Antiagregantes Plaquetarios ¿Disminuyen la mortalidad o aumentan incapacidad?

Grupo 3

Francisco Tamayo
Lourdes Tellechea
Yalile Muñoz
Marcela Carrasco
Luis Varela*
Enrique Vargas
Xenia Villalobos

Prevención primaria

- El rol de AAS en prevención primaria ha sido sujeto a recomendaciones basadas en riesgo cardiovascular.

- AAS profilactica debe considerarse (en dosis bajas)si el riesgo cardiovascular a 5 años >=3% ó >= 10% a 10 años (BMJ 2005)

Efecto del riesgo base en el NNT a ser

Riesgo basal IAM	NNT a 5 años	
	1 IAM	1IAm s hg
0.5%año	133	256
1,0% año	67	88
1,5% año	44	53

NEJM 2002 May 9

Prevención secundaria

Beneficio /riesgo de profilaxis antiplaquetarias con AAS en distintos setings (n eventos vasc evitados 1000/año)

	beneficio	riesgo
Hombres riesgo CV bajo/alto	1-2	1-2
HTA esencial	1-2	1-2
Angor cronico	10	1-2
IAM previo	20	1-2
Angor inestable	50	1-2

Chest 2004

Eficacia tto antitrombótica en FA en prevención ACV isquémico

Table 6—*Patient-Level Meta-analyses of the Efficacy of Antithrombotic Therapies in AF From Pooled Data of Randomized Trials*

Treatment Comparisons	RRR* (95% CI), %
Adjusted-dose oral anticoagulation vs no antithrombotic therapy[6]	68 (50–79)
Aspirin vs no antithrombotic therapy[32]	21 (0–38)
Adjusted-dose oral anticoagulation vs aspirin[37]	52 (37–63)

*Outcome is ischemic stroke; note that trials involved in each analysis are not identical.

Chest 2005

Incidencia hemorragias graves post infarto según tto

	Incid por pcte /año
AAS	0.032 (0.03-0.035)
Warfarina	0.059 (0.05-0.06)
AAS+ ticlop	0.06 (0.042- 0.102)
AAS + warfarina	0.083 (0.058- 0.114)

Arch Inter Med Abril 2005

Conclusiones

- ¿Disminuyen mortalidad?
  - Evidencia en prevención secundaria
- ¿Aumento de incapacidad?
  - No encontramos evidencia.