

Boletín CAIPaDi

El uso de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Se han publicado diversos estudios que muestran que el riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares en personas que viven con diabetes (PVD) no solo depende del descontrol glucémico, sino también de la hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo. Debido a esto, el estudio de la diabetes, su abordaje clínico y tratamiento debe integrar todos estos componentes, eliminando el enfoque “glucocéntrico”.

Se ha reportado en la literatura que la administración de ácido acetilsalicílico (AAS) puede reducir el riesgo relativo de eventos cardiovasculares hasta un 12% en PVD. Pero a pesar de que las guías de tratamiento recomiendan su prescripción¹, en la actualidad existe un subempleo de AAS como tratamiento profiláctico cardiovascular en pacientes con diabetes.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT-MC), a pesar de que 90.1% de la muestra de pacientes con diabetes eran mujeres y hombres mayores de 50 años de edad, el análisis indicó que solo 5.1% de los encuestados se le prescribió

aspirina², cifra similar a la ENSANUT 2012 (4.9%).

Idealmente la decisión para prescribir AAS debiera estar basada en la estimación del riesgo cardiovascular absoluto que tiene cada paciente, analizando de forma individual el riesgo-beneficio. Existen varios instrumentos para el cálculo, reportados en la literatura, de libre acceso en portales web, en forma de aplicaciones electrónicas. El problema para la selección de la herramienta es que su aplicabilidad no es universal debido a las diferencias genéticas y culturales de cada población. Una escala que podría ser más aplicable en nuestra población es la evaluación de riesgo cardiovascular Globorisk (<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/endocrinologia.html>), la cual fue diseñada para diferentes poblaciones, incluida la nuestra. Esta herramienta califica el riesgo de desenlaces cardiovasculares duros (mortalidad cardiovascular) en función al género, diagnóstico de diabetes, tabaquismo, cifra de tensión arterial sistólica, edad y valor de colesterol.

Una manera sencilla para decidir rápidamente en el

consultorio sobre a quién indicar aspirina es la siguiente: cualquier persona con diabetes mayor de 50 años de edad con al menos 1 factor de riesgo adicional (historia familiar de aterosclerosis prematura, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, insuficiencia renal crónica/albuminuria), que no tenga anemia, datos de sangrado de tubo digestivo o alergia al fármaco.

En la medida que apliquemos estrategias de costo accesible, podremos avanzar en la reducción de las complicaciones de la enfermedad, tal y como se esta haciendo en otros países³.

Dr. Eduardo González Flores
Dr. Sergio Hernández Jiménez
Endocrinología CAIPaDi

Referencias:

1. Association, A. D. Cardiovascular disease and risk management. *Diabetes Care* 2017; 40, S75–S87.
2. Hernández-Ávila M, Dommarco JR. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016. *Inst. Nac. Salud Pública* 2016, 1–154.
3. Narayan KM. Type 2 Diabetes: Why We Are Winning the Battle but Losing the War? 2015 Kelly West Award Lecture. *Diabetes Care* 2016; 39:653–63