

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

Juan Karlo Urrea Zapata, MD

“A propósito de la aspirina en prevención primaria: se debe utilizar? La respuesta es NO en la mayoría de los escenarios”

SHOULD PATIENTS STOP TAKING ASPIRIN FOR PRIMARY PREVENTION?

Depta JP, Bhatt D. Should patients stop taking aspirin for primary prevention? 1-Minute Consult. *Cleveland Clinic Journal of Medicine (CCJM)*; 2015, 82 (2): 91-96.

En la publicación de febrero de 2015, el CCJM nos trae uno de los más importantes investigadores en antiplaquetarios, el Dr Deepak Bhatt haciéndole una pregunta que es: ¿Deben los pacientes parar de tomar la aspirina en prevención primaria?, su respuesta es contundente y se realiza una magnífica revisión de las guías actuales (no tan actualizadas en realidad) y los estudios que tratan de contestar esta pregunta. Aquí enumero los puntos clave para la práctica diaria:

1. Aunque la respuesta aún no se tiene, en general en la mayoría de los escenarios de la prevención primaria incluyendo los pacientes diabéticos, no se debe tomar aspirina para la prevención primaria.
2. Es claro que pacientes con una historia familiar de enfermedad coronaria temprana, fumadores o con múltiples factores de riesgo podrían beneficiarse de su uso siempre y cuando el riesgo de hemorragia gastrointestinal o intracerebral no sea alto.
3. No hay una escala que permita establecer o cuantificar el riesgo de sangrado gastrointestinal o intracerebral, pero por ejemplo, el Physicians´Health Study (PHS) a partir del cual se recomienda que los hombres mayores de 50 años deben tomar aspirina en prevención primaria para reducir los eventos cardiovasculares (específicamente IM no fatal porque no hubo diferencia en mortalidad) mostró un aumento del sangrado en 32%, requerimiento de transfusiones en 71% y un tendencia a aumentar el sangrado intracerebral en más de 2 veces aunque no fue significativo este último. Aquí vemos como en NNT fue de 111 y el NNH de 14, sin embargo todos conocemos la recomendación aún existente.
4. Mirando el British Doctors´Trial, no hubo beneficio significativo en el uso de aspirina VS placebo, teniendo en cuenta que eran médicos relativamente jóvenes y sanos.
5. Ya con el Thrombosis Prevention Trial (TPT), Hypertension Optimal Treatment Trial (HOT), y Primary Prevention Project (PPP), usando sujetos mayores de 50 años y menores de 80 con alto riesgo cardiovascular, se mostró reducción del IM no fatal (TPT y HOT) y de la muerte cardiovascular (PPP) mostrando en todos un aumento del sangrado y significativamente de la hemorragia intracerebral en el TPT.
6. Ya en el estudio de las mujeres (Women´s Health Study WHS) en mayores de 45 años sin muchos factores de riesgo, se encontró que en el seguimiento a 10 años no hubo disminución en el desenlace primario de muerte CV, infarto o ACV, teniendo solo

- beneficio el subgrupo de pacientes mayores de 65 años pero con un aumento no significativo del ACV hemorrágico y significativo de la hemorragia digestiva.
7. Con estos 6 estudios, se organiza el Antithrombotic Trialist Collaboration que no demostró reducción en la muerte cardiovascular, redujo anualmente la muerte por enfermedad coronaria o IM no fatal, y el ACV isquémico. Pero con un aumento en los sangrados que no fue mayor al beneficio neto de la intervención.
 8. En Diabetes en prevención primaria, no hay estudios que hayan demostrado una reducción real en los desenlaces cardiovasculares mayores con el uso de aspirina en este grupo de pacientes. Solo la ADA recomienda dejar aspirina a hombres mayores de 50 años o mujeres mayores de 60 años más otro factor de riesgo que no tengan un aumento en el riesgo de sangrado. Aunque el Antithrombotic Trailist Collaboration no mostró ningún beneficio en su uso.
 9. Aunque los datos no son concluyentes hay que esperar los resultados del ARRIVE, ASPREE, ASCEND, ACCEPT-D
 10. Se concluye que el mensaje más importante es que en general NO se recomienda el uso de aspirina en prevención primaria, incluso en pacientes con diabetes mellitus y además es posible usarla en hombres mayores de 50 años con otros factores de riesgo o tabaquismo y mujeres mayores de 65 años con diabetes y otro factor de riesgo, pueden ser el único grupo de pacientes que puede generar algún impacto en la prevención cardiovascular.

Esperaremos los resultados de estos megaestudios.

Referencia:

http://www.cejm.org/uploads/media/Depta_Aspirin.pdf

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra,
AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.
Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.