

Beneficios aditivos de la pravastatina y la aspirina en la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular

Diversos ensayos aleatorizados de prevención secundaria han demostrado que tanto la pravastatina como la aspirina reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular. La pravastatina ejerce un efecto predominantemente antiaterogénico, mientras que la aspirina es antiagregante, si bien el posible efecto aditivo no es bien conocido.

Este estudio exploró dicha posibilidad analizando los datos de dos grandes ensayos: LIPID (*Long-term Intervention With Pravastatin in Ischaemic Disease*) y CARE (*Cholesterol and Recurrent Events*), ambos diseñados para analizar el beneficio clínico del tratamiento hipolipidemiante.

En todos los análisis realizados se comprobó la existencia de beneficios aditivos de la administración de pravastatina y aspirina: la reducción del riesgo relativo de infarto de miocardio fatal o no fatal fue del 31 % para pravastatina más aspirina frente a aspirina sola y del 26 % para pravastatina más aspirina frente a pravastatina sola. En el caso de ictus isquémico las correspondientes reducciones fueron del 29 % y 31 %. Para la variable compuesta de mortalidad de causa coronaria, infarto de miocardio no fatal, cirugía de by-pass coronario, angioplastia coronaria o ictus isquémico, la reducción del riesgo relativo en ambos casos fue del 24 % y 13 %. En todos los casos estas reducciones fueron estadísticamente significativas.

En conclusión, el uso combinado de estatinas y aspirina en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular puede contribuir a reducir la morbimortalidad.

Hennekens CH, Sacks FM, Tonkin A, Jukema JW, Byington RP, Pitt B, et al. Additive benefits of pravastatina and aspirin to decrease risks of cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2004;164:40-4.

Comentario

Numerosos trabajos de investigación, tanto clínica como experimental, han demostrado el efecto

antiaterogénico de las estatinas cuando se administran antes o después de una complicación cardiovascular aguda. Además, los ensayos de prevención secundaria en pacientes estables han mostrado que los beneficios de las estatinas empiezan a observarse al año del inicio del tratamiento. Por su parte, la aspirina tiene un efecto antiagregante inmediato. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se ha hipotetizado que ambos fármacos podrían ejercer un efecto aditivo en la reducción de la enfermedad cardiovascular.

Se ha especulado que dicho efecto aditivo puede estar relacionado con las propiedades antiinflamatorias de las estatinas, sobre las que la aspirina puede contribuir de forma positiva. La población que podría beneficiarse de dicho tratamiento combinado es muy amplia. Sólo en EE.UU. hay más de 12,4 millones de pacientes que han sobrevivido a una complicación cardiovascular mayor y son candidatos para el uso de estatinas y aspirina. Teniendo en cuenta que aproximadamente un 3 % tienen contraindicado el uso de estatinas y otro 16 % el de aspirina, quedan un amplio grupo de 10,4 millones susceptibles de recibir el tratamiento combinado. Sin embargo, en una revisión nacional de 165.000 pacientes con enfermedad coronaria sin contraindicación o intolerancia a dichos fármacos sólo el 37 % recibía estatinas y el 77 % estaba tratado con aspirina. A la vista de la infrautilización del tratamiento combinado, los resultados de este estudio sobre el efecto aditivo de la combinación sugieren que el aumento de la utilización de ambos fármacos puede suponer una mejora en las tasas anuales de morbilidad y mortalidad cardiovascular en pacientes en prevención secundaria.

J Segura