

CARTAS AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

Acido acetilsalicílico en la prevención primaria de la cardiopatía coronaria: ¿a todos?

Aspirin in the primary prevention of coronary disease. Is it good for everybody?

Sr. Editor: El uso del ácido acetilsalicílico (AAS) en la prevención primaria de la cardiopatía coronaria es ampliamente recomendado en las guías clínicas de sociedades científicas, así como a través de diferentes medios de comunicación. Recientemente, Eidelman y colaboradores, han publicado una revisión sistemática del uso de la aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular¹. En ese artículo, los autores –todos ellos con relación financiera con la industria farmacéutica– señalan que la totalidad de la actual evidencia entrega un fuerte apoyo a la conclusión de que la aspirina reduce significativamente el riesgo (en 32%) de un primer infarto en individuos aparentemente sanos, y vaticinan que su uso difundido en prevención primaria preveniría más de 150.000 eventos cardiovasculares prematuros anuales.

Sin embargo, es necesario señalar que la recomendación de usar AAS en prevención primaria es aún controvertida y no tiene un fundamento tan fuerte como esa y otras publicaciones han pretendido mostrar. Por esto, más recientemente, la *Food and Drug Administration* de EE.UU. acaba de rechazar –enero 2004– el uso oficial de la aspirina para la prevención primaria del infarto del miocardio, a pesar del respaldo expreso a la indicación de parte de la *American Heart Association*, el *American College of Cardiology*, la *American Diabetes Association* y la *Association of Black Cardiologists*². La razón radicó en que ninguno de los cinco estudios realizados sobre el tema, e incluidos en la revisión de Eidelman, mostró una reducción significativa del infarto agudo del miocardio fatal y de la tasa total de mortalidad, que son los objetivos principales o primarios.

Si bien es probable que el beneficio neto del AAS aumente en relación con la existencia de un mayor riesgo cardiovascular, no se puede desconocer que el uso del AAS tiene riesgos absolutos y reales de eventos hemorrágicos digestivos (que se duplican –aún en dosis bajas– y que no son reducidos en forma significativa por preparaciones recubiertas o con bicarbonato) y cerebrales (especialmente si se usa en pacientes con hipertensión no controlada)³. Así, un meta-análisis realizado por Hayden⁴ concluye que cuando el riesgo absoluto a 5 años de tener un evento coronario alcanza 5%, el tratamiento con AAS reduce el riesgo en 0,3% por año, aumentando el riesgo de hemorragia cerebral a 0,02% anual y de hemorragia digestiva a 0,06% anual. Es decir, por cada mil pacientes de ese tipo, la aspirina podría prevenir 6 a 20 infartos del miocardio, pero causar hasta 2 hemorragias cerebrales y hasta 4 sangrados digestivos mayores. Cuando el riesgo a cinco años es de 1%, el uso de AAS sólo reduce en 0,06% por año el riesgo absoluto de un evento coronario, manteniendo los riesgos hemorrágicos (Tabla 1).

Además, cuando se pretende usar AAS hay que tener presente otros datos que arrojan otras incertidumbres. Entre ellos: el uso de AAS para la prevención primaria en mujeres aún no es concluyente, e incluso últimamente se ha publicado una asociación de su uso con mayor riesgo de cáncer pancreático⁵; existe una preocupante interacción

entre el AAS y los tan usados inhibidores ECA, que poseen efectos opuestos al AAS sobre las prostaglandinas y que podrían atenuar sus potenciales efectos benéficos; se ha comprobado una interacción farmacológica del AAS con los anti-inflamatorios no esteroideos (comúnmente asociados al uso de AAS en muchos pacientes), que también inhiben el efecto del AAS; y se ha publicado que pacientes que usan AAS pueden desarrollar «resistencia a la aspirina», que se manifiesta en una ausencia de su efecto sobre la función plaquetaria⁶.

En conclusión, el uso de AAS en la prevención primaria de cardiopatía coronaria no está indicado en todas las personas aparentemente sanas. Debe desaconsejarse en personas sin mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y evitar su promoción indiscriminada. Sólo podría indicarse, a dosis bajas, en varones en los que su uso no esté contraindicado, cuyo estudio –que incluye una estimación del riesgo individual– los ubique en un alto riesgo de enfermedad cardiovascular y bajo riesgo hemorrágico, y en quienes se haya intentado corregir todos los otros factores de riesgo modificables, como la nutrición inadecuada, tabaquismo, sedentarismo, exceso de peso y la presión arterial elevada.

Dr. Alexis Lama T¹, Julián Vega A².

¹Servicio de Salud Concepción. alama@ssconcepcion.

²Alumno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad San Sebastián, Concepción.

Tabla 1(i). Beneficios y daños del AAS administrado por 5 años a 1.000 personas con riesgo variable de enfermedad coronaria*

Beneficios y Daños	Riesgo cardiovascular a 5 años		
	1%	3%	5%
Mortalidad Total	Sin efecto	Sin efecto	Sin efecto
Eventos coronarios evitados (n)	1-4	4-12	6-20
Eventos cerebrales isquémicos evitados (n)	0	0	0
Eventos cerebrales hemorrágicos causados (n)	0-2	0-2	0-2
Eventos hemorrágicos digestivos mayores causados (n)**	2-4	2-4	2-4

* Estimaciones basadas en una reducción del riesgo de 28% de enfermedad coronaria en pacientes tratados con aspirina. Se asume que la reducción de riesgo no varía significativamente con la edad.

** En personas mayores de 70 años, el riesgo es 2 a 3 veces mayor.

i Tabla construida a partir de los datos presentados por Hayden⁴.

REFERENCIAS

1. EIDELMAN R, HEBERT P, WEISMAN S, HENNECKENS CH. An update on aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2006-10.
2. MOORE J. Panel rejects aspirin for primary prevention of MI. Disponible en Internet: <http://www.cardiologytoday.com/200401/frameset.asp?article=aspirin.asp> (con acceso el 20-01-2004)
3. DE ABAJO FJ, GARCIA RODRIGUEZ LA. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with low-dose aspirin as plain and enteric-coated formulations. *BMC Clin Pharmacol* 2001; 1: 1. Disponible en Internet: <http://www.biomedcentral.com/1472-6904/1/1/> (con acceso el 20-01-2004)
4. HAYDEN M, PIGNONE M, PHILLIPS CH, MULROW C. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 136: 161-72.
5. SCHERNHAMMER ES, KANG JH, CHAN AT, MICHAUD DS, SKINNER HG, GIOVANNUCCI E ET AL. A prospective study of aspirin use and the risk of pancreatic cancer in women. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 22-8.
6. HOWARD PA. Aspirin resistance. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1620-4.