



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?

Existen estudios en los que se valora la función del tratamiento antiplaquetario en pacientes con presión arterial alta, en cuanto a la reducción de muertes, eventos tromboticos mayores y aumento de efectos adversos como las hemorragias. También, existen otros estudios que valoran la función del tratamiento antiplaquetario comprobando su efecto bioquímico, es decir, verificando la inhibición plaquetaria; pero sus resultados son muy diversos.

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.

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.