

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

CARDIOLOGÍA

11/09/2020

DR. MARCO POLO RODRÍGUEZ ALFONZO



Presenta:

- ROMINA CORONADO ARGUELLO
- DIANA MONSERRATH DE LEÓN PÉREZ
- NIMSSY MICHELL GONZÁLES REQUENA
- KAREN PAOLA MORALES MORALES

El uso de antiagregantes como prevención primaria ante un paciente con Hipertensión arterial sistémica. ¿Están indicados?

Los antiagregantes plaquetarios son usados de forma rutinaria tanto en prevención primaria como secundaria de accidentes cardiovasculares. El desarrollo de nuevos agentes y el auge del intervencionismo coronario han hecho que el tratamiento antiagregante sea más prescrito y utilizado durante más tiempo. El efecto secundario más importante es el aumento de la incidencia de complicaciones hemorrágicas, siendo las gastrointestinales las más prevalentes.

Se encontró que los sujetos hipertensos (consuman o no fármacos antihipertensivos) como los sujetos no hipertensos, muestran una respuesta variable a los antiagregantes plaquetarios; no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos. La no existencia de diferencia en la respuesta a los antiagregantes plaquetarios entre los hipertensos que no consumían antihipertensivos y los que sí los usaban, no apoya la posibilidad de un efecto sinérgico de los tratamientos antihipertensivos sobre los fármacos antiagregantes plaquetarios. Por tanto, se sugiere que los fármacos antihipertensivos más utilizados en nuestro medio no tienen influencia sobre el efecto bioquímico de los fármacos antiagregantes plaquetarios consumidos.

La existencia de no respuesta a los antiagregantes plaquetarios por parte de algunos de los sujetos pudiera constituir un factor de riesgo de la ocurrencia de eventos aterotrombóticos, a pesar del tratamiento, lo cual ha sido demostrado en pacientes bajo tratamiento con clopidogrel a los que se les aplicó un stent coronario.

En tres de los cuatro estudios revisados el efecto de la aspirina ha sido marcadamente beneficioso en el contexto del IAM no fatal. Aunque hay tendencia al incremento del ictus en general, y del ictus hemorrágico en particular en el estudio de los Médicos británicos y de Salud americano, esta tendencia no se confirma en el TPT o en el estudio HOT. Esto podría explicarse por la diferente dosis utilizada de AAS ya que en los dos últimos estudios se utiliza una dosis de

AAS mucho más baja (75 g/día).

Por otra parte, en ninguno de los cuatro estudios (el "British Doctors' Study", el "Physicians' Health Study", el estudio TPT Thrombosis Prevention Trial y el estudio HOT Hypertension Optimal Treatment la aspirina fue capaz de demostrar disminución de la mortalidad cardiovascular total. Sin embargo, aunque si bien ni en los pacientes de mayor riesgo hay evidencia de reducción de mortalidad total, la reducción de eventos isquémico cerebrales o cardiacos podría compensar los riesgos de ictus hemorrágico, sangrados o problemas gastrointestinales.

Algunos autores proponen que esto probablemente no sería aplicable en el caso de pacientes de riesgo moderado. No obstante, de acuerdo con los resultados obtenidos en el TP y en el HOT con dosis bajas de AAS (75 mg) los beneficios podrían compensar los riesgos también en pacientes con riesgo moderado.

En los pacientes con hipertensión arterial mal controlada, el riesgo de accidente vascular hemorrágico está aumentado, por lo que no está indicada la prevención primaria con antiagregantes orales. La terapia con antiagregantes plaquetarios es recomendada como prevención secundaria de eventos cardiovasculares en personas con hipertensión arterial. Sin embargo, en la práctica clínica se encuentran personas que no responden al tratamiento y presentan recurrencia de eventos vasculares.

Particularmente, en el paciente hipertenso, la terapia con antiagregantes plaquetarios (AAP) debe ser considerada en los pacientes que han tenido un evento cardiovascular (prevención secundaria), en pacientes con riesgo cardiovascular elevado incluyendo aquellos con diabetes y enfermedad renal crónica. Sin embargo, en la práctica clínica, a pesar del uso de los fármacos antiagregantes plaquetarios, un importante número de sujetos presentan recurrencia de eventos vasculares, relacionados con una inhibición plaquetaria incompleta.

Las únicas guías de tratamiento que defienden la utilización de aspirina en el enfermo hipertenso de una forma explícita son las de la Sociedad Británica de

Hipertensión. Estas guías recomiendan por primera vez el uso de aspirina en el enfermo hipertenso basándose en los resultados del estudio HOT y el estudio TPT. Recomiendan la utilización de 75 mg de aspirina diarios en pacientes hipertensos de edad igual o mayor a 50 años cifras de Presión arterial (PA) <150/90 mm Hg que cumplan al menos uno de los siguientes supuestos: lesión de órgano diana, asociación de diabetes y /o riesgo coronario a 10 años \geq 15 %.

Resultados interesantes aplicables al hipertenso y más recientes que los 4 estudios clásicos de aspirina que merecen ser comentados son los derivados del estudio PPP (Primary Prevention Project). Se trata de un estudio randomizado, controlado y abierto para evaluar el efecto de 100 mg de aspirina y 300 mg de vitamina E diarios en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con uno o más de los siguientes factores de riesgo cardiovasculares: HTA, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, antecedentes familiares de IAM prematuro o individuos ancianos.

Bibliografía:

Frutos Andreu, Nancy Irene, Díaz Batista, Arquímedes Lázaro, García Mesa, Milagros, & Sánchez de León, Teresita. (2020). Respuesta de los sujetos con hipertensión arterial a los fármacos antiagregantes plaquetarios. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3), e2928. Epub 10 de julio de 2020.

Recuperado en 11 de septiembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000300003&lng=es&tlng=es.

Barrios Alonso, Vivencio, & Campuzano Ruiz, Raquel. (2002). Prevención primaria con aspirina en la hipertensión arterial. *Revista Costarricense de Cardiología*, 4(2), 36-41. Recuperado en 11 de septiembre de 202, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422002000200006&lng=en&tlng=es.

RubénCasado-Arroyo (2011). Antiagregantes plaquetarios e inhibidores de la bomba de protones. ¿Cómo optimizar el riesgo-beneficio en los pacientes con riesgo cardiovascular y riesgo de hemorragia gastrointestinal? Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570511002135>

Frutos Andreu. (2020). Respuesta de los sujetos con hipertensión arterial a los fármacos antiagregantes plaquetarios. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000300003&lng=es&tlng=es.