

VALE, LOS AINE NO SON BENEFICIOSOS A NIVEL CV, PERO ¿CUÁL ES MÁS SEGURO?

Autor: María José Rey (Médico de atención primaria. Referente del proyecto transversal de cardiología y atención primaria del Centro de salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda)

Fecha de publicación: 23/06/2022

Patología: CI y factores de riesgo / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos



Los **AINE** (*antiinflamatorios no esteroideos*) son fármacos ampliamente utilizados, tanto por su prescripción médica como por automedicación, además tienen múltiples indicaciones de uso. Más del **40%** de los pacientes se automedica con **AINE** y en la mayoría de los casos (**84%**) por dolor.

Según la **AEMPS** (*agencia española de medicamentos y productos sanitarios*), el más utilizado es el ibuprofeno seguido del diclofenaco y la duración del tratamiento, en el **80%** de los casos, es inferior a una semana. En tratamientos prolongados/crónicos el más utilizado es el celecoxib, seguido de naproxeno e ibuprofeno. En pacientes mayores de 60 años la proporción de tratados con inhibidores de **COX (enzimas ciclooxigenasa) 2** es mayor que en la población general.

El mecanismo de acción se basa en la inhibición del paso de ácido araquidónico a prostaglandina, inhibiendo las enzimas ciclooxigenasa (**COX**):

- la **COX 1** presente en la mayoría de los tejidos, tracto GI (*gastrointestinal*), plaquetas,
- la **COX 2**, que la encontramos en tejidos como el endotelio vascular y articulaciones.

La inhibición de la **COX 1** conlleva disminución de la agregación plaquetaria y toxicidad GI, y la inhibición de la **COX 2** se presupone que entraña riesgo cardiovascular (**CV**), dado que esta enzima genera la **prostaglandina I2** con actividad cardioprotectora por la vasodilatación y antiagregación.

AINE y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Respecto al riesgo CV, todos los **AINE** excepto el **AAS (ácido acetil salicílico)** lo aumentan, incluso en tratamientos cortos. Incrementan el riesgo de IAM, ictus, insuficiencia cardíaca y su descompensación, así como de fibrilación auricular. El papel del AAS en prevención primaria CV [es controvertido](#).

Varios estudios establecían una asociación entre los inhibidores de la **COX2** y el aumento de riesgo de IAM y eventos vasculares graves. De hecho, en 2004 se retiró el rofecoxib por el incremento significativo de eventos CV, lo que generó muy mala fama CV a los **inhibidores COX2**. Se considera que el grado de selectividad de los **inhibidores COX2** puede explicar las diferencias en el riesgo CV entre distintas moléculas de este grupo. Debido a la retirada del rofecoxib, se realizaron estudios para evaluar el riesgo CV de los **inhibidores COX2**, comparándolos con los **AINE** tradicionales, sin detectar diferencias en el riesgo CV.

En una revisión sistemática con diferentes **AINE** frente a placebo, se observó que tanto el diclofenaco, los **inhibidores COX2** y el ibuprofeno a altas dosis (>2400 mg / día) aumentaban el riesgo CV de manera similar. No así el naproxeno, ni siquiera a dosis altas, aunque tiene más riesgo GI que los inhibidores COX2, diclofenaco e ibuprofeno. Ahora, es un tema controvertido, puesto que el estudio **PRECISION** publicado en 2016, que comparaba el celecoxib, el ibuprofeno y el naproxeno en pacientes con artritis, concluyó que no había diferencias en su riesgo CV, con un mejor perfil GI del celecoxib.

Si hay enfermedad CV previa, los **AINE** incrementan el riesgo de muerte y de hospitalización. Los **COXIB** son considerados la última opción terapéutica según la **AHA (American Heart Association)**.

Otros efectos a nivel CV:

- Aumento de riesgo de ictus con diclofenaco y aceclofenaco sobre todo si dosis altas y tratamientos largos, aun estando en tratamiento con AAS, no así para ibuprofeno y naproxeno. Parece que el uso crónico de ibuprofeno podría reducir el efecto cardio protector del AAS.
- Todos los **AINE** elevan la presión arterial al retener agua y sodio, la **EMA (agencia europea del medicamento)** alertó sobre el incremento de la presión arterial con **eterocoxib**, sobre todo a dosis de 90 mg, desaconsejando su uso en HTA mal controlada. Además, el uso de AINE reduce la eficacia de los fármacos antiHTA.
- Aumento del riesgo de desarrollo de insuficiencia cardíaca (**IC**) y de su descompensación, por tanto, en pacientes con IC no utilizar AINE, incluyendo los inhibidores COX2.

¿QUÉ HAGO?

- 1) En enfermedad CV establecida, se recomienda evitar AINE.

- 2) En IC y en pacientes en riesgo de descompensación o IC, se recomienda evitar AINE.
- 3) En prevención primaria, debemos sopesar el balance riesgo/beneficio, e intentar reducir las dosis y tiempos de uso de los AINE.
- 4) Las diferencias de seguridad CV entre los AINE son confusas, con estudios con resultados dispares.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Recomendaciones, reconociendo el alto grado de incertidumbre en la evidencia:

- El naproxeno, en general, parece tener una evidencia científica que avala un mejor perfil CV y peor GI.
- El uso de ibuprofeno y naproxeno pueden reducir el efecto antiplaquetario del AAS.
- El uso combinado del AAS y los inhibidores COX2 reduce los beneficios GI de estos últimos.
- Los inhibidores COX2 son los fármacos con mejor perfil GI pero su perfil CV es controvertido.
- Los efectos adversos de los AINE se relacionan con la dosis y duración del tratamiento.

Por tanto, el aumento de riesgo GI por AINE se puede minimizar con el uso de IBP, pero no así el aumento de riesgo CV que no podemos neutralizarlo.

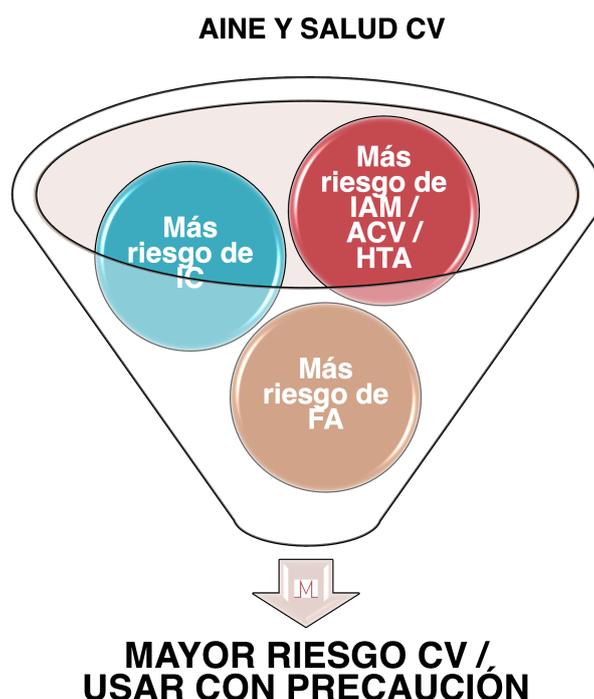


Ilustración 1. AINES.

REFERENCIAS

[Expert Opin Drug Saf. 2022 Mar;21\(3\):373-384](#)

[Anales del Sistema Sanitario de Navarra](#)

