

Kwas acetylosalicylowy w prewencji sercowo-naczyniowej – znaczenie praktyczne ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów starszych

Acetylsalicylic acid in cardiovascular prevention – practical implications with particular emphasis on elderly patients

Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Kwas acetylosalicylowy (ASA) od wielu lat stanowi podstawowy element prewencji chorób sercowo-naczyniowych, jednak jego rola uległa istotnej zmianie w ostatnich latach. W prewencji wtórnej ASA pozostaje leczeniem standardowym, skutecznie redukując ryzyko kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych, w tym zdarzeń złożonych (MACE). W prewencji pierwotnej jego zastosowanie jest obecnie ograniczone ze względu na niewielką redukcję ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych przy jednoczesnym istotnym wzroście ryzyka powikłań krwotocznych. Szczególne znaczenie ma właściwa kwalifikacja pacjentów starszych, u których ryzyko krwawień często przewyższa potencjalne korzyści terapii. W tej grupie decyzja o zastosowaniu ASA powinna być podejmowana indywidualnie, po dokładnej ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego i krwotocznego. W praktyce lekarza rodzinnego kluczowe znaczenie ma optymalizacja innych strategii prewencyjnych, takich jak leczenie statynami, kontrola ciśnienia tętniczego oraz modyfikacja stylu życia. *Geriatrics 2026;20:79-81. doi: 10.53139/G.20262021*

Słowa kluczowe: kwas acetylosalicylowy, ASA, prewencja sercowo-naczyniowa, prewencja pierwotna, prewencja wtórna, MACE, pacjent starszy, ryzyko krwawienia

Abstract

Acetylsalicylic acid (ASA) has long been a cornerstone of cardiovascular prevention; however, its role has evolved significantly in recent years. In secondary prevention, ASA remains a standard therapy, effectively reducing the risk of recurrent cardiovascular events, including major adverse cardiovascular events (MACE). In contrast, its use in primary prevention is now limited due to a modest reduction in cardiovascular risk accompanied by a significant increase in bleeding complications. Patient selection is particularly important in the elderly population, in whom the risk of bleeding often outweighs the potential benefits of therapy. In this group, the decision to initiate ASA should be individualized, based on a careful assessment of both cardiovascular and bleeding risks. In primary care practice, priority should be given to optimizing other preventive strategies, including statin therapy, blood pressure control, and lifestyle modification. *Geriatrics 2026;20:79-81. doi: 10.53139/G.20262021*

Keywords: acetylsalicylic acid, aspirin, cardiovascular prevention, primary prevention, secondary prevention, MACE, elderly patients, bleeding risk

Prewencja chorób sercowo-naczyniowych stanowi jeden z kluczowych elementów praktyki lekarza rodzinnego. W codziennej pracy niezwykle istotne jest rozróżnienie pomiędzy prewencją pierwotną a wtórną. Prewencja pierwotna odnosi się do działań podejmowanych u pacjentów bez rozpoznanej choroby

sercowo-naczyniowej, których celem jest zapobieganie pierwszemu incydentowi, natomiast prewencja wtórna dotyczy chorych po przebytych zdarzeniach sercowo-naczyniowych i ma na celu redukcję ryzyka ich nawrotu [1].

Do najważniejszych zdarzeń sercowo-naczyniowych zalicza się zawał mięśnia sercowego, udar niedokrwienny mózgu, zgon sercowo-naczyniowy oraz konieczność pilnej rewaskularyzacji. W badaniach klinicznych często stosuje się złożony punkt końcowy określany jako MACE (*major adverse cardiovascular events*), który najczęściej obejmuje zgon sercowo-naczyniowy, zawał serca i udar mózgu, a w niektórych analizach także rewaskularyzację [1,2].

Kwas acetylosalicylowy (ASA) od wielu lat stanowi podstawowy lek przeciwplatekowany wykorzystywany w prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych. Jego mechanizm działania polega na nieodwracalnym hamowaniu cyklooksygenazy-1 w płytkach krwi, co prowadzi do zahamowania syntezy tromboksanu A₂ i trwałego zmniejszenia zdolności agregacyjnych płytek [4]. Pomimo dobrze poznanego mechanizmu działania, zakres zastosowania ASA różni się istotnie w zależności od kontekstu klinicznego.

Prewencja wtórna

W prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych skuteczność ASA jest jednoznacznie potwierdzona i stanowi on fundament terapii. U pacjentów po przebytym zawał mięśnia sercowego, udarze niedokrwiennym mózgu czy zabiegach rewaskularyzacyjnych przewlekle stosowanie ASA prowadzi do istotnej redukcji ryzyka kolejnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, w tym elementów składowych MACE, oraz zgonu sercowo-

-naczyniowego. Redukcja względnego ryzyka sięga około 20–25%, co przekłada się na istotne korzyści kliniczne [1,5].

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ASA w dawce 75-100 mg na dobę powinien być stosowany przewlekle u większości pacjentów w prewencji wtórnej, o ile nie występują przeciwwskazania. Korzyści z terapii w tej grupie zdecydowanie przewyższają ryzyko powikłań krwotocznych, co uzasadnia jego szerokie zastosowanie również u pacjentów w starszym wieku, przy zachowaniu odpowiedniej czujności klinicznej [1].

Prewencja pierwotna

Rola ASA w prewencji pierwotnej uległa istotnemu ograniczeniu w ostatnich latach. Wyniki współczesnych badań klinicznych wskazują, że choć ASA może w niewielkim stopniu zmniejszać ryzyko pierwszych zdarzeń sercowo-naczyniowych, to efekt ten jest równoważony przez zwiększone ryzyko poważnych krwawień, w tym krwawień z przewodu pokarmowego i krwotoków śródczaszkowych [2,6].

W konsekwencji aktualne wytyczne nie zalecają rutynowego stosowania ASA w prewencji pierwotnej. Można rozważyć jego zastosowanie jedynie u wybranych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, u których ryzyko krwawienia jest niskie [1]. W praktyce oznacza to konieczność dokładnej oceny

Tabela I. Wskazania do stosowania kwasu acetylosalicylowego (ASA) w prewencji sercowo-naczyniowej
Table I. Indications for the use of acetylsalicylic acid (ASA) in cardiovascular prevention

Kategoria	Prewencja pierwotna	Prewencja wtórna
Definicja	Pacjent bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej	Pacjent po przeżytym incydencie sercowo-naczyniowym
Cel terapii	Zapobieganie pierwszemu zdarzeniu (np. zawał, udar)	Zapobieganie nawrotowi zdarzeń (MACE)
Rola ASA	Ograniczona, selektywna	Podstawowa, standard leczenia
Rekomendacje	Nie stosować rutynowo [1,2]	Stosować u większości pacjentów [1,5]
Kiedy rozważyć ASA	Bardzo wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe + niskie ryzyko krwawienia [1]	Zawsze, jeśli brak przeciwwskazań
Pacjent starszy (≥70 r.ż.)	Z reguły nie rozpoczynać [6]	Ciągła ocena ryzyka krwawienia
Korzyści	Niewielka redukcja pierwszych zdarzeń CV [2]	Redukcja ryzyka MACE o 20-25% [1]
Ryzyko	Istotny wzrost krwawień (GI, śródczaszkowe) [2,6]	Obecne, ale zwykle przewyższane przez korzyści
Alternatywy / priorytety	Statyny, kontrola BP, leczenie cukrzycy, styl życia [1,2]	Leczenie kompleksowe (ASA + inne terapie)
Dawka	Jeśli stosowany: 75–100 mg/d	75–100 mg/d przewlekle
Podejście kliniczne	Indywidualizacja decyzji	Standard postępowania

bilansu korzyści i ryzyka oraz indywidualizacji decyzji terapeutycznej.

Pacjenci starsi

Szczególną grupę stanowią pacjenci w podeszłym wieku, u których decyzja o zastosowaniu ASA wymaga szczególnej ostrożności. Wraz z wiekiem wzrasta zarówno ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, jak i ryzyko powikłań krwotocznych, przy czym to drugie często narasta szybciej. Dodatkowo u osób starszych częściej obserwuje się wielochorobowość, polifarmakoterapię oraz zaburzenia czynności nerek i przewodu pokarmowego, które zwiększają podatność na działania niepożądane [3,7].

Kluczowych danych dostarczyło badanie ASPREE, obejmujące osoby powyżej 70. roku życia bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej. Wykazano w nim brak istotnej redukcji ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych przy jednoczesnym wzroście ryzyka poważnych krwawień u pacjentów stosujących ASA [6]. Wyniki te jednoznacznie wskazują, że u większości pacjentów starszych nie należy rozpoczynać ASA w ramach prewencji pierwotnej.

Decyzja o zastosowaniu ASA powinna być podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem oceny ryzyka krwawienia, obejmującej m.in. wywiad krwawień, stosowanie leków zwiększających ryzyko krwawień oraz choroby współistniejące [3]. W praktyce

klinicznej często bardziej korzystne jest skoncentrowanie się na innych strategiach prewencyjnych, takich jak leczenie statynami, kontrola ciśnienia tętniczego oraz modyfikacja stylu życia [1,2].

Podsumowanie

Kwas acetylosalicylowy pozostaje podstawowym elementem prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych i skutecznie redukuje ryzyko zdarzeń złożonych, takich jak MACE. Jego rola w prewencji pierwotnej jest natomiast ograniczona i powinna być rozważana w wybranych przypadkach. U pacjentów starszych, ze względu na wysokie ryzyko krwawień, decyzja o zastosowaniu ASA wymaga szczególnej rozwagi i indywidualnego podejścia.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Honoraria wykładowe Polpharma / lecture honoraria Polpharma

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii

Warszawski Uniwersytet Medyczny UCK WUM

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

☎ (+48 22) 599 19 58

✉ grabowski.marcin@me.com

Piśmiennictwo/References

1. 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):3227-337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
2. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. Aspirin use to prevent cardiovascular disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2022;327(16):1577-84. doi:10.1001/jama.2022.4983.
3. Urban P, Mehran R, Collieran R, Angiolillo DJ, Byrne RA, Capodanno D, et al. Defining high bleeding risk in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a consensus document from the Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC-HBR). *Circulation*. 2019;140(3):240-61. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040167
4. Patrono C, García Rodríguez LA, Landolfi R, Baigent C. Low-dose aspirin for the prevention of atherothrombosis. *N Engl J Med*. 2005;353(22):2373-83. doi:10.1056/NEJMra052717
5. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3720-826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
6. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, Tonkin AM, Donnan GA, Nelson MR, et al. Effect of aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018;379(16):1509-18. doi:10.1056/NEJMoa1805819
7. Halvorsen S, Andreotti F, ten Berg JM, Cattaneo M, Coccheri S, Marchioli R, et al. Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. *Eur Heart J*. 2014;35(31):2095-103. doi:10.1093/eurheartj/ehu036