas	65% Renal 35% Metabolizado	20 - 240 MG/DIA
Bumetanida	80%	0,8 horas	62% Renal 38% Metabolizado	0,5 - 2 MG/DIA
Acido Etacrínico	100%	1 hora	67% Renal 33% Metabolizado	50 - 250 MG/DIA

Diuréticos osmóticos

- Tratamiento de la hipertensión intracraneal.
- Tratamiento de hipertensión intraocular.
- Tratamiento de la insuficiencia renal aguda, manteniendo el flujo urinario.
- En caso de edema cerebral progresivo.
- Intoxicaciones por drogas.



Vía de administración	Vida media	Vía de eliminación	Dosis
Intravenosa	15 - 20 Minuto	Vía Renal Excreciones en orina 90%	50 - 200 MG/DIA

Inhibidores de la reabsorción de Na⁺

- Hipopotasemia (administrar junto a diuréticos ahorradores de K⁺ o dar complementos de K⁺).
- Alcalosis metabólica: producido por un aumento de la llega de Na⁺ al TC.
- Hipotensión e Hipovolemia: mayor en ancianos (ARRITMIAS).
- Hiperuricemia: acentúan ataques de gota.
- Ototoxicidad.
- Vértigo.
- Parestesias.

FIGURA 1. Reabsorción de glucosa por el riñón.

Normalmente SGLT2 reabsorbe la mayoría de glucosa filtrada por el riñón. Los inhibidores de SGLT2 reducen la reabsorción renal de glucosa produciendo un aumento en la excreción de glucosa y una disminución de la concentración de glucosa plasmática

