

Algunas consideraciones acerca del consumo de aspirina en la prevención primaria de eventos cardiovasculares

Some considerations regarding aspirin use in the primary prevention of cardiovascular events

Dra. Laura Adalys Guillén-León¹ , Dra. Yudileidy Brito Ferrer² 

¹Hospital Provincial Universitario Cardiocentro Ernesto Guevara. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 12/02/2026

Aceptado: 19/02/2026

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Categoría del artículo:

Cardiología clínica y factores de riesgo

PALABRAS CLAVE: Aspirina; Prevención Primaria; Enfermedades Cardiovasculares; Prevención Secundaria

KEYWORDS: *Aspirin; Primary Prevention; Cardiovascular Diseases; Secondary Prevention*

SR. EDITOR:

El ácido acetilsalicílico (ASA), comercializado desde 1899 bajo el nombre de aspirina, se ha convertido en uno de los fármacos más consumidos a nivel mundial¹ y figura en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).² Sus propiedades analgésicas y antiinflamatorias son conocidas, pero su papel más relevante ha sido como antiagregante plaquetario en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares.¹

Sin embargo, su uso en la prevención primaria ha generado controversia. Una noticia del *National Institutes of Health* señala que alrededor de 29 millones de adultos sin enfermedad cardíaca consumen ASA a dosis bajas y un cuarto de ellos lo hace sin prescripción médica.³ Ensayos clínicos iniciales (1988-2005) como el *Physicians' Health Study*⁴, el *British Doctors Trial*⁵, el *Thrombosis Prevention Trial*⁶ y el *Women's Health Study*⁷ sugerían un beneficio neto del ácido acetilsalicílico en prevención primaria, aunque con riesgos de sangrado.

Sin embargo, metaanálisis y revisiones modernas muestran reducciones muy modestas de infarto no fatal, ictus isquémico, sin reducción de mortalidad total o cardiovascular. A la vez hay aumento claro de hemorragias mayores, incluyendo gastrointestinales e intracraniales, su riesgo relativo aproximado oscila entre 1,3 y 1,5.⁸⁻¹⁰

En los grandes ensayos recientes: ASPREE,¹¹ ASCEND,¹² ARRIVE;¹³ el beneficio fue nulo o mínimo y el sangrado aumentó, con posible aumento de mortalidad total en ancianos. Metaanálisis recientes coinciden en que, en adultos sin enfermedad cardiovascular establecida, los riesgos superan los beneficios.¹⁴

Las principales guías internacionales reflejan esta evidencia: la Sociedad Europea de Cardiología (ESC por sus siglas en inglés)¹⁵ y el Colegio Americano de Cardiología en conjunto con la Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA por sus siglas en inglés)¹⁶ desaconsejan su uso rutinario en individuos de bajo o moderado riesgo, limitan su indicación a pacientes seleccionados con alto riesgo cardiovascular y bajo riesgo de sangrado. De manera similar, las

guías de la Sociedad Europea de Cardiología de conjunto con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (ESD/EASD por sus siglas en inglés)¹⁷, la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés)¹⁸ y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPTF por sus siglas en inglés)¹⁹, restringen su empleo a grupos específicos, mientras que lo contraindican en mayores de 70 años o en quienes presentan riesgo hemorrágico elevado.

Resulta particularmente preocupante que en la población cubana no existan estudios epidemiológicos que midan la magnitud real del consumo de aspirina como prevención primaria. La práctica clínica cotidiana sugiere que su uso es frecuente, muchas veces sin indicación médica formal, pero se carece de datos que permitan evaluar hasta dónde constituye un problema de salud pública en nuestro contexto. Esta ausencia de evidencia a nivel nacional limita la capacidad de adaptar las recomendaciones internacionales a la realidad cubana y subraya la necesidad de impulsar investigaciones propias que evalúen tanto la prevalencia de uso como sus consecuencias clínicas.

Se considera una necesidad insistir en la reevaluación crítica de la indicación del ácido acetilsalicílico, en prevención primaria de eventos cardiovasculares, deben actualizarse los protocolos de trabajo al respecto y la educación médica continua, así como el desarrollo de estudios nacionales que aporten evidencia sobre su impacto en la población cubana, con el fin de reducir la exposición innecesaria a riesgos hemorrágicos y garantizar un uso racional y beneficioso del fármaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Werz O, Stettler H, Theurer C, Seibel J. The 125th anniversary of aspirin—the story continues. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024;17(4):437. doi: [10.3390/ph17040437](https://doi.org/10.3390/ph17040437).
2. World Health Organization. The selection and use of essential medicines, 2025: WHO Model List of Essential Medicines 24th list [Internet]. Geneva: OMS; 2025 [citado 2026 feb. 11]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/17642505-ecd3-4940-a691-4f1d-fa0d835a/content>
3. O'Brien CW, Juraschek SP, Wee CC. Prevalence of aspirin use for primary prevention of cardiovascular disease in the united states: results from the 2017 National Health Interview Survey. *Ann Intern Med*. 2019;171(8):596-598. doi: [10.7326/M19-0953](https://doi.org/10.7326/M19-0953).
4. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *N Engl J Med*. 1989;321(3):129-135. doi: [10.1056/NEJM198907203210301](https://doi.org/10.1056/NEJM198907203210301).
5. Peto R, Gray R, Collins R, Wheatley K, Hennekens C, Jamrozik K, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *Br Med J (Clin Res Ed)* [Internet]. 1988 [citado 2026 feb. 11];296(6618):313-6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2544821/pdf/bmj00270-0009.pdf>
6. The Medical Research Council's General Practice Research Framework. Thrombosis prevention trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischaemic heart disease in men at increased risk. *Lancet*. 1998;351(9098):233-241. doi: [10.1016/S0140-6736\(97\)11475-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)11475-1).
7. Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med*. 2005;352(13):1293-304. doi: [10.1056/NEJMoa050613](https://doi.org/10.1056/NEJMoa050613).
8. Guirguis-Blake JM, Evans CV, Senger CA, O'Connor EA, Whitlock EP. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a systematic evidence review for the u.s. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2016;164(12):804-13. doi: [10.7326/M15-2113](https://doi.org/10.7326/M15-2113).
9. Mahmoud AN, Gad MM, Elgendy AY, Elgendy IY, Bavry AA. Efficacy and safety of aspirin for primary prevention of cardiovascular events: a meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2019;40(7):607-17. doi: [10.1093/eurheartj/ehy813](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy813).
10. Zheng SL, Roddick AJ. Association of Aspirin Use for Primary Prevention with cardiovascular events and bleeding events: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2019;321(3):277-87. doi: [10.1001/jama.2018.20578](https://doi.org/10.1001/jama.2018.20578).
11. McNeil JJ, Nelson MR, Woods RL, Lockery JE, Wolfe R, Reid CM, et al. Effect of Aspirin on All-Cause Mortality in the Healthy Elderly. *New Engl J Med*. 2018;379(16):1519-28. doi: [10.1056/NEJ-](https://doi.org/10.1056/NEJ-)

- [Moa1803955](#).
12. ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, Stevens W, Buck G, et al. Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2018;379(16):1529-1539. doi:[10.1056/NEJMoa1804988](#).
 13. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, Cricelli C, Darius H, Gorelick PB, 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](#).
 14. Mazzola M, De Caterina R. Aspirin for primary prevention: time to reconcile discrepancies. *Eur J Prev Cardiol*. 2025;zwaf365. doi:[10.1093/eurjpc/zwaf365](#).
 15. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337. doi:[10.1093/eurheartj/ehab484](#).
 16. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, 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(11):e596-e646. doi:[10.1161/CIR.0000000000000678](#).
 17. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323. doi:[10.1093/eurheartj/ehz486](#).
 18. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 10. Cardiovascular disease and risk management: standards of care in diabetes-2026. *Diabetes Care*. 2025;49(Suppl 1):S216-S245. doi:[10.2337/dc26-S010](#).
 19. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Chelmow D, et al. Aspirin use to prevent cardiovascular disease: us preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2022;327(16):1577-1584. doi:[10.1001/jama.2022.4983](#).