



**ANTIAGREGACIÓN EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL
RIESGO VASCULAR**

¿CON QUÉ Y A QUIÉN?

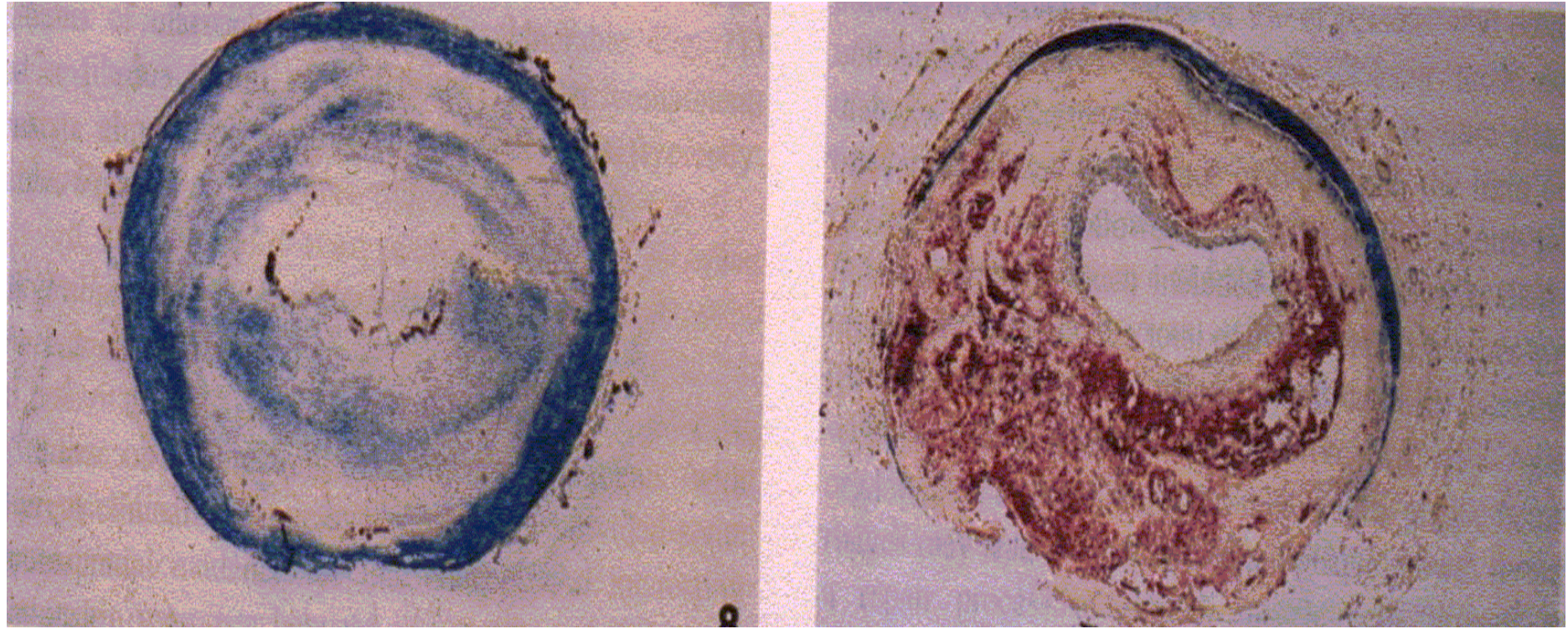
A. POSE REINO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

ATEROTROMBOSIS: E. CRÓNICA:



Poco colesterol
Poca inflamación
Muchas CML
Cápsula fibrosa gruesa



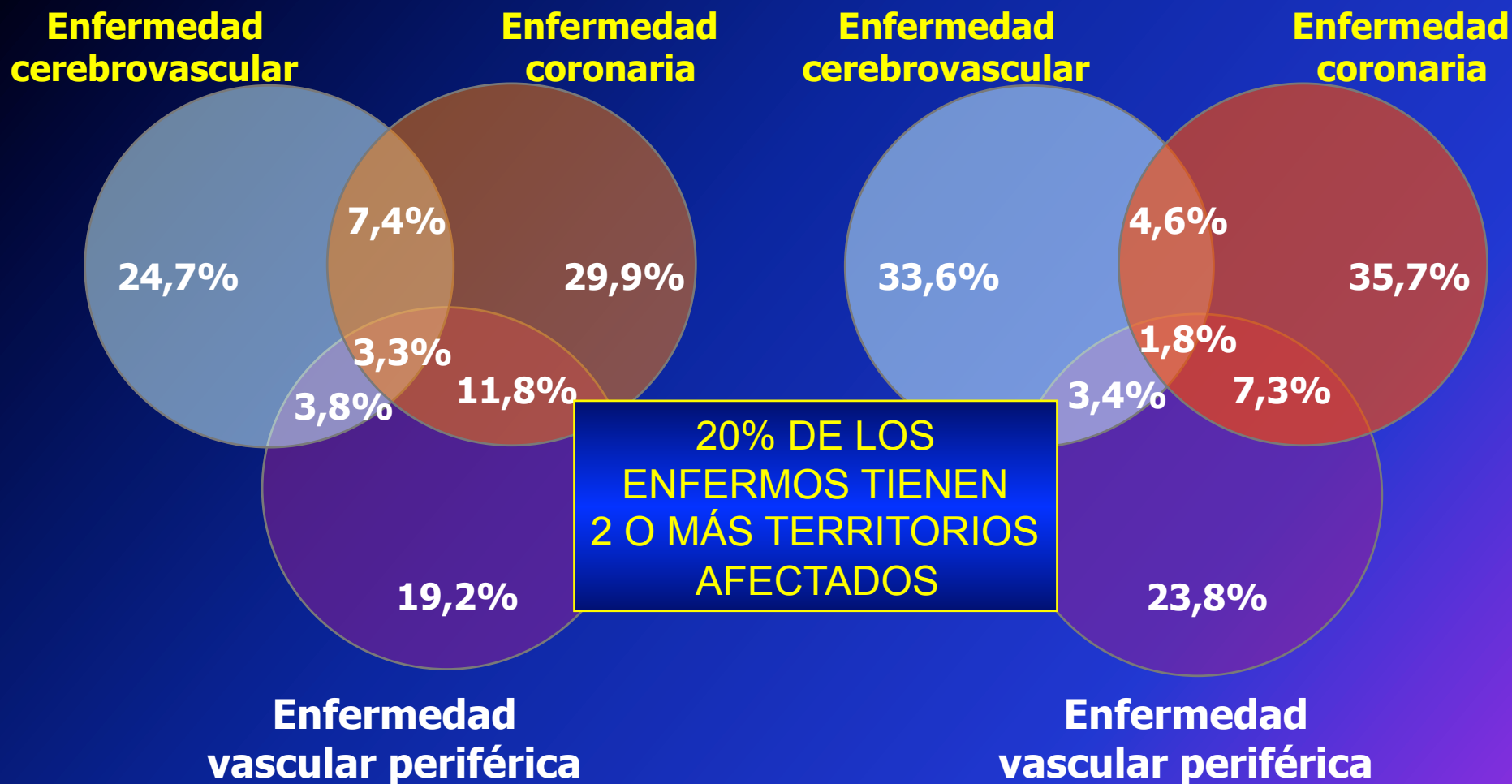
estable, no vulnerable,
No complicada o inactiva

Mucho colesterol
Mucha inflamación
Pocas CML
Cápsula fibrosa delgada

VULNERABLE

Formación de la placa aterosclerótica

ARTEROTROMBOSIS ENFERMEDAD SISTÉMICA



CAPRIE (n=19.185 pacientes)
Coccheri S. *Eur Heart J* 1998; 19 (suppl):P1268

ADA (n=3.821 pacientes)
Castillo J et al. *Rev Clin Esp* 2002; 202:202-208

La aterotrombosis mata



ARTEROTROMBOSIS: ENFERMEDAD SUBCLÍNICA



Clínica:

Progresión de placa/Ruptura

Enf isquémica

Revascularización

Subclínico:

Aterosclerosis difusa

Inflamación prolongada

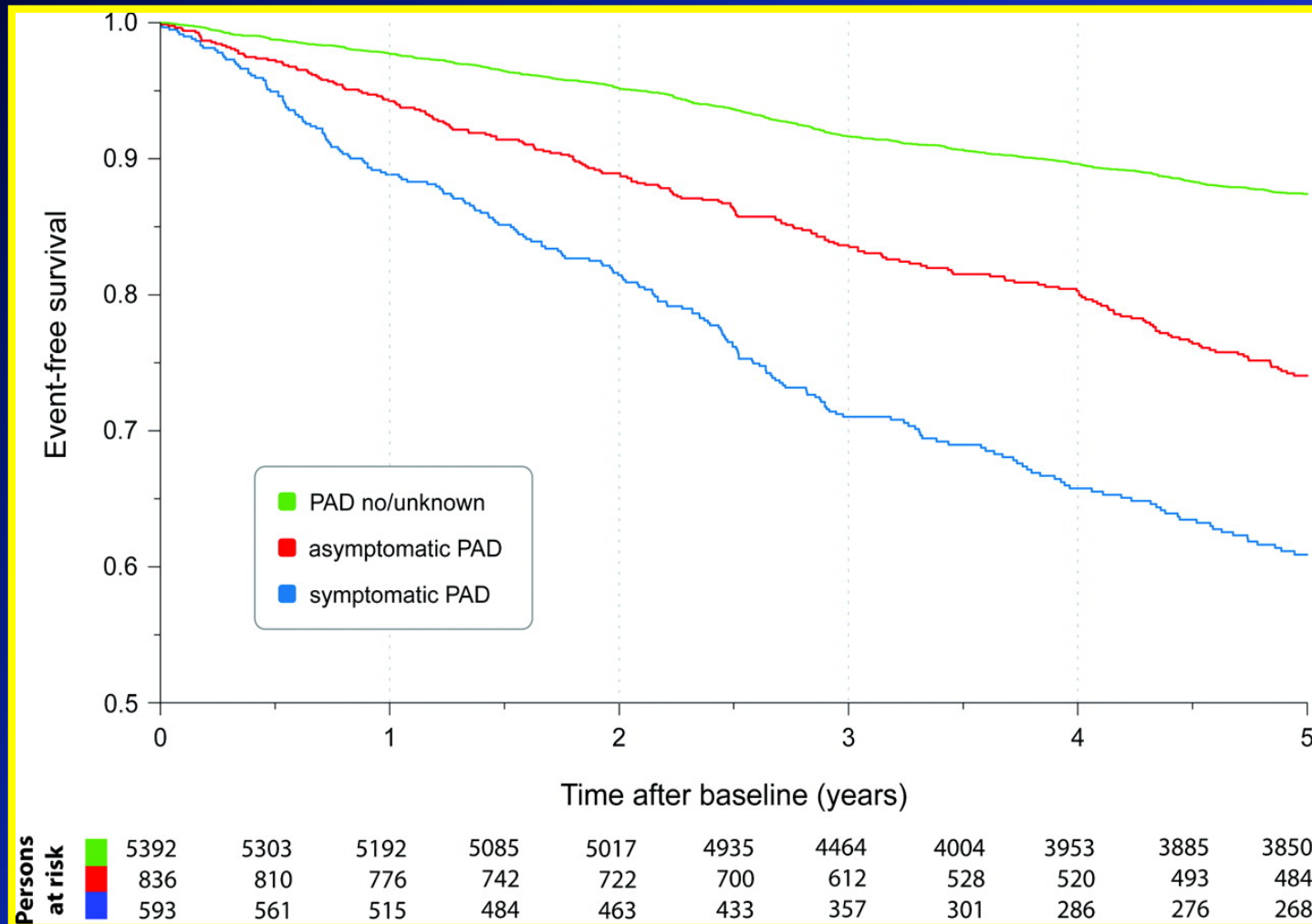
Plaquetas activadas

Estado de hipercoagulabilidad

Disfunción endotelial

Estrés oxidativo

EVENT-FREE SURVIVAL BY PAD STATUS AT 5 YEARS



Diehm, C. et al. *Circulation* 2009;120:2053-2061

- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

Principales estudios clínicos randomizados en prevención primaria

dosis bajas

Variable	BMD (9)	PHS (10)	TPT (11)	HOT (12)	PPP (13)	WHS (4)
Year of publication	1988	1989	1998	1998	2001	2005
Location	United Kingdom	United States	United Kingdom	Worldwide	Italy	United States
Sample	Male physicians	Male physicians	Men at high risk for heart disease	Men and women with diastolic blood pressure 100–115 mm Hg	Men and women with >1 cardiovascular risk factor	Female health professionals
Patients, <i>n</i>	5139	22 071	5085	18 790	4495	39 876
Women, %	0	0	0	47	58	100
Age, y	<60 (46.9%) 60–69 (39.3%) 70–79 (13.9%)	Mean, 53 (range, 40–84)	Mean, 57.5 (range, 45–69)	Mean, 61.5 (range, 50–80)	<60 (29%) 60–69 (45%) 70–79 (24%)	Mean, 54.6 45–54 (60.2%) 55–64 (29.5%) ≥65 (10.3%)
Duration of therapy, y†	5.8	5	6.8	3.8	3.6	10.1
Aspirin dosage	500 mg/d	325 mg every other day	75 mg/d (controlled release)	75 mg/d	100 mg/d	100 mg every other day
Additional therapies	None	β-Carotene (50% of patients)	Warfarin†	Felodipine with or without ACE inhibitor or β-blocker	Vitamin E (300 mg/d)	Vitamin E (600 IU every other day); β-carotene (discontinued after 22.8 mo)
Control	No placebo	Placebo	Placebo	Placebo	No placebo	Placebo
Blinding	Open-label	Double-blind	Double-blind	Double-blind	Open-label	Double-blind
Adjudication	Cardiologist or neurologist blinded to treatment reviewed reported myocardial infarctions, strokes, and TIAs and classified them as definite, probable, or doubtful	End points committee of physicians, including 2 internists, 1 cardiologist, and 1 neurologist, all blinded	Research nurse annually searched notes for possible end points whether the man was still taking trial treatment; Office of National Statistics provided information on end points for men who had moved away from their GP	Verification of all reported events by the blinded Independent Clinical Event Committee	End points assured by ad hoc committee	Medical records reviewed by blinded end points committee of physicians
Study quality	Fair§	Good§	Good§	Good§	Fair§	Good

	Number of participants	Male	Age, years	Blood pressure (SBP/DBP), mmHg	Total cholesterol, mmol/L	Current smokers	Body mass index, kg/m ²	Diabetes mellitus	Hypertension	Any vascular disease
Primary prevention trials										
British Doctors Study	5139	100%	61 (7)	136 (17) / 83 (10)	-	31%	24.4 (2.5)	2%	10%	8%
US Physicians Health Study	22071	100%	53 (10)	126 (12) / 79 (8)	5.5 (1.2)	11%	24.9 (3.0)	2%	24%	1%
Thrombosis Prevention Trial	5085	100%	57 (7)	139 (18) / 83 (10)	6.4 (1.0)	41%	27.4 (3.6)	2%	16%	<1%
Hypertension Optimal Treatment Trial	18790	53%	61 (7)	170 (14) / 105 (3)	6.0 (1.1)	16%	28.4 (4.7)	8%	100%	3%
Primary Prevention Project	4495	43%	64 (8)	145 (16) / 85 (8)	6.1 (1.2)	15%	27.6 (4.7)	17%	68%	4%
Women's Health Study	39876	0%	54 (7)	124 (13) / 77 (8)*	5.2 (1.0)*	13%	26.0 (5.1)	3%	26%	<1%

ESTUDIOS RANDOMIZADOS DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PREVENCIÓN PRIMARIA:

> 95000 personas

	n	Dosis (mg/día)	Seguimiento (años)	Perfil del paciente	Resultados significativos	Hallazgos adicionales significativos
PHS	22.071	325 (días alternos)	5	Médicos ♂	↓ 44% en IM	↓ 14% diabetes
TPT	5.085	75	6,8	♂ británicos de alto riesgo	↓ 20 % EC ↓ 32 % ECV no fatales	
HOT	18.790	75	3,8	PAD = 100-115 mm Hg	↓ 15% ECV graves ↓ 36% IM	<i>Si creatinina >1,3:</i> ↓ 45% ECV graves ↓ 86% IM ↓ 45% mortalidad CV ↓ 39% mortalidad total
PPP	4.495	100	3,6	1 factor de riesgo CV o +	↓ 43% mortalidad CV ↓ 23% eventos CV	
WHS	39.874	100 (días alternos)	10,1	♀ sanitarias	↓ 17% ictus total ↓ 24% ictus isquémico ↓ 45% ictus no fatal ↓ 39% en AIT	♀ <i>de > 65 años:</i> ↓ 26% ECV severos ↓ 30% ictus isquémico ↓ 34% IM
CLIPS	336	100	1,7	EAP estadio I-II ITB m ~ 0.65	↓ 64% ECV severos ↓ 82% ECV + isquemia crítica de las piernas ↓ 82% en IM	

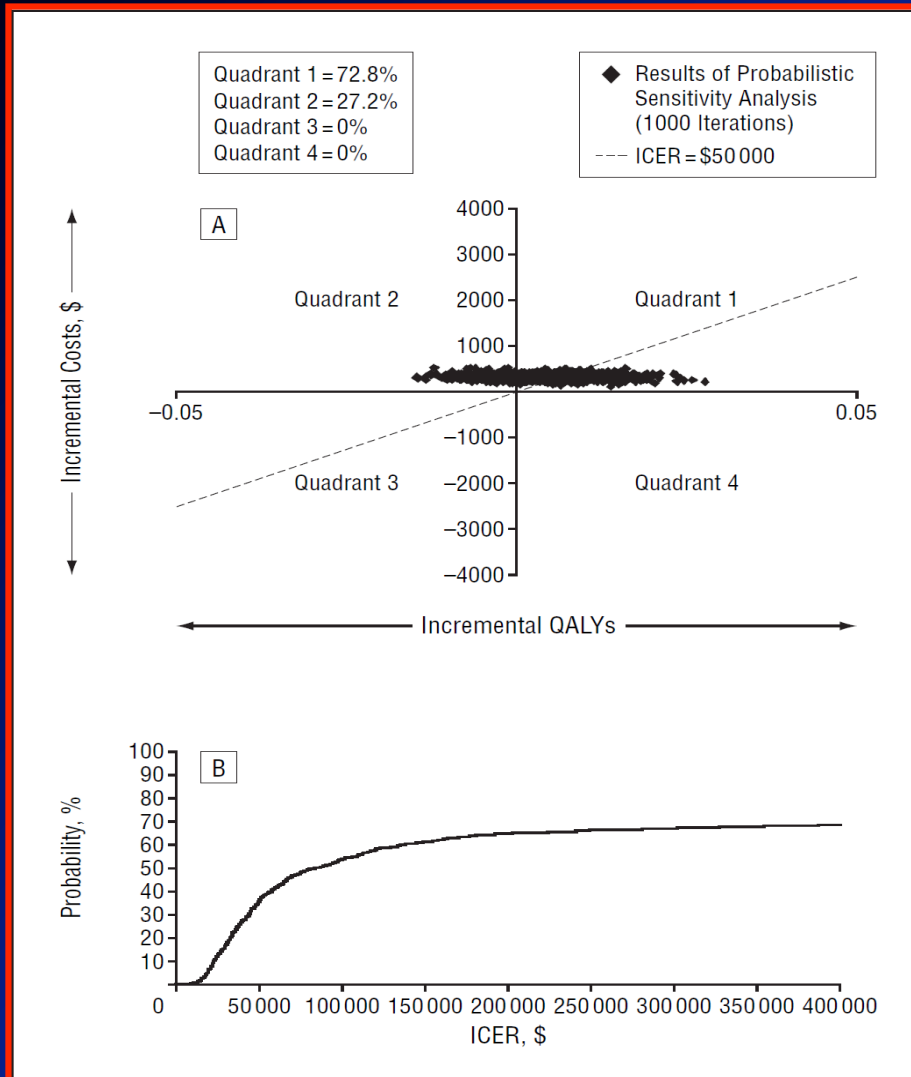


Figure 6. Probabilistic sensitivity analysis and cost-effectiveness acceptability curve. A, Results of the probabilistic sensitivity analysis for the base case of 65-year-old women at moderate cardiovascular risk. Each dot represents 1 iteration of the model. The y-axis represents incremental costs of aspirin compared with no therapy. The x-axis represents net quality-adjusted life-years (QALYs) with aspirin compared with no therapy. The diagonal line represents a cost per QALY gained of \$50 000 in quadrant 1. B, The y-axis represents the probability that the cost per QALY gained is less than or equal to the values listed on the x-axis. ICER indicates incremental cost-effectiveness ratio.

Conclusions: Aspirin use appears to have a favorable cost-utility ratio for older women with moderate cardiovascular risk, but firm conclusions about its effects are limited by the imprecision of available evidence, which comes mainly from 1 trial. Aspirin is indicated for women at higher risk for stroke but should not be prescribed for low-risk women, including most younger women.

Arch Intern Med. 2007;167:290-295

THE LANCET

Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials

*Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration**

En prevención primaria:

(6 estudios; 95.000 pacientes; 3.554 ECV)

↓ **12% ECV severos**

($p=0,0001$)

↓ **18% EC severos**

($p=0,00002$)

↓ **23% IM no mortales**

($p<0,0001$)

↓ **14% ictus isquémicos**

($p=0,05$)

En prevención secundaria:

(16 estudios; 17.000 pacientes; 3.306 ECV)

↓ **19% ECV severos**

($p<0,0001$)

↓ **20% EC severos**

($p<0,0001$)

↓ **31% IM no mortales**

($p<0,00001$)

↓ **22% ictus isquémico**

($p=0,04$)

ECV = eventos cardiovasculares. **EC** = eventos coronarios. **IM** = infartos de miocardio.

Lancet 2009; 373: 1849–60

Aspirin for Asimptomatic Aterotrombosis

n = 3.350 pacientes con ITB $\leq 0,95$ sin enfermedad CV conocida al menos en una pierna (ITB medio = 0.86)

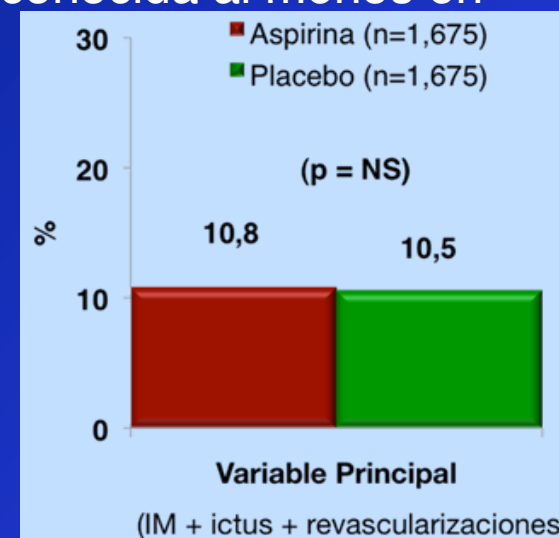
Dosis = 100 mg / diarios

Seguimiento medio = 8,2 años

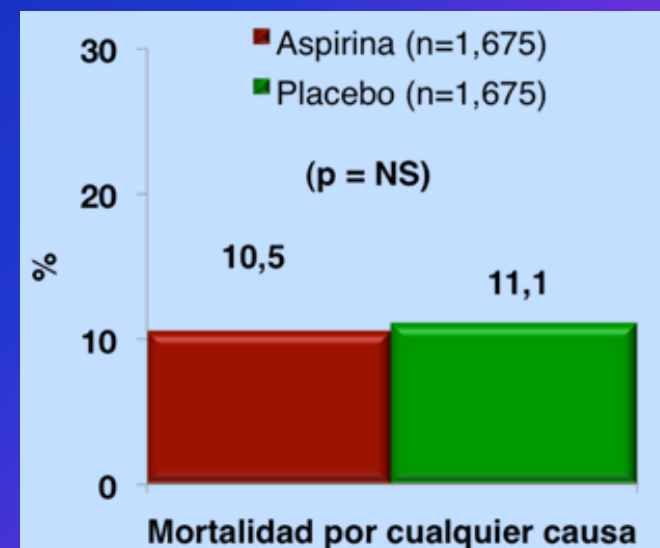
Cumplimiento = 60%

Al ser un ITB tan cercano a la normalidad el riesgo de eventos de los pacientes era muy bajo por lo que hubo una falta de potencia estadística amplificada por el bajo cumplimiento.

Valor del ITB	Indicativo de	Clínica	Mortalidad CV
> 1,3	Arteria no compresible	No valorable por calcificación	> 10%
0,91 - 1,3	NORMALIDAD	Asintomático	~ 5%
0,6 - 0,9	EAP leve (grado I)	Claudicación larga (>500m)	~ 22%
0,4 - 0,6	EAP moderada (grado II)	Claudicación corta (<500m)	~ 40%
< 0,4	EAP grave (grado III)	Dolor en reposo / lesiones tróficas	> 40%
< 0,3	Gangrena isquémica (grado IV)		



Eventos CV



- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- **Recomendaciones de las guías**
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

COLABORACIÓN ESPECIAL

**GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CEIPC 2008 ***

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC): José M^a Lobos (1), Miguel A. Royo-Bordonada (2), Carlos Brotons (3), Luís Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Antonio Maiques (3), Dídac Mauricio (6), Susana Sans (7), Fernando Villar (4), Angel Lizcano (8), Antonio Gil-Núñez (9), Fernando de Álvaro (10), Pedro Conthe (11), Emilio Luengo (12,13), Alfonso del Río (13), Olga Cortés-Rico (14), Ana de Santiago (15), Miguel A. Vargas (16), Mercedes Martínez (17), Vicenta Lizarbe (18)

- (1) Coordinador Científico CEIPC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
 (2) Coordinador Técnico CEIPC. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto Nacional de Salud Carlos III.
 (3) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS).
 (4) Sociedad Española de Arteriosclerosis.
 (5) Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA.
 (6) Sociedad Española de Diabetes.
 (7) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
 (8) Federación Española de Enfermería de Atención Primaria.
 (9) Sociedad Española de Neurología.
 (10) Sociedad Española de Nefrología.
 (11) Sociedad Española de Medicina Interna.
 (12) Coordinador Nacional de Prevención Sociedad Europea de Cardiología-European Society of Cardiology.
 (13) Sociedad Española de Cardiología.
 (14) Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
 (15) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen.
 (16) Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
 (17) Sociedad Española de Epidemiología.
 (18) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

* Basado en el Documento del Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras sociedades científicas: *Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 28: 2375-2414.*

**RECOMIENDA LA
PREVENCIÓN PRIMARIA
CON ÁCIDO
ACETILSALICÍLICO A:**

Individuos asintomáticos, cuando el riesgo de ECV a 10 años está muy aumentado (SCORE \geq 10%) y la PA esté bien controlada.

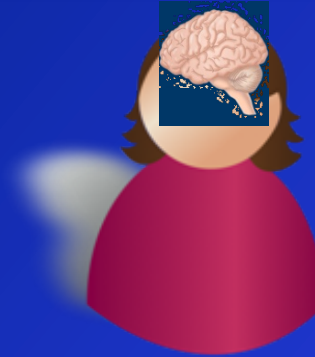
Al paciente diabético se aplicaría el mismo criterio teniendo en cuenta que es necesario multiplicar el valor de la tabla SCORE x3 en ♂ y x5 en ♀ respecto a no diabéticos

CÁLCULO DEL NIVEL DE RIESGO BASADO EN TABLAS FRAMINGHAM ADAPTADAS POR SEXO Y PATOLOGÍA DE MAYOR RIESGO:



Factores de riesgo de enfermedad coronaria en hombres:

↑edad
tabaco
diabetes
↓colesterol HDL
↑colesterol total o LDL
↑presión arterial sistólica y diastólica



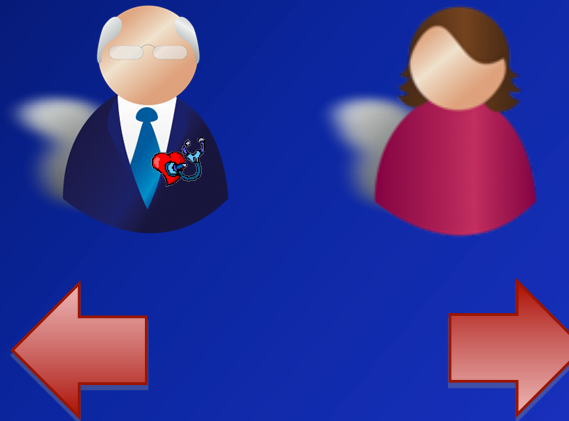
Factores de riesgo de ictus en mujeres:

↑edad
tabaco
diabetes
fibrilación auricular
enfermedad coronaria
↑presión arterial sistólica
hipertrofia ventricular izquierda

Objetivo: eventos CV evitados < hemorragias GI derivadas del tratamiento

Estimación de IM evitados y potenciales hemorragias GI originadas por el ácido acetilsalicílico durante 10 años en una hipotética cohorte de 1.000 hombres.

Variable	Estimación de IM prevenidos (por 1.000 hombres), <i>n</i>		
	45-59 años	60-69 años	70-79 años
Riesgo EC a 10 años			
1%	3.2	3.2	3.2
2%	6.4	6.4	6.4
3%	9.6	9.6	9.6
4%	12.8	12.8	12.8
5%	16	16	16
6%	19.2	19.2	19.2
7%	22.4	22.4	22.4
8%	25.6	25.6	25.6
9%	28.8	28.8	28.8
10%	32	32	32
11%	35.2	35.2	35.2
12%	38.4	38.4	38.4
13%	41.6	41.6	41.6
14%	44.8	44.8	44.8
15%	48	48	48
16%	51.2	51.2	51.2
17%	54.4	54.4	54.4
18%	57.6	57.6	57.6
19%	60.8	60.8	60.8
20%	64	64	64
Estimación de efectos adversos, <i>n</i>			
Sangrado GI	8	24	36
Ictus hemorrágico	1	1	1



Tasa de riesgo de hemorragia con el uso de aspirina / 1.000 personas / año

♂	< 60 años sin factores de riesgo	0,4
	entre 60-69 años sin factores de riesgo	1,2
	entre 70-79 años sin factores de riesgo	1,8
	> 79 años sin factores de riesgo	3
	con antecedentes de síntomas GI superiores	0,8
♀	con antecedentes de úlcera péptica	2,4 - 4
	< 60 años sin factores de riesgo	0,8
	entre 60-69 años sin factores de riesgo	2,4
	entre 70-79 años sin factores de riesgo	3,6
	> 79 años sin factores de riesgo	6
	con antecedentes de síntomas GI superiores	1,6
	con antecedentes de úlcera péptica	4,8 - 8

Estimación de ictus evitados y potenciales hemorragias GI originadas por el ácido acetilsalicílico durante 10 años en una hipotética cohorte de 1.000 mujeres.

Variable	Estimación de ictus prevenidos (por 1.000 mujeres), <i>n</i>		
	55-59 años	60-69 años	70-79 años
Riesgo de ictus a 10 años			
1%	1.7	1.7	1.7
2%	3.4	3.4	3.4
3%	5.1	5.1	5.1
4%	6.8	6.8	6.8
5%	8.5	8.5	8.5
6%	10.2	10.2	10.2
7%	11.9	11.9	11.9
8%	13.6	13.6	13.6
9%	15.3	15.3	15.3
10%	17	17	17
11%	18.7	18.7	18.7
12%	20.4	20.4	20.4
13%	22.1	22.1	22.1
14%	23.8	23.8	23.8
15%	25.5	25.5	25.5
16%	27.2	27.2	27.2
17%	28.9	28.9	28.9
18%	30.6	30.6	30.6
19%	32.3	32.3	32.3
20%	34	34	34
Estimación de efectos adversos, <i>n</i>			
Sangrado GI	4	12	18

USPSTF, Annals of Internal Medicine, 2009;150:396-404.

PARA FOMENTAR LA REDUCCIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS EL USPSTF PROPONE LA DECISIÓN INDIVIDUALIZADA CONSIDERANDO:

- Fomentar la **decisión compartida** en personas cuyo riesgo se aproxime (por encima o por debajo) a los niveles estimados de riesgo a 10 años en que se obtiene beneficio clínico neto.



Hombres		Mujeres	
Edad (años)	Riesgo de enfermedad coronaria a 10 años (%)	Edad (años)	Riesgo de ictus a 10 años (%)
45-59	≥ 4	55-59	≥ 3
60-69	≥ 9	60-69	≥ 8
70-79	≥ 12	70-79	≥ 11



- A mayor beneficio esperado sobre las ECV que los potenciales daños, la recomendación de tomar ácido acetilsalicílico debe ser más fuerte.
- Se recomienda que la dosis esté entre **75 - 100 mg /día**.
- La tabla de niveles de riesgo CV en que la aspirina resulta en un beneficio solo es aplicable a adultos que no estén tomando AINEs* y sin afección GI superior o historia de úlcera**.

* El uso de AINEs en combinación con aspirina x4 el riesgo de hemorragia GI severa en comparación con el riesgo del ácido acetilsalicílico solo.

** El ratio de sangrados severos se x 2-3 en pacientes con historia de úlcera GI.

- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- **Antiagregación en diabéticos.**
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

Hasta finales de 2008, los datos de eficacia del ácido acetilsalicílico en la prevención primaria de pacientes diabéticos no procedían de estudios específicamente diseñados para este perfil de pacientes sino que eran análisis de subgrupos, que mostraban reducciones significativas:

↓ **28 - 61% en IM**

↓ **15% eventos CV graves**

Estudio	Pacientes diabéticos	Años de seguimiento	Variable principal CV	Dosis de a.a.s.	Pacientes con eventos			
					a.a.s.	placebo	RR	p
USPHS	533	5	IM	325 mg a días alternos	4,0 %	10,1 %	0,39	No reportado
ETDRS	3.711	5	IM	325 mg 2 veces al día	9,1 %	12,3 %	0,72	0,038
HOT	1.501	3,8	IM eventos CV mayores	75 mg/día	2,3*	3,6*	0,64	0,002
					8,9*	10,5*	0,85	0,03

* Eventos por 1.000 pacientes/año

METÁNALISIS EN 10.117 DIABÉTICOS (ADA 2009)

Un meta-análisis agrupando más de 10.000 diabéticos concluye que la prevención primaria con ácido acetilsalicílico reduce significativamente la incidencia del 1r infarto de miocardio en hombres.

En prevención primaria (6 estudios; 10.117 pacientes diabéticos):

Significativo:

↓43% el riesgo de IM en ♂ (p=0.03)

No significativo:

↓ 9% ECV graves (5 estudios, 9.584 pacientes, p=0.07)

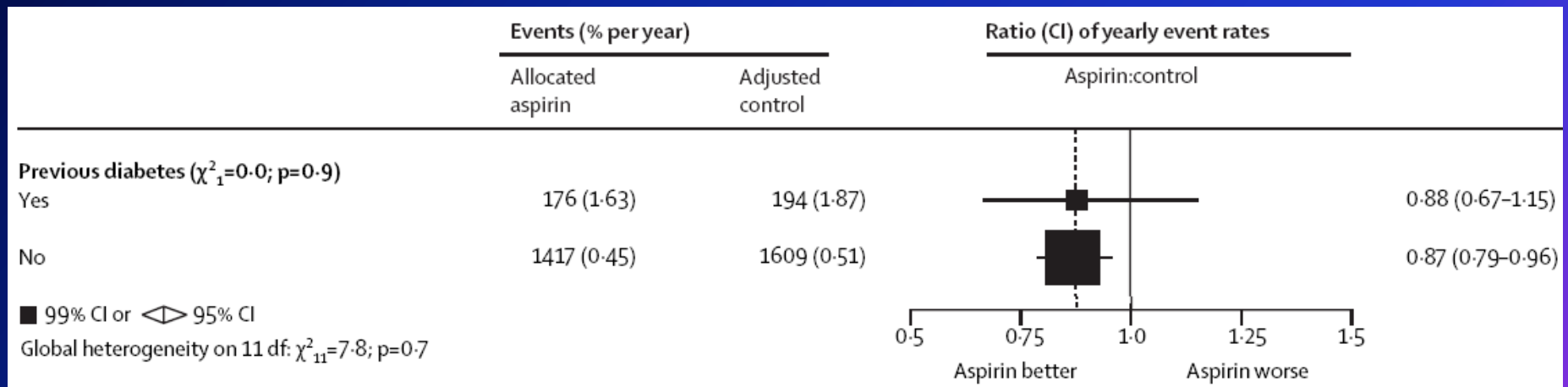
↓ 25% ictus en ♀ (p=0.43)

ECV = eventos cardiovasculares
IM = infartos de miocardio

*De Berardis G, et al. BMJ 2009; 339: b4531
Doi:101136/bmj.b4531*

METANÁLISIS ATTC: REDUCCIÓN DE EVENTOS SIMILAR A POBLACIÓN GENERAL

Tomando los pacientes diabéticos de los principales estudios generales en prevención primaria, el ATTC encontró una reducción del **12% de los eventos CV totales, que no llegó a ser significativa.**



La decisión de antiagregar a los diabéticos dependerá pues de que tengan un nivel de riesgo CV a 10 años alto.

Estudios en marcha de gran volumen:



ASCEND

A Study of Cardiovascular Events in Diabetes



Este estudio, **iniciado en 2004**, pretende proporcionar la primera evidencia fiable sobre los efectos de la aspirina y los ácidos grasos omega-3 en la diabetes.

Está financiado por la **British Heart Foundation** y coordinado por la University of Oxford Clinical Trial Service Unit, con producto gratuitamente suministrado por los fabricantes.

Reclutará al menos 10.000 diabéticos (tipo 1 o 2) sin enfermedad vascular conocida que tendrán un seguimiento de 5 años.

Tendrá 4 brazos:

- 100 mg de ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico (Bayer)
- 1 g cápsulas de ácidos grasos omega-3 procedentes de pescado (Solvay)
- 100 mg Adiro + 1 g omega-3
- placebo (cápsulas que contienen aceite de oliva).

GUÍA CLÍNICA:

RECOMENDACIÓN: 4 veces > riesgo

ADA 2009

Tratar con ácido acetilsalicílico (75-162 mg / día) en la prevención primaria de pacientes con DM-1 y DM-2 con riesgo cardiovascular aumentado, incluidos los que de edad > **40 años** o que tienen factores de riesgo adicionales (historial familiar de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, tabaquismo, dislipidemia o albuminuria).

Ofrecer ácido acetilsalicílico (75 mg/día) a personas > **50 años** si su PA < 145/90 mm Hg.

Guía del NHS para DM-2

NICE clinical guideline 66
2008 actualizada en 2009

Ofrecer ácido acetilsalicílico (75 mg/día) a personas < 50 años con otros factores de riesgo significativos (características del síndrome metabólico, historia familiar de enfermedades cardiovasculares temprana, tabaquismo, HTA, enfermedades cardiovasculares existentes, microalbuminuria)

International Diabetes Federation (2005)

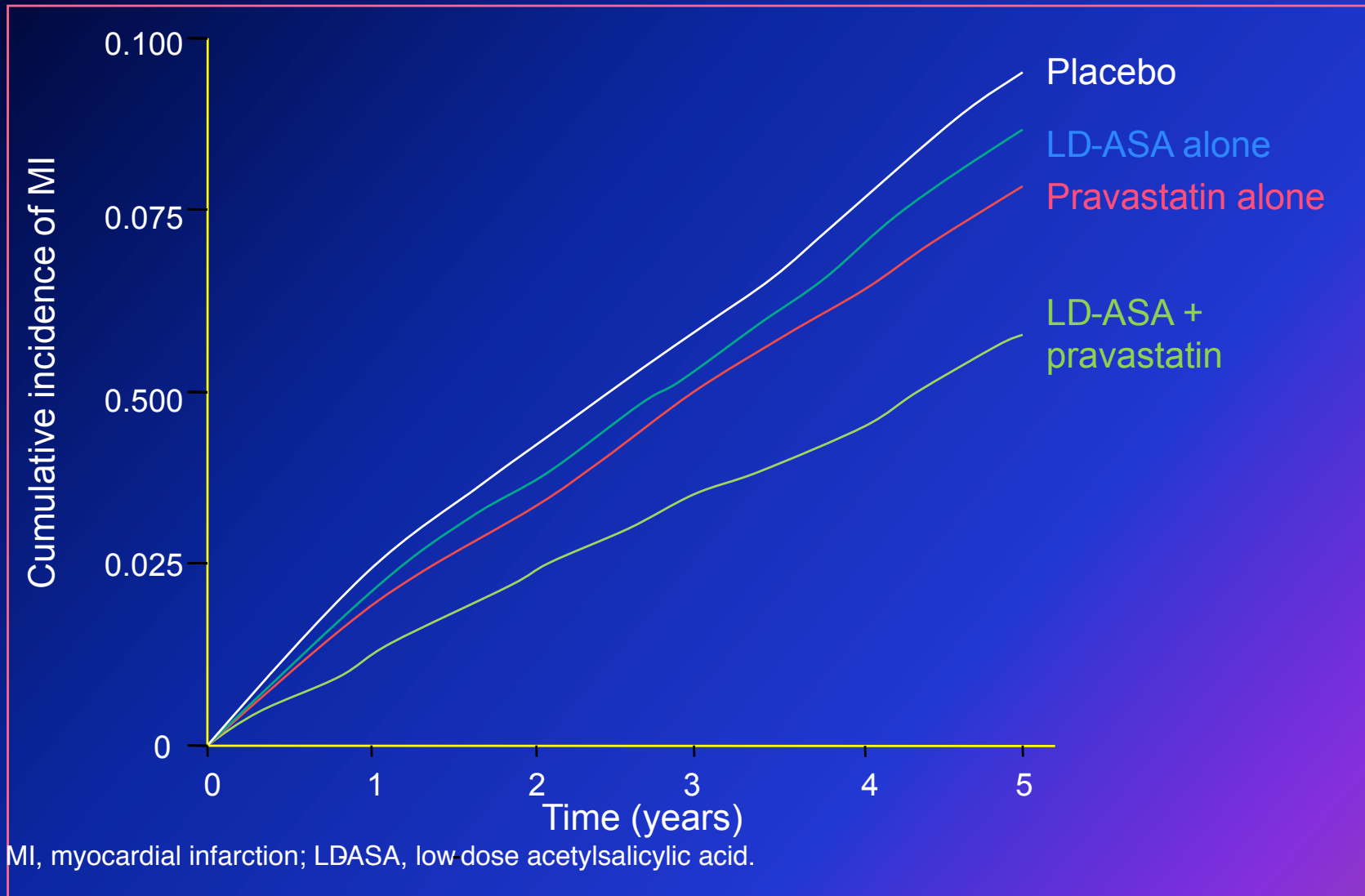
Es candidato a ser tratado con ácido acetilsalicílico para reducir su riesgo de cardiopatía los **hombres > 40 años, mujeres post-menopáusicas**, individuos más jóvenes con múltiples factores de riesgo (hipertensión, tabaco,...).

ADA 2010

VARONES > 50 años con RV \geq 10% en 10 años

MUJERES > 60 años con RV \geq 10% en 10 años

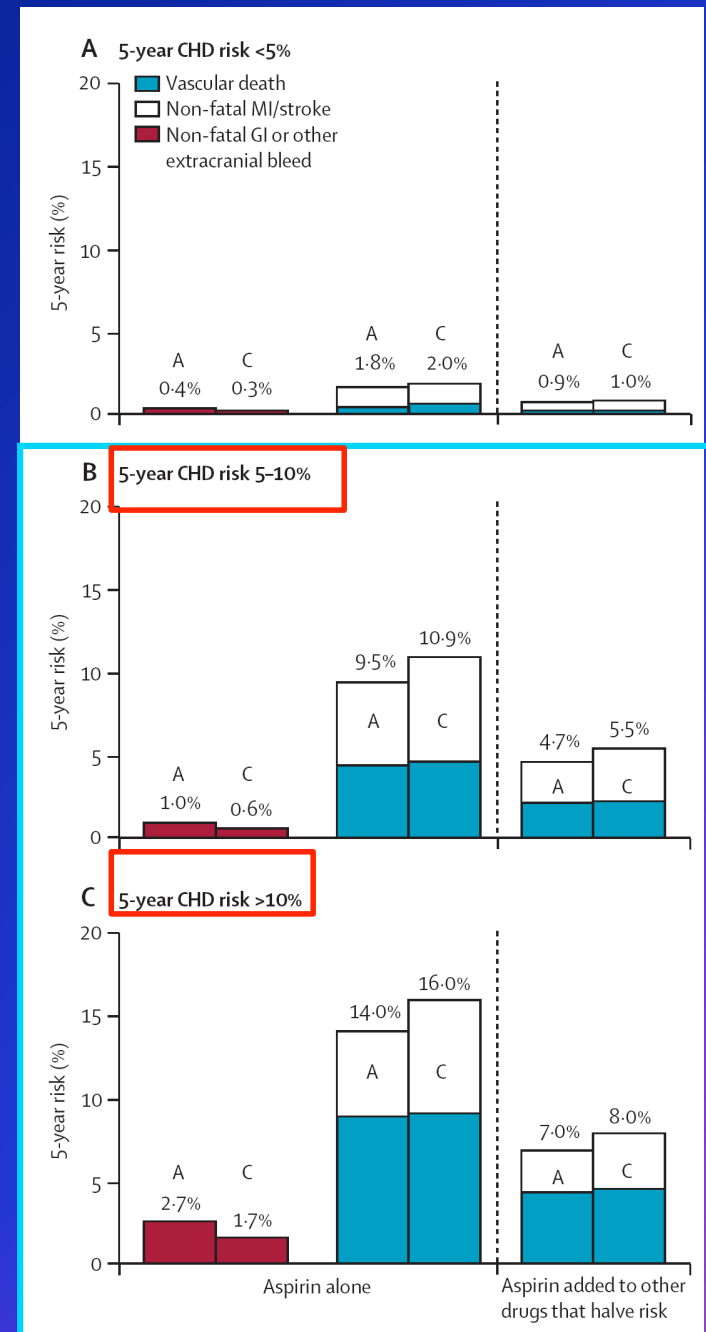
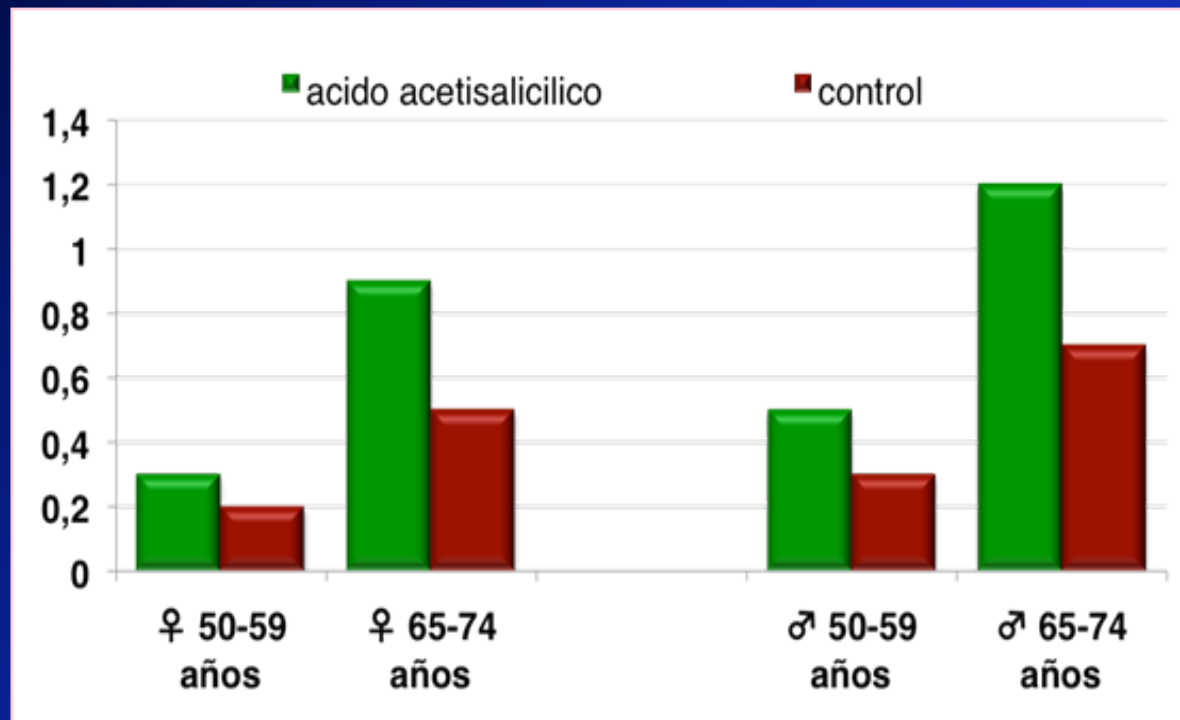
EL EFECTO DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA REDUCCIÓN DE EVENTOS CORONARIOS ES ADITIVO AL DE LAS ESTATINAS



- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

Los autores del meta-análisis del Lancet hicieron una **simulación de predicción** de efectos a 5 años y concluyeron que si el paciente toma ya otros fármacos para el control de los factores de riesgo, solo se justificaría añadir el a.a.s. a partir del 5% de riesgo de enfermedad coronaria a 5 años para que sea favorable el ratio riesgo-beneficio.

Probabilidad en 5 años de hemorragias extracraneales debido al ácido acetilsalicílico



INDICACIONES DE ANTIAGREGACIÓN EN PP EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: PROPUESTA BASADA EN EVIDENCIA

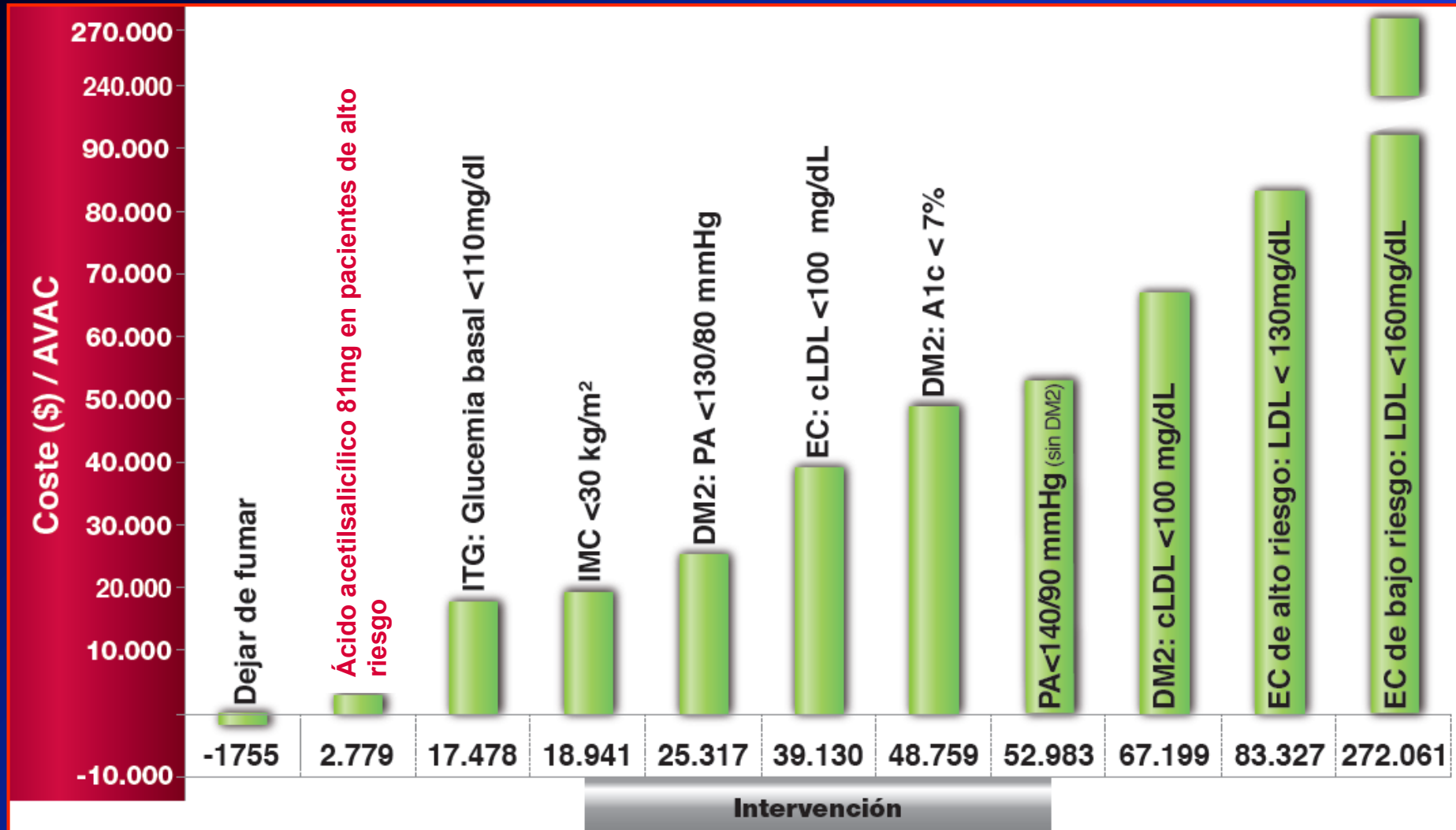
DIABÉTICO DE ALTO RIESGO: (\geq 50 AÑOS DE EDAD VARONES Y $>$ 65 AÑOS EN MUJERES)

- CON \geq 1 FACTOR DE RIESGO ASOCIADO
- CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES

HIPERTENSO DE ALTO RIESGO:

- \geq 3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
- CON LESIÓN A NIVEL DE ÓRGANO DIANA
- **DOSIS:** 75-100 mg/día
- **EDAD \geq 65 AÑOS** ASOCIAR OMEPRAZOL 20 MG/DÍA.
- **PA BIEN CONTROLADA**

EL TRATAMIENTO CON DOSIS BAJAS DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ES LA MEDIDA FARMACOLÓGICA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO CV MÁS COSTE-EFECTIVA



Efecto de las intervenciones sobre el coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) durante el resto de su vida hasta 30 años¹.

IMC: índice de masa corporal

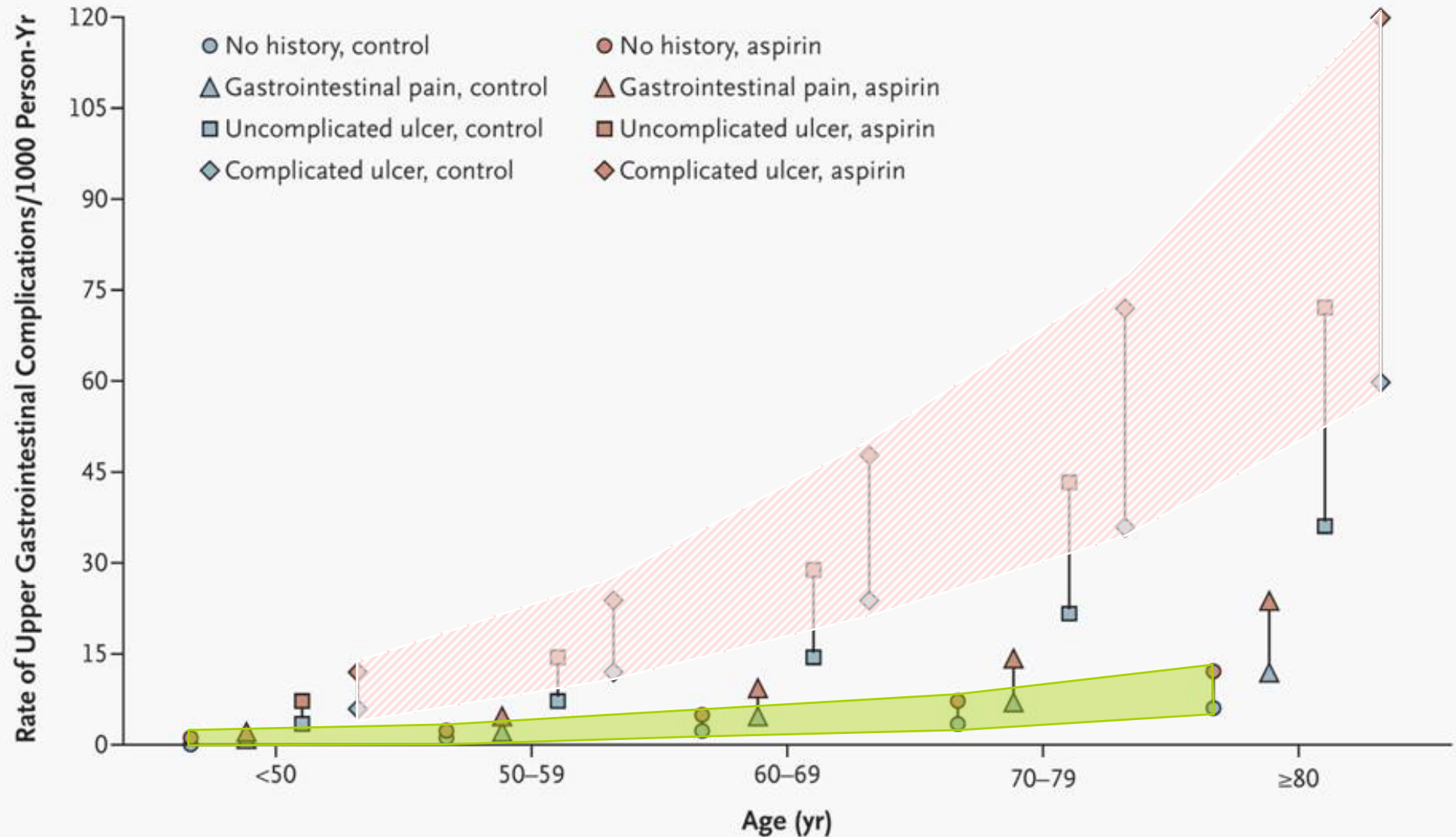
PA: presión arterial

DM2: diabetes mellitus tipo 2

EC: enfermedad coronaria

ITG: intolerancia a la glucosa

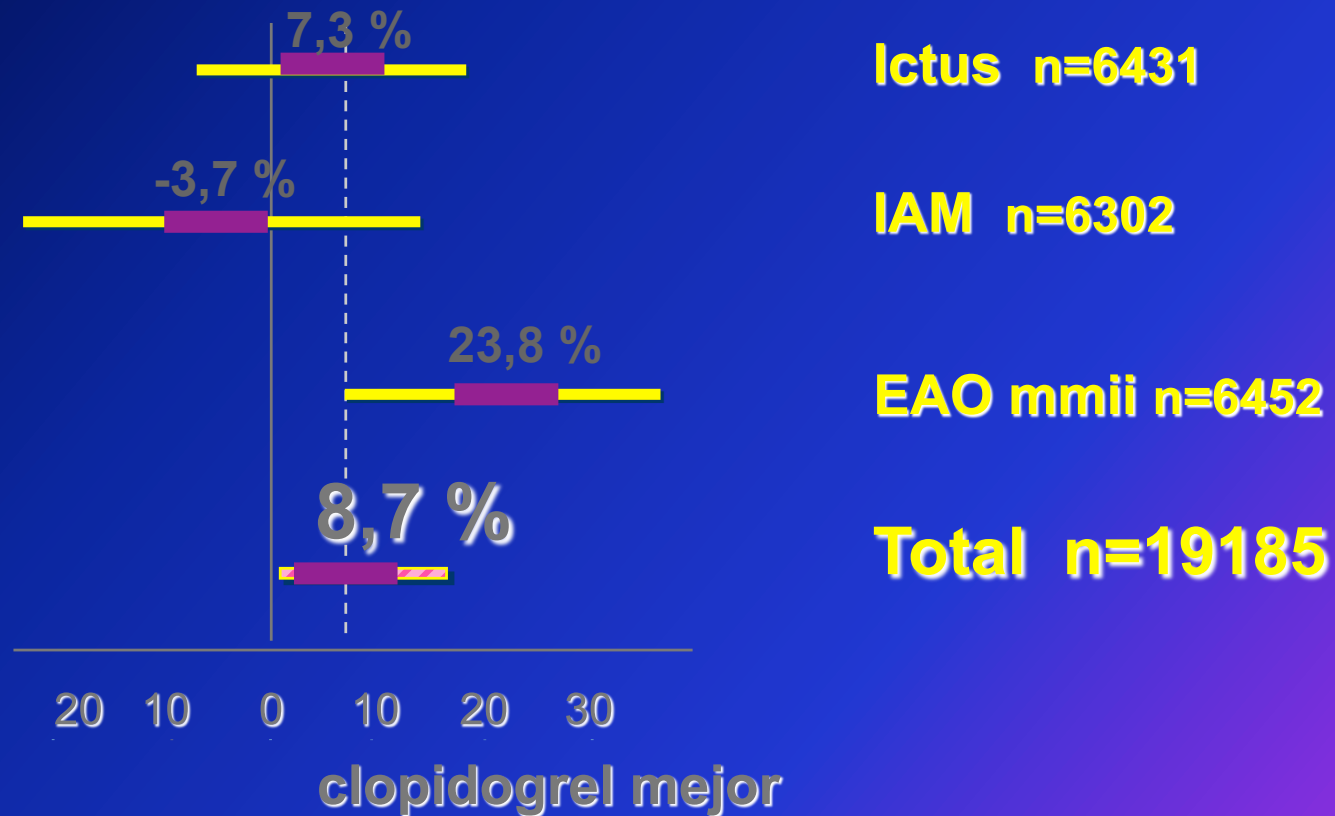
RIESGO DE COMPLICACIONES GI CON ASPIRINA SEGÚN EL PERFIL DE PACIENTE





Estudio CAPRIE

RR del objetivo principal según la enfermedad que llevó a la inclusión



CAPRIE Steering Committee. *Lancet*
1996;348:1329.

- La aterotrombosis, enfermedad vascular.
- Evidencias de la antiagregación en PP.
- Recomendaciones de las guías
- Antiagregación en diabéticos.
- Selección de pacientes a antiagregar.
- Conclusiones

EL CONTINUO CARDIOVASCULAR

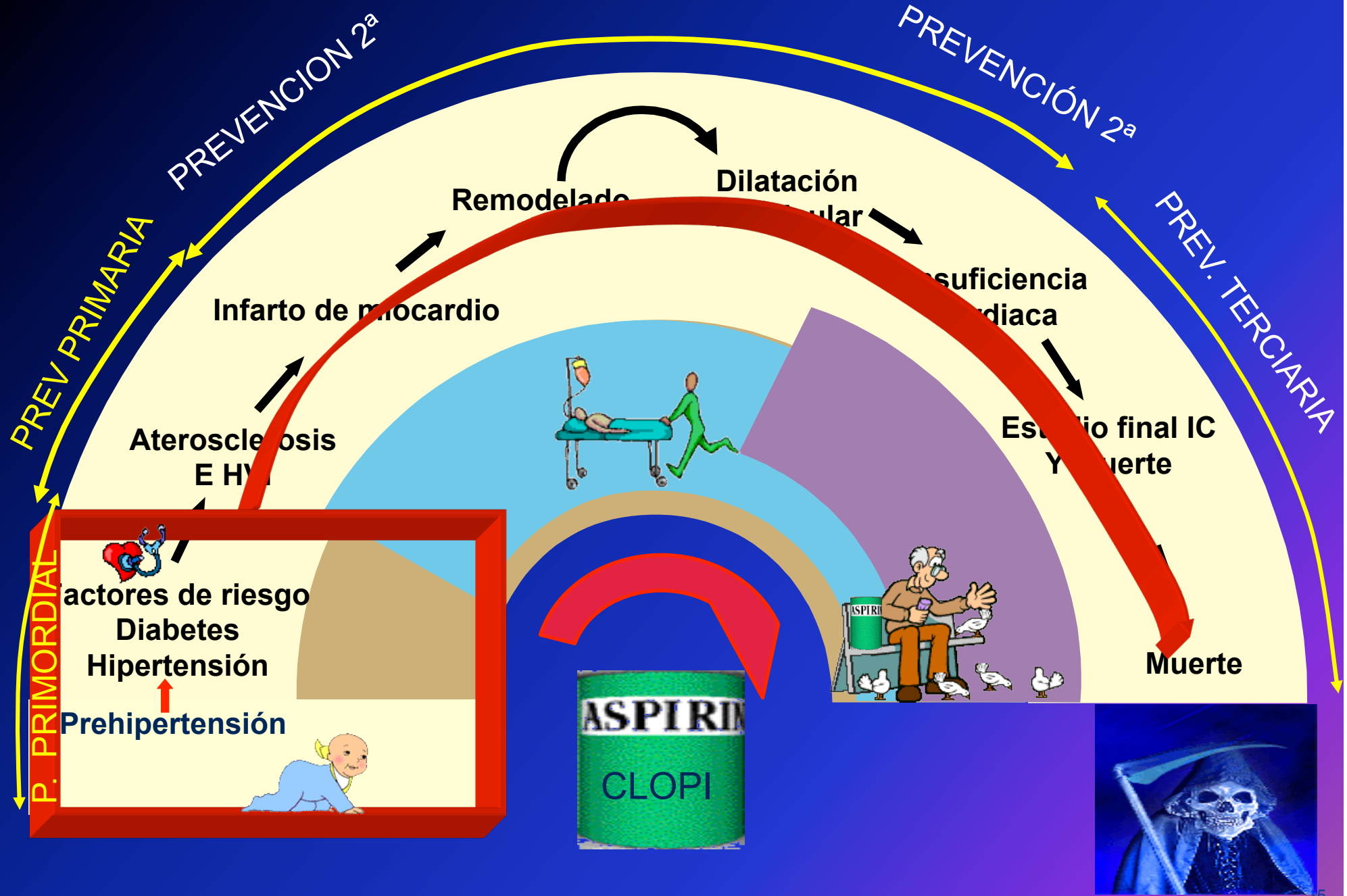
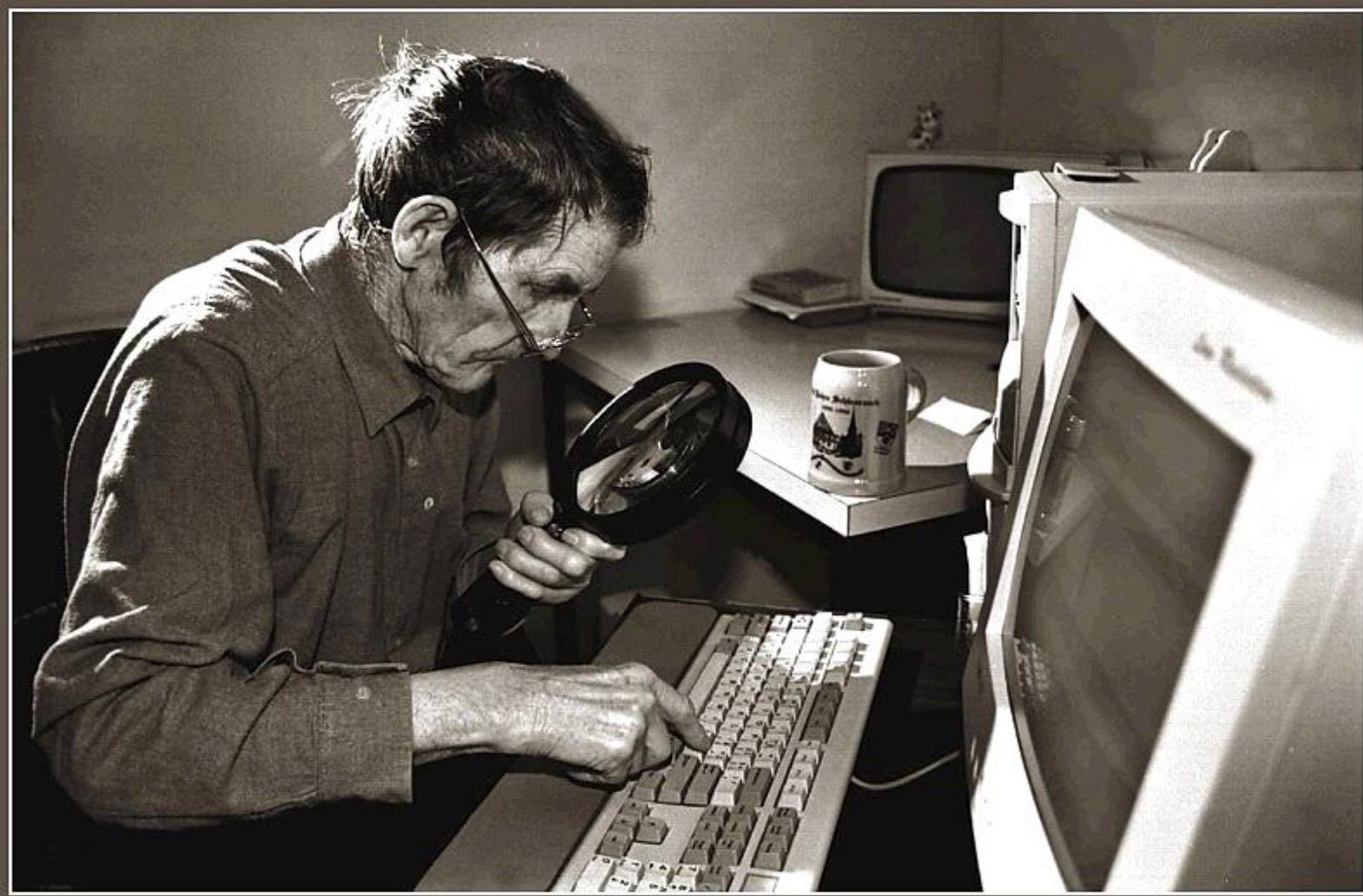


IMAGEN TÍPICA DE UN FUNCIONARIO DEL ESTADO EN SU PUESTO DE TRABAJO DENTRO UNOS AÑOS...CUMPLIDOS LOS 67 AÑITOS....



P.D.: CADA MINISTERIO DISPONDRÁ DE UNA FLOTILLA PROPIA DE SILLAS DE RUEDAS PARA DESPLAZAMIENTOS POR LAS DELEGACIONES.

EL HOMBRE DE LAS 130 ESPOSAS Y 415 HIJOS

El keniano Akuku Danger es un personaje extraordinario. No sólo por su enorme familia, por sus 2,10 de estatura o por sus **92 años** en un país donde no se pasa de los 50. Akuku recuerda los nombres de todas sus esposas. **La última está embarazada.**

Su medio millar de nietos se comunican en Facebook

MIENTRAS HAY VIDA HAY ESPERANZA Y CUANTO
MEJOR CALIDAD, MÁS TIEMPO SE DISFRUTA

