Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S1035

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1866 - PRESCRIPCIÓN DE AAS COMO PREVENCIÓN PRIMARIA: ENTRE LA EFICACIA Y LA INCERTIDUMBRE

Alejandro Maceín Rodríguez, Alicia Guzmán Carreras, Andrea Bastos Precedo, Andrea María Vellisca González, Sara Miguel Álvarez, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa, Manuel Méndez Bailón y José Luis García Klepzig

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir la práctica clínica habitual en cuanto a la prescripción de ácido acetil salicílico (AAS) como prevención primaria.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los pacientes vivos al alta de un servicio de Medicina Interna en un hospital terciario durante marzo del 2023. Las variables analizadas fueron edad, sexo, situación basal, escala de comorbilidad (Charlson), visitas al servicio de Urgencias, reingreso y mortalidad durante el primer año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS.

Resultados: Se registraron 382 pacientes, teniendo 70 (18,32%) AAS prescrito al alta. De ellos, 58 (83%) tenían indicación como prevención secundaria, 9 (12,86%) como prevención primaria y 3 (4%) no tenían indicación (tabla).

Los pacientes con aspirina como prevención primaria eran en su mayoría mujeres (78%) y presentaron una edad media de 84,7 años (? 4,9). La mayoría tenían una buena situación basal (el 88,9% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria) y una comorbilidad baja (puntuación en el índice de Charlson: 2,44 ± 4,9). La enfermedad renal crónica (88,9%), la hipertensión arterial (88,9%), la anemia (66,7%), el tabaquismo activo (55,6%) y la diabetes mellitus (44,45%) fueron las comorbilidades más frecuentes. En cuanto a la hospitalización, muchos tenían un diagnóstico principal de índole infecciosa (44,4%) y tuvieron una duración de estancia muy heterogénea (12,78 días ± 15,64). Al alta el 100% tenían polifarmacia (? 5 fármacos), incluso en el 66,7% era extrema (? 10). Respecto al AAS, la mayoría (77,8%) tenían una dosis de 100 mg, mientras que el 22,2% restante tenían 150 mg. No obstante, a pesar de que el 44,4% tenían alto riesgo de sangrado, solo se suspendió en el 22,2% de los pacientes. Por último, durante el seguimiento a un año, la mayoría (66,7%) acudió de nuevo al servicio de urgencias, aunque solo el 37,5% requirió ingreso. Ningún paciente de la muestra sufrió un evento cardiovascular, pero sí un episodio de hemorragia grave. Sin embargo, se produjeron 2 *exitus* (uno durante el primer mes y el otro en el primer año), pero ninguno de causa cardiovascular.

AAS (n = 70, 18,32% de la muestra total)

Prevención primaria (n = 9). Principales factores de riesgo:	
Hombres	2 (22,2%)
Edad > 70 años	9 (100%)
HTA	9 (100%)
DM	4 (44,44%)
Dislipemia	6 (66,67%)
Enfermedad renal crónica	7 (77,78%)
Tabaquismo activo	5 (55,56%)
Bajo riesgo de sangrado	5 (55,56%)
Prevención secundaria (n = 58). Principales indicaciones:	
Enfermedad cerebrovascular (ECV)	18 (31,03%)
Cardiopatía isquémica (CI)	17 (29,31%)
Arteriopatía periférica (AP)	5 (8,62%)
Estenosis carotídea (EC)	2 (3,45%)
Doble indicación	7 (12,07%) (4 CI+ECV, 2 CI+AP, 1 ECV+EC)
Trombosis vena central de la retina	3 (5,17%)
Trombocitosis esencial	2 (3,45%)
Otros	4 (6,90%)

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

NO indicado (n = 3)

Discusión: La aspirina como prevención secundaria produce reducciones importantes en la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en prevención primaria, el beneficio absoluto de eventos oclusivos frente al riesgo de hemorragia no está claro, siendo un tema clásicamente controvertido. A pesar de la recomendación en la mayoría de las guías en contra del uso de AAS en mayores de 70 años, en nuestra muestra el porcentaje de pacientes al alta con dicha indicación no es desdeñable. El mantener su prescripción probablemente también esté relacionado con la escasa revisión de tratamientos al alta. Estudios con mayor tamaño muestral podrían representar mejor las características de este tipo de pacientes.

Conclusiones: El uso de AAS en prevención primaria no está claramente definido. A pesar del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes, el riesgo hemorrágico de los mismos obliga a individualizar su prescripción.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.