

❖ ORIGINAL

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Risks of chronic acetylsalicylic acid use: a comparison between primary vs. secondary prevention of cardiovascular disease prescriptions.

Martínez López LA¹, García García C¹, Lara Tejedor JM².

¹Farmacéutico Comunitario en Tiriez, Albacete, España.

²Farmacéutico Comunitario en Albacete, Albacete, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

ABREVIATURAS

421

AAS: Ácido acetilsalicílico.
ECV: Enfermedades cardiovasculares.
PP: Prevención primaria.
PS: Prevención secundaria.
RCV: Riesgo cardiovascular.
AINE: Antiinflamatorios no esteroideos.
ISRS/ISRN: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / noradrenalina.
IBP: Inhibidores de la bomba de protones.
PRMs: Problemas relacionados con los medicamentos.

Parte de este trabajo fue presentado en formato poster en el VIII Congreso Nacional De Farmacéuticos Comunitarios en Alicante (2018).

Fecha de recepción: 29/08/2020 Fecha de aceptación: 2/12/2020

Correspondencia: Luis A Martínez López

Correo electrónico: luisantoniomartinez@redfarma.org

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

RESUMEN

Introducción: El ácido acetilsalicílico (AAS) es el antiagregante de elección en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Sus beneficios en prevención secundaria (PS) han sido claramente demostrados, pero existe controversia en su uso en prevención primaria (PP): los riesgos de sufrir eventos adversos, principalmente hemorragias, pueden superar a los beneficios potenciales del tratamiento. El farmacéutico dispone de las herramientas apropiadas para la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) tanto en PP como en PS.

Objetivos: Estimar la proporción de PP vs. PS en tratamientos con AAS. Evaluar el riesgo hemorrágico y otros PRMs en ambos casos.

Métodos: Estudio observacional y transversal en dos farmacias comunitarias. Se registraron las prescripciones de AAS, variables demográficas y farmacoterapéuticas del paciente. Cada prescripción se asignó a PP o PS según la existencia de enfermedad cardiovascular (ECV) previa. Los PRMs se evaluaron con BOT Plus Web®.

Resultados: 82 dispensaciones de AAS válidas, 47 (57%) correspondían a PP y 35 (43%) a PS. Se encontró asociación estadística entre las variables PP y diabetes. Se detectaron 67 PRMs de los que el 80% (53) suponían un aumento del riesgo hemorrágico. No se apreciaron diferencias significativas para el aumento de riesgo hemorrágico entre PP o PS.

Conclusiones: Encontramos mayor prevalencia de prescripción para el tratamiento crónico con AAS en PP que en PS.

Observamos asociación entre PP y diabetes y entre PS y total de PRMs. No se encuentra asociación entre el aumento de riesgo hemorrágico y PP o PS.

Palabras clave. *Ácido acetilsalicílico; prevención primaria; prevención secundaria.*

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

ABSTRACT

Introduction: Acetyl salicylic acid (AAS) is the antiplatelet drug of choice for long-term treatment of cardiovascular disease. The benefits in secondary prevention (SP) have been thoroughly demonstrated, although it remains unclear whether these benefits may be offset by bleeding complications in primary prevention (PP). Community pharmacist can detect and solve drug related problems (DRPs) involving both SP and PP treatments.

Objectives: To assess PP vs. SP prescription ratio for AAS. To evaluate and analyze DRPs, specially bleeding risk, in both cases.

Methods: It was carried out an observational and cross-sectional study in two community pharmacies. Demographic and therapeutical variables were recorded for each AAS treatment. Prescriptions were assigned to PP or PS group on the basis of previous cardiovascular disease record. DRPs were evaluated using BOT Plus web®.

Results: 82 AAS treatments were recorded. 47 (57%) were PP and 35 (43%) PS. Statistically significant association between PP and diabetes was found. 67 DRPs were recorded, 53 (80%) being related with a higher bleeding risk. As far as bleeding risk is concerned, there was no statistically significant difference between PP and SP in our data.

Conclusions: Long-term treatments with AAS were mainly PP. We found statistically significant association between PP and diabetes and between SP and total DRPs. Nevertheless, no statistically significant differences for bleeding risk between PP and SP were found.

Key words. *Acetyl salicylic acid; primary prevention; secondary prevention.*

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El ácido acetilsalicílico (AAS) es el antiagregante de elección en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Su actividad farmacológica se basa en la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa 1 y el bloqueo de la síntesis de tromboxano A2. El efecto antiagregante se produce a dosis superiores a 30 mg¹, aunque la más prescrita en nuestro país es la de 100 mg. Habitualmente, antes de instaurar una terapia antiagregante se recomienda la valoración individual del paciente. Se realiza atendiendo a sus antecedentes y al riesgo cardiovascular (RCV) calculado a 10 años, cuya evolución se monitoriza a través de controles periódicos. Su uso en pacientes con antecedentes de ECV (prevención secundaria, PS) está ampliamente aceptado y documentado, pero existe mucha controversia en cuanto a su empleo en prevención primaria (PP). El motivo es que el balance entre beneficios y riesgos del tratamiento es muy ajustado, en especial en pacientes con RCV bajo. Los beneficios del tratamiento crónico con AAS en PP tienen su factor limitante en el incremento del riesgo de sangrado, especialmente en el tracto digestivo. Se sabe que dosis bajas de AAS, por sí solas, incrementan el riesgo de hemorragia digestiva². Además, existen otros factores que pueden aumentar la probabilidad de sufrir complicaciones gastrointestinales: antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, terapia combinada con otros antiagregantes o anticoagulantes y el uso concomitante de fármacos gastrolesivos (antiinflamatorios no esteroideos incluidos coxibs³, AINEs, corticoides e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / noradrenalina, ISRS/ISRN, principalmente). Todos ellos incrementan el cociente riesgo/beneficio del tratamiento, mientras que los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) lo disminuyen⁴. Por todos estos motivos, las recomendaciones de distintas autoridades y organismos plasmadas en sus guías terapéuticas no son totalmente homogéneas ni en su contenido ni en sus estrategias⁵⁻⁷.

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

Mediante servicios como la dispensación y la revisión de las prescripciones del paciente, el farmacéutico dispone de información relevante para valorar este extremo. Por una parte, el formato de prescripción electrónica permite la revisión y detección inmediata de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) y su registro de un modo ágil. Por otra, aunque la PP de ECV no se encuentra entre las indicaciones aprobadas en España para algunas de las especialidades que contienen AAS, durante la dispensación es posible discriminar si la prescripción obedece a la existencia de ECV previa o tiene como origen un RCV elevado.

Los objetivos del presente trabajo son:

- Obtener una estimación de la proporción PP vs. PS para pacientes en tratamiento crónico con AAS en nuestra práctica diaria.
- Evaluar el riesgo hemorrágico y otros PRMs detectados en ambos supuestos.

MÉTODOS

425

Estudio observacional y transversal realizado del 22 de enero al 11 de febrero de 2018 en dos farmacias comunitarias. El criterio de inclusión de los pacientes fue solicitar la dispensación de una prescripción oficial de AAS durante el periodo del estudio. Quedaron excluidas las dispensaciones solicitadas indirectamente por cuidadores o familiares y las dispensaciones de prescripciones no electrónicas. Los registros se realizaron de manera anónima, evitando incorporar información que permitiese la identificación del paciente.

Para cada dispensación, se registraron las siguientes variables:

- a) variables demográficas del paciente. Sexo y edad.
- b) variables farmacoterapéuticas del paciente. Diagnóstico de asma, diabetes, tratamientos concomitantes con metotrexato o digoxina, número de problemas de

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

salud y número de medicamentos. Las variables directamente relacionadas con el riesgo hemorrágico fueron: diagnóstico de anemia, criterio de indicación de IBP, prescripción de IBP, tratamientos simultáneos con otros antiagregantes, anticoagulantes y fármacos gastrolesivos.

La prescripción de AAS se asignó como perteneciente al grupo PP o PS en función de si el paciente manifestaba, a pregunta del farmacéutico durante la dispensación, haber padecido ECV previa. Este extremo se corroboraba a través de la revisión de las prescripciones electrónicas activas. Los diagnósticos de asma, diabetes y anemia se basaron en la existencia de tratamiento activo para dichas patologías para cada paciente. Se consideraron fármacos gastrolesivos: AINEs, corticoides orales e ISRS/ISRN. Se consideró que existía indicación de IBP según los criterios disponibles en las guías terapéuticas consultadas⁸.

Para evaluar el riesgo de aparición de PRM se recurrió a las alertas emitidas por la aplicación BOT Plus Web⁹ así como a las guías farmacoterapéuticas, fichas técnicas y casos clínicos más relevantes encontrados durante la revisión bibliográfica.

El análisis estadístico de la base de datos conformada por los registros se efectuó con SPSS 22.0. Las variables cualitativas se describieron con porcentajes y las cuantitativas como medias \pm desviación estándar (DE). Se consideró que existía significación estadística para los casos en los que $p < 0,05$.

RESULTADOS

De un total de 87 dispensaciones registradas de AAS, 82 fueron válidas según los criterios de inclusión/exclusión detallados en Métodos. Excepto una de ellas, correspondiente a una dosis de 300 mg (adiro[®] 300), todas se correspondían con una dosis de 100 mg (adiro[®] 100 n=78, trinomia[®] 100/20/5 n=2, trinomia[®] 100/40/5 n=1).

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

No se recibieron prescripciones de ninguna otra especialidad farmacéutica que contuviese AAS durante el periodo de duración del estudio.

La media de edad de los pacientes fue 72.0 (DE 13.3), comprendida en un rango entre 40 y 97 años. La muestra estuvo formada mayoritariamente por hombres. Por lo que hace referencia a la edad, un elevado porcentaje (próximo al 80%) de individuos fueron mayores de 60 años. El 87% (71) de los pacientes resultaron ser polimedicados (5 medicamentos o más). Tras la dispensación y la revisión de las prescripciones, asignamos el 57% (47) de ellas a tratamientos PP y el 43% (35) a PS. La Tabla 1 resume algunas características de la muestra con los datos tabulados para el total de individuos y diferenciando entre PP y PS.

Variable. n (%)	Total 82 (100)	PP 47 (57)	PS 35 (43)	
Edad. Media (DE)	72.0 (13.3)	72.6 (13.5)	71,0 (13,1)	
18 – 60. n (%)	16 (20)	8 (17)	8 (23)	427
>60. n (%)	66 (80)	39 (83)	27 (77)	
Sexo				
Mujeres. n (%)	34 (41)	21 (45)	13 (37)	
Hombres. n (%)	48 (59)	26 (55)	22 (63)	
Grupos de interés. n (%)				
>60 años	66 (80)	39 (62)	27 (41)	
Asma	12 (15)	2 (17)	10 (83)	
Anemia	8 (10)	4 (50)	4 (50)	
Diabetes	41 (50)	28 (68)	13 (32)	
HTA	45 (55)	23 (51)	22 (49)	
Dislipemia	42 (51)	23 (55)	19 (45)	
N.º Medicamentos. Media (DE)	7,9 (3,6)	7,3 (3,4)	8,9 (3,8)	
N.º Problemas de salud. Media (DE)	4,4 (2,0)	4,1 (1,9)	4,7 (2,0)	

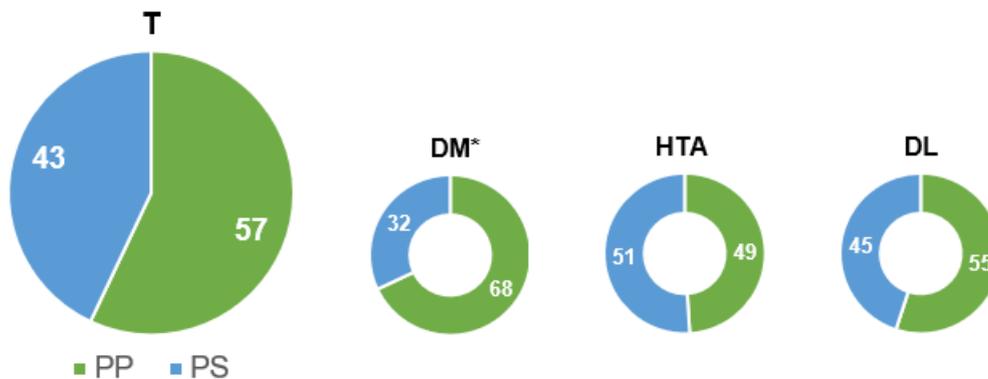
Tabla1: Variables demográficas y clínicas de la muestra tabuladas en función del tipo de tratamiento: prevención primaria (PP) o prevención secundaria (PS).

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

La Figura 1 muestra la distribución de los tratamientos en función de algunos de los factores de RCV registrados. Se encontró asociación estadística para el caso de diabetes y PP ($p < 0.05$). No se vieron diferencias para el resto de las variables estudiadas.



T: total de la muestra. DM: pacientes diabéticos. HTA: pacientes hipertensos. DL: pacientes con dislipemia. * $p < 0.05$.

Figura 1: Porcentajes de prescripciones registradas para PP vs. PS y algunos factores de RCV.

El total de PRMs documentados ascendió a 67 y afectaron a un total de 47 pacientes (57%). 24 PRMs (36%) correspondieron a pacientes que tomaban AAS como PP y 43 PRMs (64%) como PS. Encontramos asociación entre total de PRMs y PS ($p < 0,05$). Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.

Atendiendo únicamente al riesgo hemorrágico, cerca del 80% (53) del total de PRMs están relacionados con el aumento del riesgo de sangrado por tratamiento concomitante con fármacos gastrolesivos y afectan a un total de 38 pacientes. Se registraron 18 tratamientos en los cuales AAS estaba asociado a AINE, 2 a corticoide oral, 13 a ISRS/ISRN, 7 casos a sales de hierro, 7 a anticoagulantes y 6 a otros

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

antiagregantes. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para el aumento de riesgo hemorrágico entre los tratamientos catalogados como PP o PS.

La prescripción de un IBP estaba indicada en el 80% (73) de los pacientes y prescrita solo en el 65% (53), mayoritariamente omeprazol. Se observó asociación entre PS y prescripción de IBP ($p < 0.05$).

	PP n (%)	PS n (%)	TOTAL n (%)
Riesgo de PRM	24 (36)	43 (64)	67 (100)
Contraindicaciones	2	10	12 (18)
Asma	2	10	
Interacciones	-	2	2 (3)
Digoxina	-	2	
Riesgo de sangrado	22	31	53 (79)
AINEs	11 (50)	7 (23)	
Metamizol	7	3	
Dexketoprofeno	2	2	
Ibuprofeno	2	1	
Diclofenaco	-	1	
Corticoide oral	1 (5)	1 (3)	
Prednisona	1	1	
ISRS	4 (18)	9 (29)	
Duloxetina	1	3	
Trazodona	1	1	
Paroxetina	-	1	
Sertralina	1	4	
Venlafaxina	1	-	
Antiagregante	- (-)	6 (19)	
Clopidogrel	-	6	
Anticoagulante	2 (9)	5(16)	
Acenocumarol	2	4	
Rivaroxabán	-	1	
Hierro	4 (18)	3 (10)	
Sulfato ferroso	3	2	
Hierro proteínsuccinilato	1	-	
Ferroglicina sulfato	-	1	

Tabla 2: Riesgos de PRM y su desglose en función del tipo de tratamiento con AAS

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

Tres pacientes fueron derivados al médico de atención primaria para revisar sus tratamientos. Uno de ellos tenía prescrito AAS como PP sin factores de RCV que lo justificase. Los otros presentaban una prescripción de AAS, que tomaban como PS, junto con otro tratamiento activo con anticoagulantes o antiagregantes y una sal de hierro. Los datos de las intervenciones se resumen en la Tabla 3.

Intervención	Tratamiento	Principio activo	Criterios de derivación	Objetivo	Propuesta	Resultado
1	PP	-	Medicamento no necesario	Evaluar necesidad tratamiento AAS	Retirada del tratamiento	Desconocido
2	PS	Rivaroxabán (Xarelto®)	Tratamiento antianémico / incremento del riesgo de hemorragia por aditividad de efectos farmacológicos	Evaluar el incremento del riesgo hemorrágico	Valorar tratamiento combinado	Retirada de AAS
3	PS	Clopidogrel (EFG)	Tratamiento antianémico / incremento del riesgo de hemorragia por aditividad de efectos farmacológicos	Evaluar el incremento del riesgo hemorrágico	Valorar doble antiagregación	Tratamiento doble antiagregación confirmado

430

Tabla 3: Esquema de intervención con los pacientes seleccionados

DISCUSIÓN

La mayor parte de los pacientes de nuestra muestra tienen prescrita una especialidad que contiene AAS como PP (57%). Los datos relativos a la dispensación de medicamentos en las farmacias españolas referidos a 2018¹⁰, Adiro® figura en tercer lugar con 13,1 millones de unidades dispensadas. Además, se ha visto que la prescripción de AAS en PP en población española tiene una prevalencia de uno de cada tres pacientes mayores de

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

70 años con factores de RCV asociados¹¹, lo que sugiere que se trata de una práctica habitual en determinadas circunstancias.

La prescripción de AAS como PP de ECV es bastante controvertida y la evidencia disponible es diversa: mientras que las guías de práctica clínica norteamericanas recomiendan el empleo de AAS en adultos con elevado RCV sin ECV previa, las europeas no lo contemplan para ningún grupo de población⁵⁻⁷. Los ensayos clínicos recientes de mayor importancia apuntan también en la dirección de que los riesgos observados no compensan los beneficios obtenidos en PP tanto en el caso de adultos mayores¹²⁻¹³ (ASPREE), de diabéticos¹⁴ (ASCEND) y de individuos con RCV moderado¹⁵ (ARRIVE), tres de los grupos de especial riesgo. La clave reside en que en el caso de la PP el equilibrio entre los riesgos y los beneficios del tratamiento es muy estrecho y no siempre fácil de evaluar. El posicionamiento actual del AAS en PP establece su empleo en individuos con RCV alto o muy alto a 10 años, con determinadas consideraciones adicionales relativas a la edad, riesgo de sangrado y farmacoterapia de los pacientes¹⁶.

Atendiendo a los criterios STOPP/START de prescripción inapropiada de medicamentos en pacientes mayores¹⁷ la prescripción de AAS como PP podría considerarse como inadecuada. De hecho, se ha constatado que la PP con AAS aparece entre las prescripciones potencialmente inadecuadas más frecuentes en España¹⁸. Recientemente, el ítem que hacía referencia a la PP con AAS fue eliminado en su última versión¹⁹, lo que contribuye al debate acerca de su conveniencia.

Parece claro que, de acuerdo con lo anterior, sería necesario la valoración individual del RCV en cada caso en base a la experiencia acumulada valorando riesgos que conlleva el tratamiento con AAS como PP frente a sus beneficios. Algunas consideraciones que convendría sopesar al tomar esta decisión son las secuelas que puede acarrear un evento hemorrágico, valorar qué factores de RCV presenta el paciente y si se pueden

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

disminuir con un tratamiento alternativo a la antiagregación (reducción de los niveles de colesterol, glucosa o tensión arterial) y la existencia de otros tratamientos antiagregantes alternativos.

Tanto el status diabético como la edad se asocian, por sí mismas, con una elevación del RCV. En este sentido, destaca que la PP en pacientes diabéticos de nuestra muestra supone cerca del 60% (28) del total de los tratamientos estudiados. Otro tanto sucede en el caso de HTA y/o dislipemia, lo que confirma la práctica de PP en pacientes que presentan varios factores de riesgo cardiovascular en nuestra muestra. Además, en el caso de diabéticos encontramos diferencias estadísticas entre los tratamientos como PP y PS. Esto puede indicar que la diabetes es uno de los factores de RCV que más influyen en la decisión de instaurar un tratamiento con AAS como PP. La elevada prevalencia de diabetes en nuestro país y el hecho de que se ha estimado que el 21% de los pacientes diabéticos toman AAS como PP²⁰ pueden explicar la alta proporción de estos tratamientos. Además, HTA y dislipemia son también factores de RCV muy prevalentes en nuestro entorno y, pese a no haber encontrado diferencias significativas en nuestra población, podrían ser el motivo para la indicación de AAS como PP (Tabla 1) en los casos de pacientes que presenten un RCV más elevado¹¹.

En el caso de pacientes mayores, es frecuente la presencia de una o más patologías crónicas y tratamientos farmacológicos asociados que deben ser tenidos en consideración ya que aumentan la posibilidad de que aparezcan PRMs. El número de PRMs que hemos detectado es relativamente elevado e implicaba al 57% de los pacientes. Un porcentaje relevante de ellos están relacionados con el aumento del riesgo de hemorragia por tratamientos con un segundo AINE, con antidepresivos ISRS/ISRN, con anticoagulantes o con otros antiagregantes.

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

La valoración de la indicación de un segundo AINE y/o de su tipo para cada paciente parece asumible, pudiéndose optar por un principio activo alternativo a criterio del prescriptor. En el caso de los antidepresivos y otros antiagregantes o anticoagulantes, la modificación de los tratamientos puede resultar más compleja. Por este motivo está indicada la prescripción de un IBP para disminuir el riesgo hemorrágico. Por una parte, del estudio de nuestra muestra se extrae la conclusión de que uno de cada tres pacientes para los que la prescripción de un IBP está indicada no lo tienen prescrito, por lo que el margen de reducción del riesgo hemorrágico por esta vía parece interesante, especialmente en el caso de tratamientos de PP. Sin embargo, la adición de un nuevo fármaco podría también incrementar la aparición de PRMs. Pese a que los IBPs son fármacos con un buen perfil de seguridad, son conocidas sus interacciones con principios activos como acenocumarol y clopidogrel, que podrían contribuir a desplazar la relación riesgo / beneficio a valores desfavorables²¹. Además, recibir un IBP podría llevar a otros PRMs no directamente relacionadas con la antiagregación, como la disminución de la absorción de vitamina B12 o de hierro.

Otro punto que destacar de los resultados de nuestro estudio es que en los PRMs encontramos 12 tratamientos con AAS en pacientes con tratamiento para el asma, asociación contraindicada en ficha técnica. Esta contraindicación, que se presenta mayoritariamente en el caso de tratamientos como PS, parece la responsable de la asociación que se observa entre la existencia de PRMs y los tratamientos como PS (Tabla 2). Pese a que el problema no se relaciona directamente con el riesgo de sangrado, estos pacientes serían candidatos para que el médico prescriptor valorase la idoneidad del tratamiento en su conjunto. Dentro del ámbito de la farmacia comunitaria se podría plantear su seguimiento farmacoterapéutico personalizado como medida de control.

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

Teniendo en consideración exclusivamente los PRMs relacionados con el incremento de riesgo de sangrado, no hemos encontrado asociación entre ninguna de las variables estudiadas al diferenciar entre tratamientos de PP y de PS. Esto concuerda con el hecho de que la relación riesgo / beneficio favorable para empleo de AAS en PS se deba más al elevado RCV de estos pacientes que a diferencias en el riesgo hemorrágico.

El diseño del trabajo no contemplaba la intervención farmacéutica con los pacientes, aunque nos ha permitido identificar candidatos que podrían beneficiarse de un estudio más detallado y ofertarles su inclusión en algún servicio farmacéutico asistencial.

Dos pacientes fueron derivados al médico de atención primaria por particularidades de su farmacoterapia, que hacían sospechar la posibilidad de que presentasen pérdidas hemorrágicas crónicas. El criterio de intervención fue la prescripción conjunta de AAS, un antiagregante / anticoagulante y un tratamiento para anemia ferropénica (uno de cuyos orígenes son pequeñas pérdidas gastrointestinales). El *feed back* obtenido tras las intervenciones ha contribuido al ajuste de sus tratamientos y, por consiguiente, a la disminución del riesgo de sangrado que inicialmente habíamos detectado (Tabla 3).

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es que se ha realizado solamente en dos farmacias comunitarias y durante un corto periodo de tiempo. Esto lleva a una segunda limitación: el pequeño tamaño muestral con el que hemos trabajado. Pese a ello, los resultados obtenidos concuerdan con lo descrito en la literatura, lo que permite una discusión apropiada de los mismos.

En cuanto a posibles sesgos, reiterar que la inclusión de los pacientes en el grupo de PP o PS la asigna el farmacéutico según manifiesta el propio paciente durante la dispensación. Si bien es cierto que también se valoran las prescripciones electrónicas activas, no es posible realizar una asignación totalmente objetiva sin gozar de acceso a la historia clínica del paciente. Además, no se ha considerado ninguna corrección que

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

contemple la naturaleza del entorno de las farmacias participantes (rural o urbano) y que podría tener influencia en algunas de las variables de la población objeto del estudio.

CONCLUSIONES

A pesar de lo controvertido que resulta la prescripción de antiagregantes sin que exista ECV establecida, en nuestra muestra encontramos mayor número de pacientes tratados de manera crónica con AAS como PP que como PS. El principal PRM del tratamiento con AAS es el incremento del riesgo de sangrado. No se han encontrado diferencias significativas al respecto entre PP y PS. Se ha visto asociación entre PS y el número total de PRMs, probablemente consecuencia de la polimedicación y pluripatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patrono C, et al. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Atherothrombosis. *N Engl J Med.* 2005; 353(22): 2373–2383. doi:10.1056/nejmra052717
2. Pistors R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: The Euro Heart Survey. *Chest.* 2010; 138 (5): 1093-1100. doi: 10.1378/chest.10-0134
3. Nota informativa de la AEMPS sobre antiinflamatorios selectivos de la COX2. [citado diciembre 2019] Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/2005/ni_2005-05_antiinflamatorios_cox_2/
4. García-Rayado G, et al. Aspirin and omeprazole for secondary prevention of cardiovascular disease in patients at risk for aspirin-associated gastric ulcers. *Expert review of clinical pharmacology.* 2017;10(8): 875-888. doi:10.1080/17512433.2017.1324782
5. Piepoli MF, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical. *Eur Heart J.* 2016; 37: 2315–81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
6. Royo-Bordonada MA, et al. Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90: e1-e24. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.12.007

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

7. Arnett DK, 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: e596–e646. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678
8. Grupo de trabajo sector I Zaragoza SALUD. Empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Guía de práctica clínica. [Internet]. [citado diciembre 2019] Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fc0s_completa.pdf
9. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos de Medicamentos y Productos Sanitarios. BOT PLUS WEB. Madrid, CGCOF; 2020. [citado febrero 2020] Disponible en <https://botplusweb.portalfarma.com>
10. Observatorio del medicamento FEFE. [citado abril 2020] Disponible en http://fefe.com/wp-content/uploads/2019/03/Observatorio-del-Medicamento_enero19LP.docx
11. Rodríguez-Martín S, et al. Prevalencia de prescripción del ácido acetilsalicílico a dosis bajas en prevención primaria en población española, evolución temporal y factores asociados. *Med Clin*. 2020; 155 (3): 104-111. doi: 10.1016/j.medcli.2019.10.012
12. McNeil JJ, et al. Effect of aspirin on disability-free survival in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018; 379: 1499–508. doi: 10.1056/NEJMoa1800722
13. McNeil JJ, et al. Effect of aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018; 379: 1509–18. doi: 10.1056/NEJMoa1805819
14. Bowman L, et al. ASCEND: A Study of Cardiovascular Events in Diabetes: Characteristics of a randomized trial of aspirin and of omega-3 fatty acid supplementation in 15,480 people with diabetes. *Am Heart J*. 2018; 198: 135-144. doi: 10.1016/j.ahj.2017.12.006
15. Gaziano JM, 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 ;392(10152): 1036-1046. doi:10.1016/S0140-6736(18)31924-X
16. Jiménez N. et al. Papel de la aspirina® como tratamiento antiagregante en prevención primaria. Puesta al día. *Med Clin*. 2019; 153 (8): 326-331. doi: 10.1016/j.medcli.2019.05.024
17. Silveira ED, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009; 44(5), 273-279. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.017
18. Salgueiro E, et al. Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(5):274–8. doi: 10.1016/j.regg.2018.03.001
19. Gallo C, et al. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*. 2015; 18(49): 124-129.

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

20. Nardulli G, et al. Riesgo de hemorragia digestiva con aspirina y antiagregantes plaquetarios. Gastroenterol Hepatol. 2009 ;32(1): 36–43. doi: 10.1016/j.gastrohep.2008.02.001
21. Martínez LA. Riesgo de resultados negativos asociados a inhibidores de la bomba de protones: revisión de las prescripciones electrónicas en pacientes polimedicados. Farmacéuticos Comunitarios. 2017; 9(2): 39-45. doi:10.5672/FC.2173-9218. (2017/Vol9).002.