

NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE LA ASPIRINA®



[¿Qué puedo esperar de una Aspirina®?](#)

Durante años se ha recomendado tomar dosis bajas (100mg; e incluso dosis menores) de [Aspirina®](#) (ácido acetil-salicílico) a partir de la quinta década de vida para prevenir accidentes cardíacos y cerebrovasculares, así como para disminuir el riesgo de [cáncer de colon y recto](#). Este punto de vista favorable al uso de la Aspirina® coexistía con una oposición fundamentada en los riesgos asociados al uso continuado.

Desde consideraciones cardiológicas el ácido acetil-salicílico se prescribe como «prevención secundaria» en personas que han sufrido un ataque cardíaco o una hemorragia cerebral; o bien se han sometido a diversas cirugías cardíacas, tales como un [bypass](#) o un [stent](#). Sin embargo, no hay tanta evidencia acerca

de las ventajas de tomar dosis bajas (100mg) de ácido acetil-salicílico de modo anticipatorio a accidentes cardíacos o cerebrovasculares, esto es como «prevención primaria».

¿Qué deberían hacer las personas que ya están tomando ácido acetil-salicílico como «prevención primaria» (sin historia clínica de accidentes cardíacos o cerebrovasculares)?

Se ha demostrado que el uso diario de ácido acetilsalicílico reduce el riesgo de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, pero incrementa el de hemorragia, tanto en el cerebro como en otros órganos (tracto digestivo verbigracia). Este oxímoron farmacológico aumenta con la edad. La decisión de prescripción dependerá de un exquisito balance de las ventajas *versus* los riesgos.

Un [grupo de trabajo](#) creado *ad hoc* dictaminó que en las personas con un rango etario de 40 a 59 años con antecedentes familiares de patología cardíaca es recomendable una dosis diaria de 100mg de ácido acetil-salicílico. Algunos médicos prefieren prescribir *estatinas* (técnicamente «inhibidores de la enzima 3-metil-glutaril~CoA-reductasa»), pero esta decisión esconde no pocas veces razones de índole comercial y promocional favorable a los laboratorios fabricantes de estos fármacos. Las *estatinas* disminuyen las concentraciones plasmáticas de colesterol, sobre todo el LDL-Colesterol (el denominado popularmente «colesterol malo»). [LDL, es el acrónimo en inglés de *Low Density Lipoprotein*, esto es: *lipoproteínas de baja densidad*].

El grado de consenso aumenta cuando se considera el grupo de personas con 60 o más años: este grupo etario no debe usar ácido acetil-salicílico como «prevención primaria», pero sí como «prevención secundaria».

Hace más de dos décadas se propuso la administración diaria, a partir de la 5ª década de vida, de un preparado farmacéutico que contuviese varios principios activos básicos y baratos al objeto de disminuir el riesgo de accidentes cardiovasculares.

A tal fin se llevó a cabo un estudio clínico que apenas tuvo repercusión internacional. En el ensayo participaron 6.838 personas de la provincia de Golestán, Irán, una región con economía rural situada entre Turkmenistán y el

Mar Caspio. El estudio se denominó PolyIran, apócope de *polypill* e Irán, publicándose sus resultados en la revista médica británica The Lancet. El estudio se integraba en otro más ambicioso (Golestan Cohort Study) en el que participaron 50.045 habitantes de la provincia con edades en el rango de 40 a 75 años.

¿Qué principios activos contenía el *preparado farmacéutico* ensayado? [Hidroclorotiazida](#) (12,5mg) + [Enalapril](#) (5mg) + [Aspirina](#)® (81m). En un subgrupo de estudio, el Enalapril (5mg) se sustituía por [Valsartán](#) (40mg). La duración del ensayo fue de 60 meses (5 años), durante los cuales se registraron los accidentes cardiovasculares significativos, hospitalizaciones por síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, muerte súbita, insuficiencia cardíaca y necesidad de intervenciones de revascularización (bypass). El grupo de estudio (personas que recibían el preparado farmacéutico) tuvo menor incidencia de estos problemas médicos en relación con el grupo [placebo](#) (no tratado). De manera significativa no se observaron diferencias en los efectos adversos entre ambos grupos.

A medida que la esperanza de vida aumenta en sociedades con rentas bajas, también se incrementa la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Un cóctel farmacológico como el ensayado podría disminuir la prevalencia de estas enfermedades y contribuiría a una mejor gestión de los escasos recursos sanitarios. Según los más optimistas, se podría reducir la incidencia de muerte de causa cardiovascular entre un 60% y un 80%.

En este punto existen opiniones contrapuestas. De una parte quienes se manifiestan favorables en base a los resultados obtenidos (que habrían de confirmarse con otros en entornos geográficos y culturales diferentes); y la de aquellos que se muestran contrarios arguyendo que no es ético administrar medicamentos a personas sanas solo sobre la base de una estimación estadística de riesgos, inherentes por otra parte al propio (y fisiológico) proceso de envejecimiento. Hay que tener en cuenta que los medicamentos usados tienen efectos adversos cuando se usan a largo plazo, en este caso durante el resto de la vida.

Este tipo de estudios confrontan aspectos de salud pública con indudables aristas éticas. ¿Es adecuado instaurar tratamientos preventivos sobre la base

resultados estadísticos (menor incidencia de enfermedades graves, potencialmente mortales)? Y, al mismo tiempo, ¿es ético negar a la población la posibilidad de acceder a este tipo de tratamientos?

¿Qué se puede afirmar del efecto preventivo de la Aspirina® en el [cáncer de colon y recto](#)?

En el año 2016 se recomendaba tomar Aspirina® (ácido acetil-salicílico) a dosis bajas (100mg), tanto para prevenir accidentes cerebro-vasculares como la aparición del cáncer de colon y recto. El año pasado (2020) estas recomendaciones se reevaluaron y cuestionaron a falta de evidencias clínicas.

La recomendación del uso de Aspirina® como prevención del cáncer de colon y recto se restringió a las personas con genética predisponente (en general, cuando hay antecedentes familiares de esta enfermedad). En este sentido, se considera más apropiado la realización de colonoscopias periódicas a partir de los 45 años, cinco años antes de lo recomendado en la actualidad. Existen, además, medidas que por bien conocidas no está de más repetir: no fumar, evitar un excesivo consumo de carnes y derivados cárnicos procesados, consumir dietas ricas en fibra (sobre todo frutas y verduras), ejercicio adecuado ajustado a la edad, y un consumo moderado de bebidas alcohólicas, evitando los destilados.

Zaragoza, a 18 de noviembre de 2021

Dr. José Manuel López Tricas
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria
Farmacia Las Fuentes
Zaragoza