

Àcid acetilsalicílic i prevenció primària cardiovascular

En pacients amb risc cardiovascular alt, moderat o baix no es recomana l'ús rutinari d'àcid acetilsalicílic (aspirina) com a prevenció primària cardiovascular.

Resum

- En pacients amb risc cardiovascular alt, moderat o baix (incloent adults d'edat avançada, hipertensos, dislipèmia i diabètics), no està indicat l'ús rutinari d'àcid acetilsalicílic com a prevenció primària cardiovascular.
- L'ús d'àcid acetilsalicílic en pacients amb risc cardiovascular alt, moderat o baix té en general un balanç clínic desfavorable ja que incrementa el risc d'esdeveniments adversos greus (hemorràgies digestives o intracranials) i no redueix la mortalitat.
- GPC basades en evidència aconsellen enfocar la prevenció primària de les malalties cardiovasculars en la modificació de l'estil de vida, activitat física adequada, deixar de fumar, control del pes i tractament de la hipertensió arterial, de la diabetis i de l'elevació dels nivells de colesterol.

Més informació

Les malalties cardiovasculars constitueixen una de les principals causes de mortalitat de la població de Catalunya, tant en homes com en dones, i són més prevalents a mesura que augmenta l'edat. Són causa d'ingressos hospitalaris, consultes mèdiques, despesa farmacèutica i d'exploracions complementàries, absentisme laboral, discapacitat i mortalitat.

En principi, entre els pacients amb risc cardiovascular alt o moderat estan: les persones amb diabetis tipus 1 o 2, hipertensió arterial, dislipèmia o tabaquisme i també altres condicions addicionals com malaltia renal crònica, pacients amb tractament amb immunosupressors, corticoides, antipsicòtics, pacients tractats per VIH, amb antecedents familiars de malalties vasculars majors, pacients obesos, amb consum excessiu d'alcohol i sedentaris [1-4]. Així mateix, en el context Català, hi ha una taula de risc validada per a la població de 35-74 anys (REGICOR), per a poder ajudar a identificar els individus d'alt risc ($\geq 10\%$) de presentar esdeveniments cardiovasculars en els propers 10 anys [5]. En aquest sentit, a Catalunya, segons dades ECAP 2009, en les persones ≥ 75 anys el 18,7% van ser diagnosticats d'hipercolesterolèmia, el 66,8% d'hipertensió arterial i, el 23,9% de diabetis *mellitus* [6]. A més, el 39,1% tenen alguna malaltia cardíaca establerta i el 6,7% malaltia cerebrovascular [6].

L'àcid acetilsalicílic o aspirina (AAS) és un tractament establert en prevenció secundària de malalties cardiovasculars. En canvi, la seva indicació en prevenció primària és controvertida i no està registrada a la fitxa tècnica. La prevenció primària té per objectiu (teòricament) evitar els esdeveniments majors cardiovasculars aguts, com la síndrome coronària aguda 'angina de pit' (amb o sense elevació del ST) o els accidents vasculars cerebrals, en població que presenta factors de risc (per exemple diabetis *mellitus* o edat avançada) i/o risc moderat o alt segons escales com REGICOR de presentar malalties cardiovasculars, però que no ha patit mai un esdeveniment cardiovascular ateroscleròtic (malaltia coronària, vascular cerebral o vasculopatia perifèrica). Per tant, la Pràctica Clínica de Poc Valor (PCPV) consisteix en administrar AAS a dosis baixes (100

mg cada 24 hores per via oral) com a tractament antiagregant plaquetari per evitar esdeveniments majors cardiovasculars en prevenció primària.

Per altra banda, segons les GPC i meta-anàlisis, no hi ha evidència que l'AAS en prevenció primària aconseguixi reduir la mortalitat (total i cardiovascular) ni reduir els esdeveniments majors cardiovasculars (infart de miocardi, ictus) sense augmentar les complicacions o efectes adversos majors del fàrmac, especialment les hemorràgies greus (digestives o intracranials) [1-4,7-12]. Per això, actualment les GPC basades en evidència es posicionen en no recomanar AAS rutinàriament com a prevenció primària de malalties cardiovasculars en persones amb risc ja sigui alt o moderat o baix, és a dir, fins i tot en aquells amb risc alt com són els pacients diabètics tipus 1 o 2, hipertensos, ≥ 70 anys d'edat no està recomanada, ja que el balanç risc benefici seria desfavorable [1-4,7-8].

En aquest sentit, totes les GPC basades en evidència aconsellen predominantment enfocar la prevenció primària de les malalties cardiovasculars en la modificació de l'estil de vida, activitat física adequada, deixar de fumar, control del pes i tractament de la hipertensió arterial, tractament de la diabetis i tractament de l'elevació dels nivells de colesterol, si procedeix en funció del pacient [1-4,7-8].

Pel que fa a l'exposició a esdeveniments adversos, en el darrer any s'han publicat importants meta-anàlisis (analitzant assajos clínics aleatoritzats de bona qualitat [13-16]), per donar resposta a l'efecte de l'AAS en prevenció primària [9-11]. L'administració d'AAS ha mostrat un increment marcat de les hemorràgies majors (gastrointestinals i intracranials) [9-12], sense benefici rellevant, sense reducció de la mortalitat total ni cardiovascular, o bé, en un dels estudis, una modesta reducció dels esdeveniments vasculars sense reducció de la mortalitat [9-11]. És així que es considera una PCPV per la manca de benefici, o el benefici modest, que es veu clarament contra balancejat per l'increment del risc hemorràgic greu, per la qual cosa es desaconsella l'ús d'AAS en la majoria de situacions com a prevenció primària [1-4,7-8,9-11].

No obstant això, podria haver-hi algunes excepcions on l'administració d'AAS podria considerar-se com a prevenció primària en casos individualitzats seleccionats, entre 40-70 anys, amb risc cardiovascular molt elevat (REGICOR $\geq 15\%$) i risc de sagnat baix [1-2]. Cal afegir que es tracta d'una situació molt excepcional, ja que els pacients amb molt risc cardiovascular tenen habitualment també risc hemorràgic incrementat pels propis factors de risc o comorbiditats.

En resum, l'AAS a dosis baixes no hauria d'administrar-se rutinàriament com a prevenció primària cardiovascular, molt especialment en persones de > 70 anys, o amb risc cardiovascular moderat o baix, en les quals no aporta benefici i augmenta significativament les hemorràgies greus. Així mateix, en pacients amb risc cardiovascular alt, per exemple en pacients diabètics, redueix discretament els esdeveniments vasculars sense efecte sobre la mortalitat i augmentant les hemorràgies greus, pel que també es desaconsella rutinàriament. L'administració d'AAS en prevenció primària podria considerar-se únicament en persones molt seleccionades, entre 40-70 anys, amb risc cardiovascular molt elevat i risc hemorràgic baix però realitzant prèviament una decisió informada i compartida amb el pacient.

En conclusió, l'AAS hauria de ser usada infreqüentment en la prevenció primària de malalties cardiovasculars per la falta de benefici net rellevant (reducció de la mortalitat) i l'increment de risc innecessari d'hemorràgies greus en els pacients.

Amb la col·laboració de

- Grup de treball de coordinació entre Atenció Primària i Cardiologia de les Societats Catalana de Cardiologia (SCC) i de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC).

Amb el suport de

- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Societat Catalanoblear de Medicina Interna
- Pla director de malalties vasculars cerebrals
- Societat Catalana de Farmàcia Clínica
- Fundació Institut Català de Farmacologia
- Associació Catalana de Diabetis
- Societat Catalana de Reumatologia
- Societat Catalana de Cardiologia
- Societat Catalana de Neurologia
- Programa d'harmonització farmacoterapèutica - Àrea del Medicament - Servei Català de la Salut

Fonts

- 1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e596-e646.
- 2. *Cardiovascular Disease Risk Assessment and Management for Primary Care*. Wellington (New Zealand): Ministry of Health; 2018.
- 3. National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). *Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Clinical guideline*. London (United Kingdom): NICE; Published date: July 2014. Last updated: September 2016.
- 4. National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). *Evidence report 2018. Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 4-year surveillance (2018)–Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification (2014) NICE guideline CG181*. London (United Kingdom): NICE; 2018.
- 5. *REGICOR. Calculadora de riesgo cardiovascular REGICOR*. Versión 2.1 Abril 2012. Barcelona: Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM).
- 6. Violán C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Pérez E, et al. *Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity*. *BMC Public Health*. 2013;13:251.
- 7. National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). *Guideline Type 2 diabetes in adults: management*. NICE guideline [NG28]. London (United Kingdom): NICE; Published date: December 2015. Last updated: August 2019.
- 8. National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). *Guideline Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management*. NICE guideline [NG17]. London (United Kingdom): NICE; Published date: August 2015 Last updated: July 2016.
- 9. Xie W, Luo Y, Liang X, Lin Z, et al. *The Efficacy And Safety Of Aspirin As The Primary Prevention Of Cardiovascular Disease: An Updated Meta-Analysis*. *Ther Clin Risk Manag*. 2019;15:1129-40.

- 10. Mahmoud AN, Gad MM, Elgendy AY, et al. [Efficacy and safety of aspirin for primary prevention of cardiovascular events: a meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials](#). Eur Heart J. 2019;40(7):607-17.
- 11. Abdelaziz HK, Saad M, Pothineni NVK et al. [Aspirin for primary prevention of cardiovascular events](#). J Am Coll Cardiol. 2019;73:2915-29.
- 12. Freige C, Wright M. [Acetylsalicylic Acid for Primary Prevention of Cardiovascular Events: Clinical Effectiveness and Guidelines](#). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2019. (CADTH rapid response report: summary of abstracts).
- 13. McNeil JJ, Nelson MR, Woods RL, et al. [Effect of Aspirin on all-cause mortality in the healthy elderly](#). N Engl J Med. 2018;379:1519-28.
- 14. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, et al. [Effect of Aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly](#). N Engl J Med. 2018;379:1509-18.
- 15. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, et al. [Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease \(ARRIVE\): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial](#). Lancet. 2018;391:1036-46.
- 16. Bowman, et al. The ASCEND Study Collaborative Group. [Effects of Aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus](#). N Engl J Med. 2018;379:1529-39.

Enllaços d'interès

- National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). Do Not Do Recommendation. [Do not offer aspirin for the primary prevention of cardiovascular disease to adults with type 1 diabetes](#). London (United Kingdom): NICE; Published date: December 2016.
- National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE). Do Not Do Recommendation. [Do not offer antiplatelet therapy \(aspirin or clopidogrel\) for adults with type 2 diabetes without cardiovascular disease](#). London (United Kingdom): NICE; Published date: December 2016.

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.salut@gencat.cat o visitar el web [Essencial](#).