

# Comentario del Documento de posicionamiento de la RedeGedaps sobre el uso de ácido acetilsalicílico en la DM2. Posicionamientos 2010

Francisco Javier García Soidán

Médico de Familia del Centro de Salud de Porriño. Coordinador del Grupo de Diabetes de la AGAMFEC

Cad Aten Primaria  
Año 2010  
Volume 17  
Páx. 284-285

El documento se puede ver en

<http://redgedaps.org/index.php?idregistro=397&PHPSESSID=6a11b8cd180d2be0ddc8cbc3dc65d00d>



## Pregunta:

¿Debe recibir tratamiento con aspirina el paciente con diabetes mellitus sin enfermedad cardiovascular conocida?

## 1.- INTRODUCCIÓN

La indicación de aspirina en prevención primaria de enfermedad cardiovascular (CV) en pacientes con diabetes sigue siendo objeto de debate. Se ha equiparado durante muchos años el riesgo de sufrir un evento CV de un paciente con diabetes al de un paciente sin diabetes que ya ha sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM). El metanálisis de Bulugahapitiya et al demostró que esto no era cierto ya que los diabéticos sin antecedentes de IAM tienen un riesgo 43% inferior de presentar un evento CV coronario (OR 0,56; IC 95%: 0,53 – 0,60) que los pacientes no diabéticos con antecedentes de IAM. Tras esta publicación se ha puesto en duda el abordaje terapéutico del paciente con diabetes como el de un paciente en prevención secundaria, y especialmente se ha cuestionado la indicación de aspirina en pacientes sin enfermedad CV conocida. Los individuos con diabetes mellitus sin enfermedad CV pueden tener marcadas diferencias en aspectos como el control metabólico, la resistencia a la insulina, la duración de la enfermedad, y, por lo tanto, el grado de enfermedad CV subclínica. Los resultados de tres metanálisis publicados en el año 2009 aportan nuevos datos a este debate.

## 2.- PREVENCIÓN PRIMARIA CON ASPIRINA EN EL PACIENTE CON DIABETES

### 2.1.- Estudios randomizados de aspirina vs. control realizados únicamente con pacientes con diabetes:

Ninguno de los estudios publicados que incluyen únicamente pacientes con diabetes ha demostrado diferencias significativas en el riesgo

de aparición de eventos CV entre los tratados con aspirina y el grupo control.

ETDRS. ECA\*. (1992); POPADAD ECA doble ciego, 2x2 (2008); JPAD ECA abierto (2008)

\*ECA: ensayo clínico aleatorizado

### 2.2.- Estudios randomizados de aspirina vs control con una muestra amplia de diabéticos:

Physicians Health Study. ECA doble c(1989); Primary Prevention Project (PPP). ECA abierto con diseño factorial 2x2. (2001); Women's Health Study (WHS) ECA (2005)

### 2.3.- Metanálisis

En el año 2009 se han publicado tres metanálisis realizados con los estudios expuestos hasta ahora:

Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: metaanalysis of randomised controlled trial.

De Berardis et al. 6 estudios (PHS, ETDRS, PPP, WHS, POPADAD, JPAD)

Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in patients with diabetes: A meta-analysis. Zhang et al.

7 estudios (PHS, ETDRS, HOT, PPP, WHS, POPADAD, JPAD)

Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events. A systematic review and meta-analysis comparing patients with and without diabetes. Calvin et al. 8 estudios (PHS, ETDRS, HOT, PPP, WHS, APLA-SA1, POPADAD, JPAD)

\* Los estudios están especificados completamente en el documento completo en pdf

### 3.- Posibles explicaciones de la falta de evidencia del beneficio de la aspirina en prevención primaria en el paciente diabético

Actualmente no disponemos de una evidencia clínica suficiente para aconsejar el uso de aspirina en prevención primaria en población general.

En población diabética las evidencias a favor de la antiagregación son todavía más escasas. Puede haber varias explicaciones para este hecho, que podrían no ser excluyentes. La primera sería la calidad metodológica de las revisiones realizadas. Los autores de los tres metanálisis mencionados, están de acuerdo a la hora de comentar las importantes limitaciones que poseen sus trabajos ya que los estudios incluidos presentan una gran heterogeneidad. Los estudios difieren mucho entre ellos en cuanto a la dosis de aspirina, la duración del seguimiento y las características de los participantes, y muchos de ellos presentan problemas de potencia estadística. Otro aspecto a tener en cuenta son los múltiples factores que han podido intervenir en la aparición de la enfermedad CV, como pueden ser los factores de riesgo CV, su grado de control, así como fármacos como estatinas e IECAs que no se han considerado en los estudios realizados y por lo tanto no pueden ser evaluados tampoco en los metanálisis. También se ha postulado la idea de que el paciente con diabetes presente una idiosincrasia en su respuesta a la aspirina. Se han escrito múltiples artículos sobre la importancia de la hiperglicemia, la hiperinsulinemia, la hiperreactividad plaquetar y las alteraciones en la coagulación sanguínea que presentan estos pacientes y que podría conferirles una resistencia especial al fármaco.

**Por lo anteriormente comentado, la RedGedaps concluye:  
En el momento actual no hay ninguna evidencia que justifique la prescripción de aspirina en el paciente con diabetes sin enfermedad cardiovascular conocida.**

Las intervenciones que deben ser priorizadas en pacientes con diabetes son sobre control de la presión arterial, de los niveles de colesterol, control glucémico y hábito tabáquico

## **COMENTARIO AL POSICIONAMIENTO DE LA REDGEDAPS SOBRE EL USO DE ASPIRINA EN PACIENTES CON DIABETES:**

Una de las principales funciones de las Sociedades científicas y de los grupos de expertos es la de analizar las evidencias que existen en relación a los diferentes campos de la medicina y en base a ellas generar recomendaciones para que sean aplicadas por el conjunto de profesionales sanitarios encargados de la asistencia a los pacientes.

Desde que un grupo de expertos genera una recomendación hasta que esta es conocida y aplicada de manera generalizada por los profesionales suelen pasar varios meses e incluso años, y del mismo modo cuando es necesario modificar una recomendación en base a las evidencias generadas por los nuevos estudios produce una cierta inercia al cambio.

Éste es el caso de la recomendación acerca del uso de dosis bajas de ácido acetyl salicílico en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2. Hasta hace poco mas de un año prácticamente todas las Sociedades Científicas promovían su uso generalizado en todos los pacientes con diabetes con un grado de recomendación A (el máximo grado de recomendación), sin embargo en base a los nuevos estudios publicados esta recomendación ha tenido que ser modificada debido a la falta de eficacia del uso de aspirina en prevención primaria de eventos cardiovasculares en diabéticos.

En este sentido la RedGedaps que es una de las Sociedades de referencia en lo relativo al manejo de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria en España ha elaborado su posicionamiento en base a las nuevas evidencias.

Por lo tanto a partir de ahora tendremos que modificar nuestro hábito de prescripción de aspirina en diabéticos, utilizándolo tan solo en aquellos que ya tienen enfermedad cardiovascular (prevención secundaria).