

# Aspirina para la prevención cardiovascular

## Aspirin for cardiovascular prevention

Antithrombotic Trialists' Collaboration. Lancet 2009; 373:1849-60

### Objetivo

Evaluar el balance entre los riesgos y los beneficios del uso de aspirina en prevención primaria (PP) de la enfermedad cardiovascular (CV) y su efecto en grupos determinados.

### Diseño

Meta-análisis colaborativo con los datos individuales de los participantes de cada estudio.

### Fuente de datos y resultados primarios evaluados

Fueron seleccionados ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA) de PP y secundaria que hubieran comparado la prescripción de aspirina vs. su no prescripción. Fueron incluidos seis

ECCA de PP (95000 personas y 3554 eventos). Uno de ellos había incluido hipertensos y dos, pacientes con factores de riesgo CV.

Puntos finales: evento CV -infarto agudo de miocardio (IAM) accidente cerebrovascular (ACV) muerte de causa CV-; evento coronario mayor (IAM, muerte de causa coronaria, muerte súbita); ACV hemorrágico o probablemente isquémico; muerte por cualquier causa; y sangrado extracraneal mayor.

El resultado fue comparado con el de 16 ECCA de prevención secundaria (17000 personas y 3306 eventos).

### Resultados

Se describen en la tabla 1.

**Tabla 1:** principales resultados asociados al uso de aspirina en la prevención primaria de eventos cardiovasculares

|  | Incidencia anual de eventos (%) |         | RR<br>(IC95%)      | RRA<br>(% anual) | RRR |
|--|---------------------------------|---------|--------------------|------------------|-----|
|  | AAS                             | Control |                    |                  |     |
| Evento coronario mayor                     | 0,28                            | 0,34    | 0,82 (0,75 a 0,90) | 0,06             | 18% |
| Accidente cerebrovascular                  | 0,20                            | 0,21    | 0,95 (0,85 a 1,06) | 0,01             | 5%  |
| ACV isquémico                              | 0,11                            | 0,12    | 0,86 (0,74 a 1,00) | 0,02             | 14% |
| Muerte de causa vascular                   | 0,19                            | 0,19    | 0,97 (0,87 a 1,09) | 0,01             | 3%  |
| Evento vascular serio                      | 0,51                            | 0,57    | 0,88 (0,82 a 0,94) | 0,07             | 12% |
| Hemorragia gastrointestinal o extracraneal | 0,10                            | 0,07    | 1,54 (1,30 a 1,82) | 0,03             |     |

ACV: accidente cerebrovascular.

### Conclusión

El valor del uso de aspirina en PP es de valor incierto en cuanto a la reducción de eventos oclusivos y debería considerarse el aumento de sangrados mayores.

**Palabras claves:** prevención cardiovascular, aspirina, riesgos.

**Keywords:** cardiovascular prevention, aspirin risks.

**Fuente de financiamiento:** UK Medical Research Council, British Heart Foundation, Cancer Research UK, European Community Biomed Program.

## Comentario

La aspirina ha demostrado ser beneficiosa en prevención secundaria de la enfermedad CV<sup>1,2</sup>, siendo menos claro su balance costo-beneficio en PP. Hay que tener en cuenta que los pacientes con enfermedad vascular ya establecida reciben otros medicamentos e intervenciones que disminuyen el riesgo de recurrencias a la mitad; lo que conduce a una equivalente reducción del efecto neto absoluto de la aspirina. A pesar de esto, los beneficios preventivos siguen superando los riesgos de sangrado en esta población.

Las guías actuales<sup>3,4,5</sup> recomiendan indicarla a partir del umbral de riesgo de enfermedad coronaria en el que los beneficios superarían los riesgos; asumiendo que el riesgo de sangrado permanecería constante, ya que sería independiente de los factores de riesgo CV y dependería sólo de la edad. Por el contrario, este metanálisis demostró que los factores de riesgo CV, también lo son para el sangrado, lo que cuestionaría su uso rutinario.

En sus últimas recomendaciones, la Organización Mundial de la Salud<sup>6</sup> sólo la recomienda en pacientes de alto riesgo. Por su lado, la Fuerza de Tareas Preventivas de EE.UU. los discrimina reconociendo que el riesgo de sangrado también aumenta con la edad e indica comenzar con aspirina a partir de los 45 años en individuos con un riesgo CV mayor o igual a 4%, y aumentando el umbral de riesgo para prescribirla a medida que el paciente va envejeciendo, y siempre teniendo en cuenta sus preferencias.

### Conclusiones de la comentadora

Consideramos razonable evaluar el riesgo CV individual de cada paciente, comparar su riesgo actual con riesgo mínimo que podría tener de acuerdo a su edad y género (el que tendría en ausencia de factores de riesgo reducibles) explicarle las posibles consecuencias de que tome o no aspirina, y tomar una decisión conjunta.

**Carolina Carrara** [ Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. carolina.carrara@hospitalitaliano.org.ar ]

Recibido el 01/01/2010 y aceptado el 02/03/2010

Carrara C. Aspirina para la prevención cardiovascular. Evid Act Pract Ambul. 128. Vol 13(4). Oct-Dic 2010. Comentario de: Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomized trials. Lancet 2009;373:1849-60. PMID: 19482214.

### Referencias

1. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy—I: prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. BMJ 1994;308:81-106.
2. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324: 71-86.
3. US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009; 150: 396-404.
4. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Circulation 2002; 106: 388-91.
5. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. Heart 2005;91 (suppl 5): v1-52.
6. OMS. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. 2007
7. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. Circulation 2002;106:388-391