

## **Kwas acetylosalicylowy w prewencji sercowo-naczyniowej – perspektywa farmaceutyczna ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów starszych**

### ***Acetylsalicylic acid in cardiovascular prevention – a pharmacist's perspective with particular emphasis on elderly patients***

**Marcin Grabowski**

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

#### **Streszczenie**

Kwas acetylosalicylowy (ASA) pozostaje jednym z najczęściej stosowanych leków przeciwplatekcyjnych w 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 ograniczone ze względu na niewielkie korzyści kliniczne przy jednoczesnym istotnym wzroście ryzyka krwawień. Szczególne znaczenie ma właściwa kwalifikacja pacjentów starszych, u których ryzyko powikłań krwotocznych często przewyższa potencjalne korzyści terapii. Farmaceuta odgrywa kluczową rolę w optymalizacji leczenia poprzez identyfikację nieprawidłowych wskazań, ocenę interakcji lekowych, wspieranie adherencji oraz edukację pacjentów. (*Farm Współ* 2026; 19: 52-55) doi: 10.53139/FW.20261904

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

#### **Abstract**

Acetylsalicylic acid (ASA) remains one of the most commonly used antiplatelet agents in cardiovascular prevention; however, its role has significantly evolved 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 primary prevention, its use is limited due to modest clinical benefits accompanied by a significant increase in bleeding risk. Patient selection is particularly important in the elderly population, in whom the risk of bleeding often outweighs potential benefits. Pharmacists play a key role in optimizing therapy by identifying inappropriate indications, assessing drug interactions, supporting adherence, and providing patient education. (*Farm Współ* 2026; 19: 52-55) doi: 10.53139/FW.20261904

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

#### **Wprowadzenie**

Kwas acetylosalicylowy (ASA) pozostaje jednym z najczęściej stosowanych leków przeciwplatekcyjnych w praktyce ambulatoryjnej. Z perspektywy farmaceuty jego znaczenie wykracza poza samą skuteczność kliniczną i obejmuje bezpieczeństwo terapii, interakcje

lekowe, właściwą kwalifikację pacjenta oraz edukację dotyczącą stosowania leku. Szczęólnego znaczenia nabiera to w kontekście dostępności ASA bez recepty oraz starzejącej się populacji pacjentów.

W praktyce klinicznej kluczowe jest rozróżnienie pomiędzy prewencją pierwotną i wtórną chorób ser-

cowo-naczyniowych. Prewencja pierwotna dotyczy pacjentów bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, natomiast prewencja wtórna odnosi się do chorych po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych, takich jak zawał mięśnia sercowego, udar mózgu czy rewaskularyzacja. Zdarzenia te często są analizowane w ramach złożonego punktu końcowego MACE (*major adverse cardiovascular events*), obejmującego najczęściej zgon sercowo-naczyniowy, zawał serca i udar mózgu [1,2].

### **ASA w prewencji wtórnej – rola farmaceuty**

W prewencji wtórnej ASA stanowi podstawę leczenia przeciwplatekowego i jego skuteczność w redukcji ryzyka kolejnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, w tym MACE, jest dobrze udokumentowana [1,5]. Mechanizm działania polega na nieodwracalnym hamowaniu cyklooksygenazy-1 i syntezy tromboksanu A<sub>2</sub>, co prowadzi do trwałego zahamowania agregacji płytek krwi [4].

Z punktu widzenia farmaceuty kluczowe znaczenie ma zapewnienie ciągłości terapii, ponieważ jej przerwanie może prowadzić do zwiększonego ryzyka powikłań krzepopowych. Istotnym elementem opieki farmaceutycznej jest również identyfikacja pacjentów z podwyższonym ryzykiem krwawienia oraz rekomendowanie działań ograniczających to ryzyko, takich jak zastosowanie inhibitorów pompy protonowej u chorych wysokiego ryzyka [3].

### **ASA w prewencji pierwotnej – wyzwania w praktyce aptecznej**

Rola ASA w prewencji pierwotnej uległa istotnemu ograniczeniu. Aktualne dane wskazują, że korzyści wynikające z redukcji pierwszych zdarzeń sercowo-naczyniowych są niewielkie i równoważone przez zwiększone ryzyko poważnych krwawień [2,6].

Z perspektywy farmaceuty istotny jest problem samodzielnego stosowania ASA przez pacjentów bez wyraźnych wskazań. W praktyce aptecznej spotyka się osoby przyjmujące ASA „profilaktycznie”, bez wcześniejszej konsultacji lekarskiej. W takich przypadkach farmaceuta powinien przeprowadzić wstępną ocenę zasadności terapii, zidentyfikować potencjalne czynniki ryzyka oraz skierować pacjenta do lekarza w celu dalszej diagnostyki i kwalifikacji leczenia [1,2].

### **Pacjenci starsi – szczególna rola farmaceuty**

Pacjenci w podeszłym wieku stanowią szczególną grupę, u której bilans korzyści i ryzyka stosowania ASA jest bardziej złożony. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko zarówno incydentów sercowo-naczyniowych, jak i powikłań krwotocznych, przy czym to drugie często narasta szybciej [3,7].

W badaniu ASPREE wykazano, że u osób  $\geq 70$ . roku życia bez choroby sercowo-naczyniowej stosowanie ASA nie prowadzi do istotnej redukcji zdarzeń sercowo-naczyniowych, natomiast zwiększa ryzyko poważnych krwawień [6]. Wyniki te mają istotne znaczenie praktyczne i wskazują, że w tej grupie pacjentów ASA nie powinien być rutynowo stosowany w prewencji pierwotnej.

Z punktu widzenia farmaceuty szczególnie ważna jest ocena całkowitej farmakoterapii pacjenta, identyfikacja interakcji lekowych oraz rozważenie zasadności kontynuacji leczenia [3].

### **Interakcje i bezpieczeństwo farmakoterapii**

ASA wchodzi w liczne interakcje lekowe, które mogą zwiększać ryzyko działań niepożądanych. Szczególne znaczenie ma jednoczesne stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które mogą zarówno zwiększać ryzyko krwawienia, jak i osłabiać działanie przeciwplatekowe ASA.

Istotne jest również monitorowanie terapii skojarzonej z lekami przeciwkrzepeowymi, w której ryzyko krwawień istotnie wzrasta. W takich przypadkach konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy lekarzem a farmaceutą oraz indywidualizacja terapii [3].

### **Rola farmaceuty w edukacji pacjenta**

Farmaceuta odgrywa kluczową rolę w edukacji pacjentów w zakresie racjonalnego stosowania ASA. Dotyczy to zarówno wyjaśnienia zasadności terapii, jak i informowania o potencjalnych działaniach niepożądanych, w tym objawach krwawienia.

Szczególne znaczenie ma edukacja dotycząca unikania samodzielnego rozpoczynania terapii w prewencji pierwotnej oraz podkreślanie znaczenia adherencji w prewencji wtórnej [1,2].

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 przebyłym 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]	Stosować z ostrożnością, 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 / priority	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
Podjęcie kliniczne	Indywidualizacja decyzji	Standard postępowania

## Przykładowe „przypadki” apteczne

### Case 1 – „Profilaktycznie biorę lek”

Pacjent, 58 lat, bez choroby sercowo-naczyniowej, zgłasza się po ASA „na serce”.

➡ Farmaceuta powinien ustalić brak wskazań do prewencji wtórnej i wyjaśnić, że rutynowe stosowanie ASA nie jest zalecane.

✓ Zalecenie: konsultacja lekarska, nacisk na modyfikację stylu życia.

### Case 2 – Pacjent po zawale + NLPZ

Pacjent, 72 lata, ASA po zawale, dodatkowo kupuje ibuprofen.

➡ Ryzyko krwawienia + osłabienie efektu ASA.

✓ Zalecenie: unikać NLPZ, ewentualnie paracetamol, rozważyć IPP.

### Case 3 – Pacjent starszy, wielolekowy

Pacjentka, 78 lat, ASA „profilaktycznie”, dodatkowo NOAC i GKS.

➡ Bardzo wysokie ryzyko krwawienia.

✓ Zalecenie: pilna weryfikacja zasadności ASA.

## Podsumowanie

Z perspektywy farmaceuty ASA pozostaje podstawowym elementem prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych, skutecznie redukując ryzyko zdarzeń takich jak MACE. Jego rola w prewencji pierwotnej jest obecnie ograniczona i wymaga indywidualnej oceny. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów starszych, u których ryzyko powikłań krwotocznych często przewyższa potencjalne korzyści terapii. Farmaceuta odgrywa kluczową rolę w optymalizacji leczenia, poprawie bezpieczeństwa farmakoterapii oraz edukacji pacjentów.

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, 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, 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, Colleran R, 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, et al. 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, 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, 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, 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.