

DAPT EN LA ERA DE LA NUEVA GENERACIÓN DE STENT: ¿Por cuánto tiempo? Deconstruyendo el dogma de los 12 m

Luis Alberto Urna Herbas, MD. MSc.

*Cardiología Intervencionista y Hemodinamia
Cardiología Clínica - Medicina Interna*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

- Sin conflictos de interés.



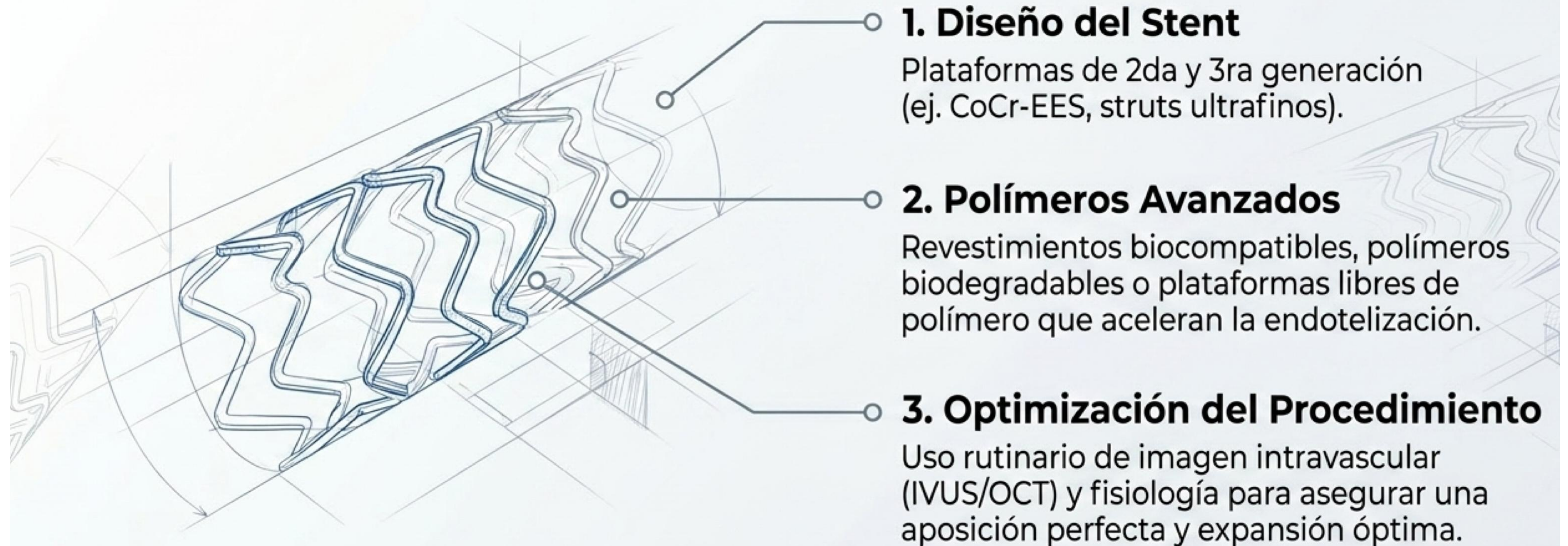
El Dogma Histórico y el Precio del Tiempo

El estándar histórico de 12 meses de Terapia Antiplaquetaria Dual (DAPT) para el Síndrome Coronario Agudo (SCA) garantizaba protección isquémica temprana, pero a un costo ineludible a largo plazo.



Insight Clínico: Mientras que los eventos isquémicos y la trombosis del stent ocurren de forma predominantemente temprana post-ICP, los eventos de sangrado mayor se acumulan con la duración extendida de la terapia antiplaquetaria, afectando la mortalidad por causas no cardiovasculares.

El Catalizador del Cambio: Anatomía de la Seguridad



Conclusión: Estas mejoras estructurales han disminuido drásticamente la tasa basal de trombosis del stent, reduciendo la necesidad biológica de mantener una terapia antiplaquetaria dual prolongada.

El Núcleo de la Evidencia (SCA): Metaanálisis de Datos Individuales 2025

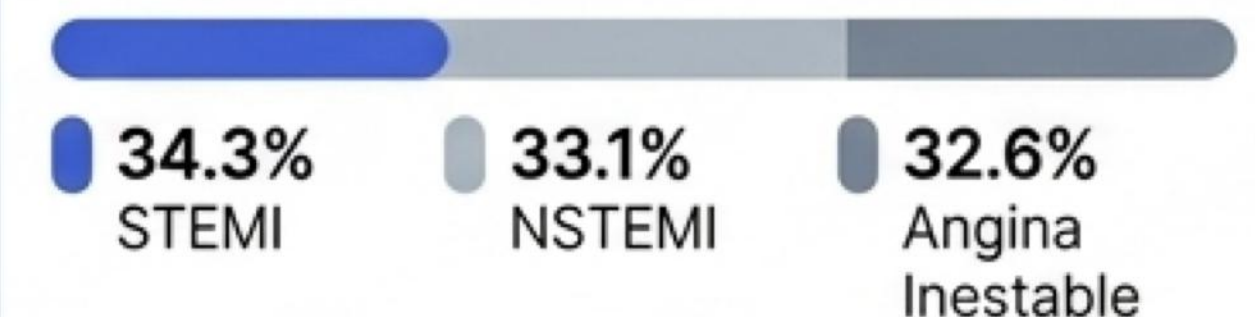
Fuente: Annals of Internal Medicine Meta-analysis 2025

Ensayo Clínico	Estrategia de Desescalada
TICO Trial	Monoterapia con ticagrelor tras 3 meses de DAPT.
T-PASS Trial	Retiro de aspirina en < 1 mes seguido de monoterapia con ticagrelor.
ULTIMATE-DAPT Trial	Monoterapia con ticagrelor del mes 1 al 12.

La Cohorte

N = 9,130

pacientes aleatorizados con Síndrome Coronario Agudo sometidos a ICP con DES contemporáneo.



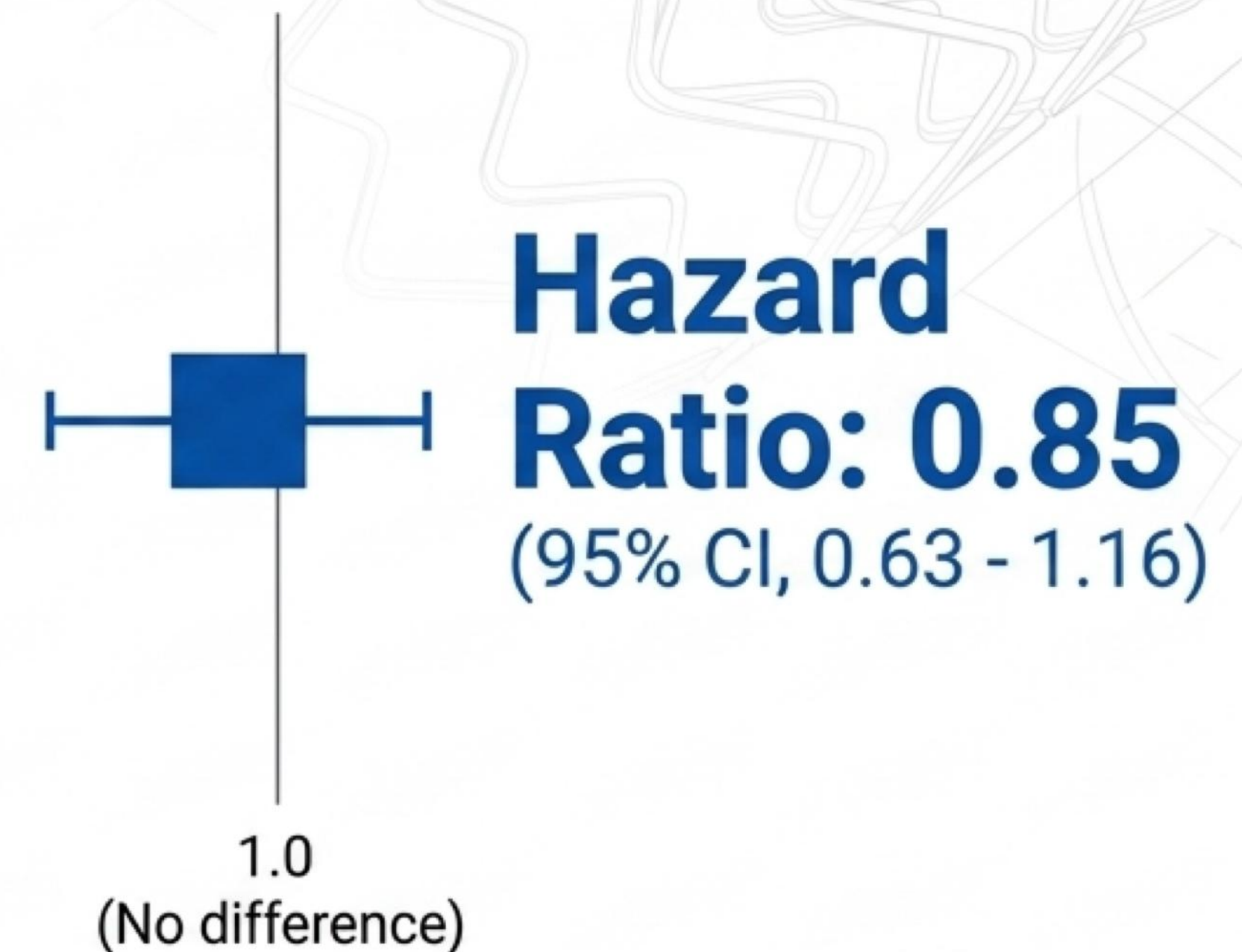
Riesgo Isquémico: La Seguridad de la Monoterapia P2Y12

Punto Final Isquémico

Compuesto de muerte,
infarto de miocardio no
procedural o ACV.

**Monoterapia con
Ticagrelor: 1.7%**

**DAPT Estándar
(12 meses): 2.1%**



Conclusión: Retirar la aspirina tempranamente (entre 1 a 3 meses) tras el evento agudo no incrementa de manera estadísticamente significativa el riesgo de eventos isquémicos ni de trombosis del stent.

Riesgo de Sangrado: La Ventaja Absoluta de la Desescalada

Punto Final de Sangrado Mayor
(BARC tipos 3 o 5)



Conclusión: Un descenso dramático y consistente del 70% en el riesgo relativo de sangrados graves al desescalar a monoterapia con ticagrelor.

Universalidad del Beneficio en el Espectro del SCA

STEMI (Infarto con elevación del ST)	NSTEMI (Infarto sin elevación del ST)	Angina Inestable (UA)
Sangrado mayor: HR 0.32	Sangrado mayor: HR 0.19	Sangrado mayor: HR 0.52
Isquemia: HR 1.17 (ns)	Isquemia: HR 0.80 (ns)	Isquemia: HR 0.62 (ns)

Takeaway Clínico: **La desescalada temprana** es una **estrategia transversal y segura**, válida incluso en los escenarios de **mayor reactividad plaquetaria inicial** como el **infarto con elevación del ST**.

Escenario HBR: Redefiniendo el Límite a 1 Mes

MASTER-DAPT (2021)

En pacientes con alto riesgo de **sangrado (HBR)**, la desescalada a **1 mes** de DAPT demostró ser no inferior para eventos **isquémicos (MACCE)** y clínicamente superior al reducir el sangrado mayor y no mayor relevante frente al régimen estándar prolongado.

Programa XIENCE (28/90)

En pacientes HBR tratados con stents liberadores de everolimus, suspender la **DAPT a 1 o 3 meses** resultó en tasas de **trombosis del stent** extremadamente bajas (aprox. **0.3%**) con una reducción significativa en el **sangrado BARC 3-5** frente a los controles históricos.

Conclusión: En el paciente HBR (High Bleeding Risk), el dogma de los 12 meses es no solo obsoleto, sino iatrogénico.

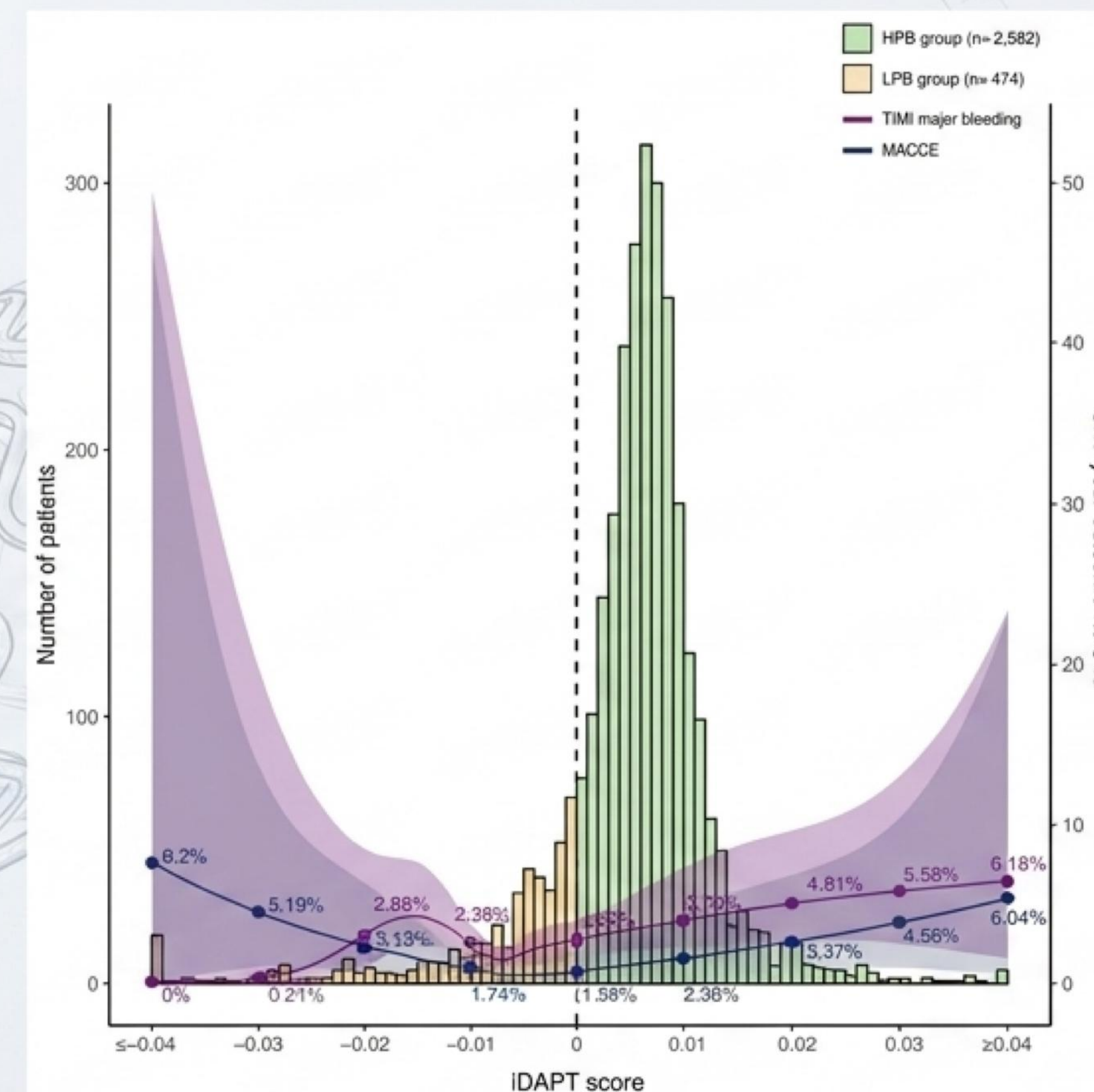
El Futuro es la Precisión: El Score iDAPT

Concepto:

El Score iDAPT (2024) permite predecir el beneficio clínico neto individual de una **DAPT abreviada** (1-6 meses) versus **DAPT estándar (12 meses)** basándose en covariables del paciente.

Grupo de Alto Beneficio Predicho (HPB):

Constituye el **84.5%** de los pacientes evaluados. En este grupo, la **DAPT abreviada** reduce significativamente el **sangrado mayor (ARD 1.26%)** y los eventos clínicos netos adversos (**NACE, ARD 1.59%**) sin generar una penalización en **eventos isquémicos (MACCE)**.



Takeaway: La evaluación cuantitativa supera la intuición clínica; la inmensa mayoría de los pacientes derivan un beneficio neto de acortar la terapia.

Traducción Inmediata a las Guías Clínicas (2024-2025)



Guía AHA/ACC/SCAI 2025 (Síndrome Coronario Agudo)



Recomendación: En pacientes con SCA que han tolerado la DAPT con ticagrelor, la transición a monoterapia con ticagrelor a partir de ≥ 1 mes post-ICP es útil para reducir el **riesgo de sangrado**.

2b

Clase 2b, Nivel de Evidencia B-R



Guía ESC 2024 (Síndromes Coronarios Crónicos)



Recomendación: Se recomienda una DAPT abreviada de 1 a 3 meses para pacientes que no están en alto **riesgo isquémico** o que presentan **alto riesgo de sangrado (HBR)**, ya que disminuye el **sangrado** sin aumentar los **eventos isquémicos**.

Implicaciones Perioperatorias en la Era de la DAPT Corta

Primeras 4 a 6 Semanas (Zona de Alto Riesgo)

Más allá de las 12 Semanas (Zona Segura)

Es el período de **mayor riesgo trombótico**.

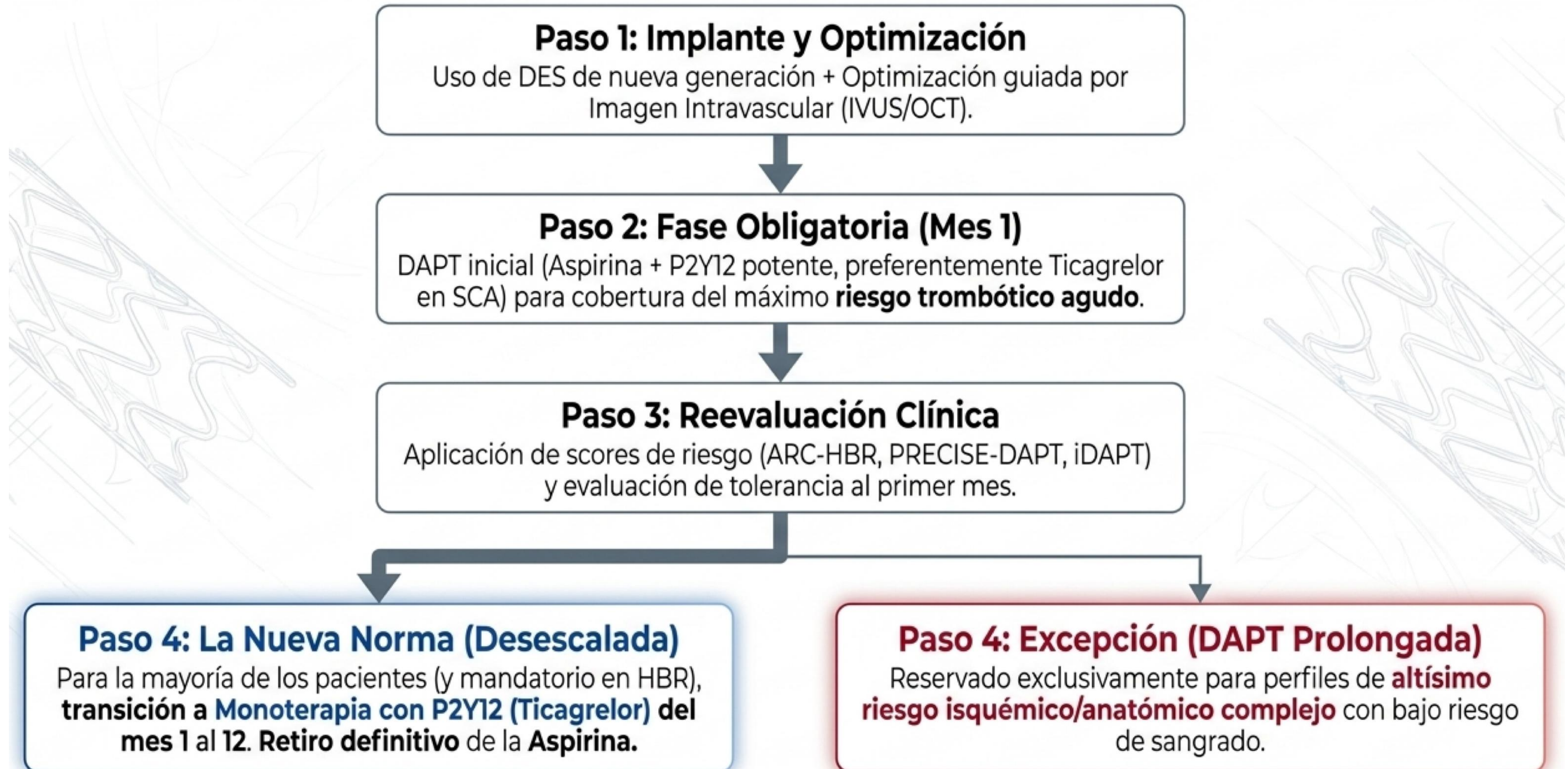
Se recomienda **demorar toda cirugía no cardíaca electiva**.

Si la cirugía es **urgente/impostergable**, **mantener la DAPT** o **suspender el inhibidor P2Y12** solo si es estrictamente inevitable.

Consenso actualizado (SAC 2025 / AHA 2024).

Superados los 3 meses post-implante, se puede considerar **con alta seguridad suspender el inhibidor P2Y12** (o mantener monoterapia P2Y12 suspendiendo aspirina, según estrategia base) para procedimientos quirúrgicos, **reduciendo drásticamente** los tiempos de espera históricos de 12 meses.

Algoritmo de Decisión Clínica Contemporánea

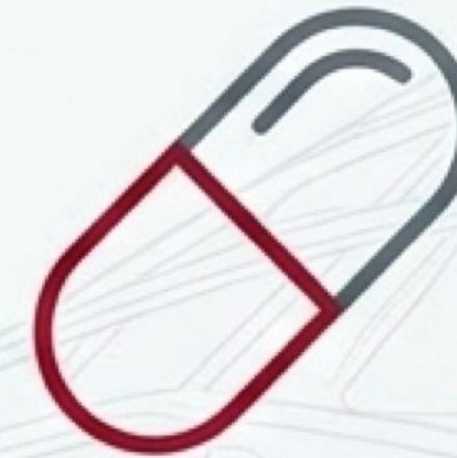


El Nuevo Paradigma Intervencionista



1. El Dogma Desplazado

Los 12 meses de DAPT universal ya no son una regla intocable. Hoy, la **protección isquémica** a largo plazo se garantiza en la sala de hemodinamia con plataformas avanzadas e imagen intravascular, no mediante la sobre-exposición farmacológica.



2. El Poder de la Monoterapia P2Y12

Retirar la aspirina tempranamente (1 a 3 meses) y continuar con un inhibidor P2Y12 potente reduce drásticamente los eventos de **sangrado grave** (>70%) sin sacrificar la **seguridad isquémica**, incluso en escenarios agudos como el STEMI.



3. Medicina a Medida

La farmacología antitrombótica contemporánea exige precisión. Evaluar el riesgo de manera dinámica (Score iDAPT) nos confirma que, en el balance **riesgo-beneficio** post-estabilización aguda, menos es definitivamente más.



**Sociedad
Panameña de
Cardiología**

Acad. Dr. DAEN
LUIS ALBERTO URNA HERBAS, MSc.

+59176642222
dr_luis_urna@outlook.com
<https://linktr.ee/dr.luisurna>



gracias