

# Uso de aspirina para la prevención de enfermedad cardiovascular

## GUÍAS de tratamiento



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica



# Uso de aspirina para la prevención de enfermedad cardiovascular

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *Aspirin Use to Prevent Cardiovascular Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*

De: Davidson K, Barry M, Wong J y colaboradores; integrantes de Einstein Institutes for Medical Research at Northwell Health, Manhasset; Harvard Medical School; Tufts University School of Medicine, Boston, EE.UU.

El artículo original fue publicado en JAMA 327(16):1577-1584, Abr 2022

## Introducción y objetivos

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en los Estados Unidos (uno de cada cuatro fallecimientos). Se estima que anualmente 605 000 personas tienen un primer infarto de miocardio (IM) en los Estados Unidos, y que 610 000 sufren un primer accidente cerebrovascular (ACV).

El Grupo Especial de los Servicios de Prevención de los Estados Unidos (*US Preventive Services Task Force* [USPSTF]) es un grupo de trabajo convocado con el objetivo principal de elaborar recomendaciones basadas en la evidencia para las diversas medidas preventivas de ECV.

En esta publicación se expresan las conclusiones del USPSTF sobre el uso de aspirina para la prevención de la ECV y se detalla la metodología utilizada para arribar a ellas.

## Recomendaciones USPSTF

El USPSTF concluye con moderada certeza que el uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en adultos de entre 40 y 59 años, con un riesgo de ECV a 10 años  $\geq 10\%$ , ofrece un beneficio neto pequeño.

El USPSTF considera, también con moderada certeza, que el inicio del uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en adultos mayores de 60 años no ofrece beneficios netos.

Los beneficios de la aspirina parecen ser similares en todas las dosis estudiadas (entre 50 mg/día y 500 mg/día). Específicamente, la efectividad no se modifica con dosis  $\leq 100$  mg/día. La dosis más comúnmente recetada en los Estados Unidos es 81 mg/día.

## Población blanco

Las recomendaciones se aplican a adultos mayores de 40 años sin signos ni síntomas de ECV, sin ECV conocida (antecedentes de IM o ACV), y sin riesgo aumentado de hemorragias (antecedentes de úlcera gastrointestinal, hemorragia reciente, enfermedades médicas concurrentes, uso de fármacos que aumenten el riesgo de hemorragias). Estas recomendaciones están dirigidas a mujeres y a hombres por igual, aunque se reconoce como posible que el sexo pueda influir en el riesgo cardiovascular y en los beneficios del uso de aspirina.

## Estimación del riesgo

Para la estimación del riesgo cardiovascular se consideró que la edad es uno de los factores más importantes, y que las mujeres tienen mayor mortalidad cardiovascular por algunas causas, como el ACV. Los hombres tienden a presentar manifestaciones de ECV más tempranamente. La etnia también es un factor significativo (en Estados Unidos, las personas de etnia negra tienen la prevalencia más alta de ECV). Otros factores de riesgo en las estimaciones del USPSTF incluyen los valores de colesterol, la hipertensión arterial, la diabetes y el tabaquismo.

Para la estimación del riesgo de hemorragia (gastrointestinal, intracraneana, ACV hemorrágico) fueron considerados factores como la edad, el sexo masculino, la diabetes, el antecedente de enfermedad gastrointestinal, la enfermedad hepática, el tabaquismo, la hipertensión y el uso de fármacos que influyen en la coagulación.

La estimación del riesgo individual debe ser utilizada para la indicación de aspirina preventiva. Los beneficios del tratamiento son mayores en los individuos con riesgos más altos de ECV (15% a 20% de riesgo cardiovascular a 10 años). De acuerdo con el aumento del riesgo de hemorragia con el avance de la edad, está recomendado considerar la suspensión de la aspirina a partir de los 75 años para los pacientes que estuvieran recibiendo.

El USPSTF ha emitido otras recomendaciones para la prevención de la ECV que siguen vigentes: uso de estatinas, abandono del tabaquismo, dieta saludable, actividad física, y detección temprana y tratamiento de la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

## Efectos de la aspirina

El mecanismo de acción de la aspirina en relación con la prevención cardiovascular es bien conocido. En dosis bajas, la aspirina es un inhibidor irreversible de la ciclooxigenasa 1 (COX-1); en dosis mayores, la aspirina también inhibe la COX-2. La aspirina reduce el riesgo de trombosis aterosclerótica a través de la inhibición de la función plaquetaria. La COX-1 es también responsable de la producción de varias prostaglandinas que protegen la mucosa gastrointestinal; la inhibición de la enzima aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal.

## Beneficios del tratamiento preventivo

En un análisis de 13 estudios controlados y aleatorizados (ECA) sobre 161 680 participantes, el USPSTF consideró que la evidencia indicaba que el uso de aspirina

**Tabla 1.** Resumen de los fundamentos USPSTF.

Fundamento	Evaluación
<b>Beneficios del uso de aspirina</b>	Existe evidencia adecuada de que la aspirina a bajas dosis aporta un pequeño beneficio para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (IM no fatal, ACV) en adultos mayores de 40 años sin antecedentes de ECV, pero con riesgo cardiovascular aumentado. La magnitud absoluta del beneficio aumenta con el incremento del riesgo cardiovascular a 10 años, y la magnitud del beneficio en toda la vida es mayor cuando la aspirina se inicia a menor edad.
<b>Riesgos del uso de aspirina</b>	Existe evidencia adecuada de que el uso de aspirina en adultos aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal e intracraneana, y de ACV hemorrágico. El USPSTF ha determinado que la magnitud del riesgo global es bajo, pero aumenta en los grupos de edad avanzada, particularmente en adultos mayores de 60 años.
<b>Evaluación del USPSTF</b>	El USPSTF concluye con moderada certeza que el uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en adultos de entre 40 años y 59 años, con un riesgo a 10 años $\geq 10\%$ , tiene un beneficio neto pequeño. El USPSTF concluye con moderada certeza que iniciar el uso de aspirina para prevención primaria de ECV en adultos mayores de 60 años no tiene beneficio neto.

USPSTF (*US Preventive Services Task Force*), Grupo de Estudio de los Servicios de Prevención de los Estados Unidos; IM, infarto de miocardio; ACV, accidente cerebrovascular; ECV, enfermedad cardiovascular.

para prevención primaria de ECV estaba asociado con disminución en el riesgo de IM y de ACV, pero no con reducción de la mortalidad cardiovascular o de la mortalidad global.

Un análisis combinado de 11 ECA ( $n = 134\,470$ ) mostró que el uso de aspirina en dosis bajas se asoció con una disminución estadísticamente significativa de IM no fatal (*odds ratio* [OR] = 0.88; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.80 a 0.96) y de ACV no fatal (OR = 0.88; IC 95%: 0.78 a 1.00;  $p = 0.046$ ). También se observa que la magnitud del efecto beneficioso fue mayor en personas con alto riesgo cardiovascular.

Cuando se utilizó un modelo de microsimulación para analizar los datos, los resultados indicaron un beneficio modesto del uso de aspirina en personas de ambos sexos de entre 40 y 59 años, con riesgo cardiovascular  $\geq 10\%$  a 10 años. La iniciación del tratamiento entre los 60 y los 69 años mostró un resultado neutro del riesgo cardiovascular, y entre los 70 y los 79 años no hubo reducción del riesgo. La continuación del tratamiento más allá de los 75 años a 80 años no produce beneficios netos.

### Efectos nocivos del tratamiento preventivo

El USPSTF realizó un análisis combinado de 10 ECA ( $n = 119\,130$ ) que informaron la aparición de hemorragias en poblaciones que utilizaban aspirina ( $\leq 100$  mg/día) como prevención primaria de ECV. Los resultados mostraron un incremento del 58% en el riesgo de hemorragia gastrointestinal mayor (OR = 1.58; IC 95%: 1.38 a 1.80) y de hemorragia intracraneana (OR = 1.31; IC 95%: 1.11 a 1.54).

No se observó incremento significativo en el riesgo de ACV hemorrágico fatal. El aumento del riesgo de hemorragia tuvo lugar, en general, al poco tiempo de comenzar a tomar aspirina y no se observaron diferencias estadísticamente

significativas con el sexo, la edad, la etnia, el grado de riesgo cardiovascular o la presencia de diabetes. El número absoluto de episodios hemorrágicos fue mayor en los mayores de 60 años.

## Conclusiones

El USPSTF analizó la evidencia disponible, proveniente de estudios de investigación, para elaborar estas recomendaciones sobre la efectividad y la seguridad del uso de aspirina en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.

El análisis concluye con la recomendación de iniciar el tratamiento con aspirina en bajas dosis en adultos de entre 40 años y 59 años, con un riesgo cardiovascular  $\geq 10\%$  a 10 años, aunque sobre la base de la decisión individualizada. Al mismo tiempo, el USPSTF desaconseja el inicio del tratamiento de prevención primaria con aspirina en mayores de 60 años.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022