EDITORIAL

Uso de aspirina para prevenir ECV en el adulto mayor

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más frecuente de muerte en las mujeres -y también en los hombres- de edad adulta mayor, entre las cuales obviamente están nuestras pacientes menopáusicas.

Considerando lo anterior, hace varias décadas se ha establecido que una manera de protección de la ECV podría ser el uso de aspirina (ASA) por su acción antiplaquetaria y por lo tanto antitrombogénica; pues, en resumen, en las complicaciones trombogénicas está la causa de casi toda la enfermedad (infarto del miocardio, accidente cerebrovascular trombótico, tromboembolismo pulmonar). Sin embrago, existe el riesgo contrario; es decir, la ECV hemorrágica (accidente cerebrovascular hemorrágico, hemorragia del tracto gastrointestinal y hemorragia mesentérica).

Ha habido casos famosos de muertes por accidentes hemorrágicos en pacientes que usan ASA como prevención de la ECV; por ejemplo, el mexicano Carlos Fuentes, que murió al parecer de una hemorragia masiva.

Personalmente no he querido tomar ASA como preventivo, aunque los médicos del Servicio Médico Universitario me lo han prescrito en varias ocasiones.

Pero la controversia es mundial. No todos están de acuerdo con el uso de aspirina como prevención para la ECV de la edad adulta o adulta mayor.

Se ha publicado recientemente un metaanálisis con búsquedas en PubMed and Embase en Cochrane Library Central Register of Controlled Trials de datos disponibles desde los de la época más antigua hasta noviembre 1 de 2018.

Se consideraron ensayos clínicos aleatorios que incluyeron al menos 1.000 participantes sin enfermedad cardiovascular conocida, con un seguimiento de al menos 12 meses. Los estudios incluidos compararon el uso de aspirina con ninguna aspirina (placebo o ningún tratamiento).

El resultado cardiovascular primario fue un compuesto de mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. El resultado del sangrado primario fue cualquier sangrado importante (definido por los estudios individuales).

Se incluyeron un total de 13 ensayos que asignaron al azar a 164.225 participantes con 1.050.511 participantes-año de seguimiento. La mediana de edad de los participantes del ensayo fue de 62 años (rango, 53-74); 77.501 (47%) eran hombres; 30.361 (19%) tenían diabetes, y la mediana del riesgo basal del resultado cardiovascular primario era del 9,2% (rango, 2,6% -15,9%).

El uso de aspirina se asoció con reducciones significativas en el resultado cardiovascular compuesto en comparación con ninguna aspirina (57,1 por 10.000 participantes-año con aspirina y 61,4 por 10.000 participantes-año sin aspirina) (cociente de riesgo [HR], 0,89 [95% IC, 0,84-0,95]; reducción del riesgo absoluto, 0,38% [IC 95%, 0,20%-0,55%]; número necesario para tratar, 265).

El uso de aspirina se asoció con un mayor riesgo de hemorragias graves en comparación con ninguna aspirina (23,1 por 10.000 participantes-año con aspirina y 16,4 por 10.000 participantes-año sin aspirina) (HR, 1,43 [95% IC, 1,30 - 1,56]; aumento del riesgo absoluto, 0,47% [IC 95%, 0,34%-0,62%]; número necesario para dañar, 210).

Hay que enfatizar que el análisis incluyó tres estudios recientes y muy publicitados que sugirieron más daño que beneficio de la aspirina para la prevención primaria.

El uso de aspirina en individuos sin enfermedad cardiovascular se asoció con un menor riesgo de eventos cardiovasculares y un mayor riesgo de hemorragia mayor. Esta información puede ayudar en las discusiones con los pacientes sobre la aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares y sangrado.

De acuerdo con estos datos, se vuelve a imponer en el campo de la medicina que en más de un caso, en cuanto a conducta se refiere, se debe escoger muy bien entre riesgo y beneficio, y esto debe ser decidido con el paciente después de una explicación objetiva y neutral y documentada, para, como en este caso, compartir esa relación con un beneficio final para la práctica médica.

Gustavo Gómez Tabares
Editor jefe