

Eficacia y seguridad de doble antiagregación plaquetaria corta post-*stent* farmacológico

Efficacy and safety of dual anti-platelet aggregation short post-pharmacologic stent

Aurelio Alejandro Ramírez-Delgadillo^{1a}, Leonardo Ramírez-de la Cruz^{2b}, Cesar Emiliano Jiménez-Limón^{1c}, Diego Alejandro Ruiseco-Chenhalls^{3d}, Cesar David Montes-González^{4e}, Gabriel Sebastián Alonso-Limón^{1f}

Resumen

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar la eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria dual de corta duración (menor a 6 meses) frente a la prolongada (más de 12 meses) tras la implantación de un *stent* liberador de fármaco. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como *PubMed* y *Google Scholar* de artículos publicados entre 2019 y 2025, centrándose en ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales y metaanálisis recientes. Los principales resultados analizados fueron eventos isquémicos mayores (muerte cardiovascular, infarto de miocardio, trombosis del *stent*), hemorragias mayores y mortalidad por todas las causas. La evidencia disponible demuestra que la doble terapia antiagregante plaquetaria de corta duración no es inferior a la prolongada en la prevención de eventos cardiovasculares adversos mayores y se asocia de forma consistente con una reducción significativa del riesgo de sangrado mayor, con un beneficio clínico neto superior cuando se aplica una estrategia de desescalada individualizada, especialmente con el uso de *stents* liberadores de fármacos de nueva generación, lo que respalda que la pauta abreviada sea una recomendación viable y, en muchos pacientes con alto riesgo hemorrágico, la opción preferente. Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar el perfil de riesgo isquémico-hemorrágico en la toma de decisiones terapéuticas personalizadas.

Abstract

The objective of this systematic review is to evaluate the efficacy and safety of short-duration dual antiplatelet therapy (< 6 months) compared with prolonged therapy (> 12 months) following drug-eluting stent implantation. A systematic search was conducted in databases such as *PubMed* and *Google Scholar* for articles published between 2019 and 2025, focusing on randomized clinical trials, observational studies, and recent meta-analyses. The primary outcomes analyzed were major ischemic events (cardiovascular death, myocardial infarction, stent thrombosis), major bleeding, and all-cause mortality. Available evidence demonstrates that short-duration dual antiplatelet therapy is non-inferior to prolonged therapy in preventing major adverse cardiovascular events and is consistently associated with a significant reduction in the risk of major bleeding. This strategy offers a superior net clinical benefit when an individualized de-escalation approach is applied, particularly with the use of new-generation drug-eluting stents, supporting the abbreviated regimen as a viable recommendation and, for many patients at high bleeding risk, the preferred option. These findings underscore the importance of integrating ischemic-bleeding risk profiles into personalized therapeutic decision-making.

¹Universidad Autónoma de Aguascalientes, Departamento de Medicina. Aguascalientes, Aguascalientes, México

²Universidad Cuauhtémoc Aguascalientes, Departamento de Medicina. Aguascalientes, Aguascalientes, México

³Universidad Autónoma de Guadalajara, Departamento de Medicina. Guadalajara, Jalisco, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 3, Servicio de Urgencias. Aguascalientes, Aguascalientes, México

ORCID: 0009-0000-4696-7354^a, 0009-0007-0631-3007^b, 0009-0001-0227-7009^c, 0009-0008-0877-615X^d, 0009-0000-0954-5283^e, 0009-0009-2618-2897^f

Palabras clave

Stents Liberadores de Fármacos
Duración de la Terapia
Hemorragia
Trombosis
Terapia Antiagregante Plaquetaria

Keywords

Drug-Eluting Stents
Duration of Therapy
Hemorrhage
Thrombosis
Dual Antiplatelet Therapy

Fecha de recibido: 28/11/2025

Fecha de aceptado: 17/02/2026

Comunicación con:

Aurelio Alejandro Ramírez Delgadillo

✉ AALEJANDRO23@outlook.com

☎ 33 3252 5896

Cómo citar este artículo: Ramírez-Delgadillo AA, Ramírez-de la Cruz L, Jiménez-Limón CE *et al.* Eficacia y seguridad de doble antiagregación plaquetaria corta post-*stent* farmacológico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2026;64(4):e7031. doi: 10.5281/zenodo.19076266

Introducción

La enfermedad arterial coronaria es una de las principales causas de morbilidad a nivel global. El tratamiento estándar para lesiones significativas incluye la intervención coronaria percutánea con la implantación de *stents* liberadores de fármacos.¹ Estos dispositivos han reducido significativamente la reestenosis coronaria, mejorando los resultados a largo plazo de los pacientes.² La complicación isquémica más temida postintervención coronaria percutánea es la trombosis del *stent*, un evento potencialmente fatal que se previene mediante la doble terapia antiagregante plaquetaria.³ Tradicionalmente, la doble terapia antiagregante plaquetaria se prescribía por un periodo de 12 meses o más para prevenir eventos trombóticos tardíos;⁴ sin embargo, esta duración se asocia con un riesgo acumulado de sangrado mayor, un evento que ha demostrado impactar negativamente en la supervivencia a largo plazo, tanto como un evento isquémico.^{5,6}

Con la evolución de los *stents* a la generación actual (*stents* liberadores de fármacos de polímero ultrafino y liberación controlada), la rápida endotelización y la reducción de la respuesta inflamatoria han cuestionado la necesidad de una doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada.⁷ El dilema clínico reside en el balance entre el riesgo de isquemia (necesidad de prevenir trombosis del *stent*) y el riesgo de hemorragia (necesidad de evitar el sangrado). Por lo tanto, el propósito de este trabajo es analizar y sintetizar la evidencia publicada entre 2019 y 2025 sobre la eficacia y seguridad de la doble antiagregación plaquetaria de corta duración (menor a 6 meses) en comparación con la duración prolongada (mayor a 12 meses) en pacientes postintervención coronaria percutánea con *stent* farmacológico de nueva generación.⁷

Metodología

Para dar respuesta a la interrogante planteada, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, cubriendo el periodo de 2019 a 2025. La estrategia de búsqueda consistió en utilizar las bases de datos *PubMed* y *Google Scholar*, acompañada de términos de búsqueda clave combinados mediante operadores booleanos (*AND*, *OR*): (*"doble terapia antiagregante"* *OR* *"DAPT"*) *AND* (*"corta duración"* *OR* *"short-duration DAPT"*) *AND* (*"stent farmacológico"* *OR* *"DES"*) *AND* (*"prolongada"* *OR* *"long-duration DAPT"*). Se incluyeron términos adicionales como *"metaanálisis"*, *"ensayo clínico"* y los nombres de ensayos clave como *SMART-DATE*, *MASTER DAPT*, *SMART-CHOICE*, *PEGASUS-TIMI 54* y *ULTIMATE-DAPT*.

Los criterios de inclusión fueron: ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis que compararan directamente la

doble terapia antiagregante plaquetaria de corta duración (definida como menor a 6 meses, incluyendo pautas de 1 y 3 meses) con la doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada (definida como mayor a 12 meses). Los estudios debían incluir pacientes con *stents* liberadores de fármacos de nueva generación.

Los criterios de exclusión fueron: estudios observacionales no controlados, reportes de casos, literatura gris, artículos sin revisión por pares y literatura de paga.

Se identificaron en total 315 registros mediante la búsqueda electrónica en las bases de datos: 245 en *PubMed* y 70 adicionales a través de *Google Scholar*. Tras eliminar duplicados y descartar aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, se seleccionaron 7 guías y revisiones narrativas para contextualizar la discusión, así como 22 estudios principales para el análisis cualitativo. Estos comprenden 7 ensayos clínicos aleatorizados, 13 metaanálisis recientes y 2 estudios observacionales de gran escala.

Resultados

1. La doble terapia antiagregante plaquetaria corta como el nuevo estándar postintervención coronaria percutánea: seguridad y reducción del sangrado

El manejo de la terapia antiagregante plaquetaria dual postintervención coronaria percutánea ha evolucionado desde el estándar histórico de 12 meses, tradicionalmente recomendado por guías como AHA y ESC tras un síndrome coronario agudo tratado con *stent*,^{8,9} hacia estrategias de corta duración impulsadas por la seguridad de los *stents* farmacológicos de nueva generación.

Se identificaron múltiples metaanálisis y ensayos clínicos que han evaluado la doble terapia antiagregante plaquetaria de 1–6 meses (seguida de monoterapia con inhibidores P2Y12) en intervención coronaria percutánea electiva o por síndrome coronario agudo, demostrando consistentemente tasas de eventos isquémicos mayores similares a la duración estándar, junto con una reducción significativa del sangrado mayor clínicamente relevante de aproximadamente 30–40%.¹⁰ Este beneficio es particularmente notable en pacientes con alto riesgo de sangrado, donde duraciones tan cortas como 1–3 meses reducen el sangrado sin un aumento significativo de infarto agudo de miocardio o trombosis del *stent*,¹¹ lo que subraya que la estrategia corta disminuye la exposición acumulada a antiagregantes y la morbilidad asociada a eventos hemorrágicos.

En contraste, la doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada (más de 12 meses) se reserva estrictamente para pacientes con antecedentes de infarto agudo de miocardio y muy alto riesgo isquémico, como puede observarse en el **cuadro I**. Estudios como *PEGASUS-TIMI 54* (en pacientes 1–3 años postinfarto agudo de miocardio) confirman que extender el tratamiento reduce eventos isquémicos recurrentes (infarto agudo de miocardio y trombosis del stent);^{10,12} sin embargo, esta reducción absoluta es modesta (aproximadamente 1–1.5 eventos menos por cada 100 pacientes en 3 años) y se obtiene a costa de un aumento claro en la tasa de hemorragia mayor (en ocasiones duplicando el riesgo frente a 12 meses) y un incremento en la mortalidad total debido a causas no cardiovasculares y sangrados graves.^{13,14}

Esta compleja evaluación riesgo-beneficio favorece aún más la estrategia corta, especialmente en el contexto cerebrovascular, donde la doble terapia antiagregante plaquetaria es altamente efectiva para prevenir nuevos eventos isquémicos de alto riesgo solo si se inicia tempranamente y se limita a 21–30 días, ya que su prolongación más allá de 3 meses incrementa el riesgo de hemorragia intracraneal sin beneficio isquémico adicional.^{13,14,15} Por lo que se concluye que, aunque la terapia prolongada ofrece una reducción modesta de eventos isquémicos (1–2 eventos por cada 100 pacientes), el perfil de seguridad superior y el menor riesgo de mortalidad asociado a eventos hemorrágicos hacen que la doble terapia antiagregante plaquetaria corta sea la opción preferida para la mayoría de los pacientes tratados con stents de nueva generación.

2. Cuantificación del beneficio clínico neto y estrategias optimizadas en el síndrome coronario agudo

En la era de los stents de segunda y tercera generación, se ha cuantificado el beneficio clínico neto a favor de las estrategias de doble terapia antiagregante plaquetaria corta.

Se han agrupado más de 50,000 pacientes,¹⁶ demostrando que la terapia corta (menor a 3 meses) reduce significativamente los eventos adversos clínicos netos (compuesto de sangrado mayor y eventos cardiovasculares adversos) sin comprometer la incidencia de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares adversos mayores.^{16,17}

Este beneficio se maximiza con el uso de stents de estructura ultradelgada, los cuales promueven una rápida endotelización, permitiendo la desescalada temprana. En la población con síndrome coronario agudo, un metaanálisis en red ha refinado estas recomendaciones al comparar estrategias de monoterapia temprana. Aunque una duración de 1 mes de doble terapia antiagregante plaquetaria seguida de monoterapia con un inhibidor P2Y12 potente reduce el sangrado mayor frente a la terapia de 12 meses, la estrategia de 3 meses de doble terapia antiagregante plaquetaria seguida de monoterapia ha sido clasificada como la opción más segura en el balance isquemia/hemorragia, mostrando una tendencia superior en la reducción de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares adversos mayores.¹⁸

En pacientes con alto riesgo de sangrado, los datos son contundentes y han impulsado cambios en las guías. Los metaanálisis confirman que la doble terapia antiagregante plaquetaria con duración de 1 a 3 meses es una estrategia superior en seguridad, ya que no incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio ni de trombosis del stent, pero reduce el sangrado mayor en aproximadamente 66% (RR = 0.34), lo que se traduce en la prevención de más de 20 eventos de sangrado mayor por cada 1000 pacientes en comparación con duraciones estándar de 6 a 12 meses.^{18,19}

La tendencia actual, sustentada por la evidencia sistemática, es transicionar a monoterapia con un inhibidor P2Y12 (particularmente ticagrelor) tras un periodo corto de doble terapia antiagregante plaquetaria, maximizando el efecto antiisquémico residual del P2Y12 y minimizando el riesgo de sangrado asociado a la aspirina.

Cuadro I Comparación entre la doble terapia antiagregante plaquetaria de corta duración y la doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada después de una intervención coronaria percutánea

Característica	Doble terapia antiagregante plaquetaria de corta duración (1–6 meses)	Doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada (más de 12 meses)
Recomendación histórica de las guías	Estrategia reciente basada en seguridad de los stents modernos ⁸	Recomendación tradicional de guías clínicas posteriores a síndrome coronario agudo ^{8,9}
Población Estudiada	Intervención quirúrgica electiva y síndrome coronario agudo ⁵	Pacientes con antecedente de infarto y riesgo isquémico alto ^{10,12}
Riesgo de Hemorragias	Reducción del treinta al cuarenta por ciento ^{10,12}	Riesgo de hemorragia mayor significativamente más alto ¹⁵
Mortalidad	Menor por reducción de sangrados graves ^{8,9}	Mayor mortalidad por causas no cardiovasculares y hemorragia ¹⁵

3. La adopción de la intervención coronaria percutánea corta seguida de monoterapia con P2Y12 como estándar de atención

El tratamiento clásico tras una intervención coronaria percutánea consiste en la administración de doble terapia antiagregante plaquetaria durante un periodo estándar de 12 meses, combinando habitualmente aspirina con un inhibidor del receptor P2Y12 para prevenir la trombosis del stent y eventos isquémicos recurrentes. No obstante, el desarrollo de stents farmacológicos de nueva generación, con polímeros más biocompatibles y fármacos que permiten una endotelización más rápida, ha impulsado el uso del tratamiento acortado (generalmente de 1 a 6 meses).

Esta estrategia busca reducir drásticamente las complicaciones hemorrágicas, que son más frecuentes en terapias prolongadas, manteniendo una protección isquémica eficaz al suspender uno de los antiagregantes de forma temprana, basándose en el perfil de riesgo individual del paciente. El clopidogrel y el ticagrelor son fármacos antiagregantes que bloquean el receptor P2Y12 en las plaquetas, impidiendo su activación y agregación. El clopidogrel es una prodroga que requiere activación hepática por el CYP450, mientras que el ticagrelor es un agente de acción directa y reversible que ofrece una inhibición más potente y rápida.

Se consolidaron como fármacos de protección tras demostrar, en grandes ensayos clínicos (como *CURE* para clopidogrel y *PLATO* para ticagrelor), que su adición a la aspirina reducía significativamente la muerte cardiovascular y el infarto de miocardio en comparación con la aspirina sola. Su papel es crítico para estabilizar las placas ateroscleróticas y evitar que el organismo reaccione ante el stent como un cuerpo extraño, previniendo la formación de coágulos intravasculares que podrían ser fatales.^{16,20}

La evolución en el manejo del paciente posterior a la intervención coronaria percutánea con stents de nueva generación se centra en la adopción de la monoterapia con inhibidores P2Y12 tras un periodo corto de doble antiagregación plaquetaria, típicamente de 1 a 3 meses.^{19,20} Esta estrategia operativa de doble terapia antiagregante plaquetaria corta ha sido comparada con la doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada, demostrando consistentemente la no inferioridad de la terapia abreviada en la prevención de eventos cardiovasculares mayores, lo cual incluye los puntos críticos de trombosis del stent e infarto de miocardio recurrente.²⁰

La principal ventaja de esta desescalada es una clara superioridad en la seguridad, manifestada como una reducción significativa en el riesgo de sangrado mayor o clíni-

camente relevante. Esta superioridad se vuelve crítica en pacientes clasificados con alto riesgo hemorrágico, para quienes la terapia ultracorta de solo un mes de doble terapia antiagregante plaquetaria seguida de monoterapia demostró ser un enfoque superior al tratamiento prolongado, principalmente impulsado por la drástica reducción de las complicaciones hemorrágicas, siendo esta estrategia viable incluso con monoterapia de ticagrelor en pacientes de alto riesgo.^{19,21,22,23,24}

Asimismo, la administración de monoterapia con clopidogrel tras un corto periodo de doble terapia antiagregante plaquetaria ha sido explorada en el contexto de síndrome coronario agudo, donde el riesgo isquémico es elevado, resultando en una reducción de eventos hemorrágicos sin aumentar las complicaciones isquémicas en comparación con los 12 meses estándar.^{22,25} Las revisiones confirman que esta estrategia de doble terapia antiagregante plaquetaria corta seguida de monoterapia con P2Y12 es una alternativa segura y efectiva en la población con síndrome coronario agudo, ya que mantiene la eficacia antiisquémica y reduciendo el riesgo de sangrado.²⁵

Los resultados obtenidos en el síndrome coronario agudo son cruciales, ya que confirman que la estrategia de monoterapia se puede aplicar con confianza en el escenario de mayor riesgo.^{22,25} Finalmente, al considerar las implicaciones a largo plazo, los datos confirman que la extensión de la doble terapia antiagregante plaquetaria con stents de segunda generación más allá del periodo corto no aporta un beneficio isquémico adicional sostenido, mientras que el riesgo de sangrado continúa acumulándose linealmente con el tiempo de exposición a la aspirina y al inhibidor P2Y12.^{24,25} En consecuencia, el balance riesgo-beneficio favorece claramente la adopción de la doble terapia antiagregante plaquetaria corta seguida de monoterapia como el estándar de cuidado para la mayoría de los pacientes postintervención coronaria percutánea, como puede observarse en el **cuadro II**.^{23,24,25}

4. El paradigma de la doble terapia antiagregante plaquetaria

Tras la intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármacos, el paradigma ha evolucionado significativamente, consolidando la estrategia de corta duración (menor a 6 meses) como no inferior en eficacia y superior en seguridad frente a la duración prolongada (más de 12 meses). La evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis más recientes (2019–2025) demuestra consistentemente que la doble terapia antiagregante plaquetaria corta mantiene la no inferioridad en la prevención de eventos isquémicos mayores y trombosis del stent,

Cuadro II Comparativa de estrategia de doble terapia antiagregante plaquetaria corta seguida de monoterapia con inhibidores P2Y12

Aspecto	Doble terapia antiagregante plaquetaria corta (1–3 meses) seguida de monoterapia P2Y12	Doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada
Beneficio en pacientes de alto riesgo hemorrágico	Estrategia superior, terapia ultracorta (1 mes) especialmente favorable ^{19,21}	Menor seguridad por mayor riesgo de sangrado ²³
Efecto a largo plazo	Mantiene eficacia anti-isquémica con menos sangrado ^{22,24}	No añade beneficio isquémico con stents de 2da generación; riesgo de sangrado sigue aumentando ^{22,23}
Uso en síndrome coronario agudo	Reduce sangrado sin aumentar eventos isquémicos comparado con 12 meses estándar ^{22,25}	Mayor riesgo de sangrado sin beneficio isquémico adicional ^{25,26}

como puede observarse en el cuadro III.

Este efecto se atribuye al rápido recubrimiento endotelial logrado por los stents de nueva generación. El beneficio principal y más robusto de la estrategia corta es la reducción significativa del riesgo de hemorragia mayor, un factor que por sí mismo se ha asociado con un aumento de la mortalidad a largo plazo, resultando en un beneficio clínico neto superior para la mayoría de los pacientes.

Asimismo, esta estrategia es particularmente crítica y beneficiosa en subgrupos de alto riesgo, como los pacientes con elevado riesgo hemorrágico, donde ensayos como *STOPDAPT-2 ACS* han validado regímenes ultracortos de tan solo un mes seguidos de monoterapia, y en pacientes con fibrilación auricular, donde limitar la duración de la terapia combinada reduce el sangrado sin incrementar el riesgo trombótico. La recomendación actual, basada en revisiones de expertos, enfatiza la individualización del tratamiento para balancear el riesgo isquémico y hemorrágico mediante herramientas de puntuación clínica.^{25,26,27}

5. Propuesta de protección y definición de estrategias

En pacientes con alto riesgo hemorrágico, la evidencia acumulada respalda el uso de una duración acortada de la doble terapia antiagregante plaquetaria como estrategia de protección. Los artículos previamente analizados en el cuadro III han demostrado no inferioridad y/o superioridad de la terapia de un mes frente a esquemas más prolongados en términos de desenlaces isquémicos y hemorrágicos, siendo el ensayo *MASTER DAPT* el de mayor representatividad, al incluir una proporción significativa de pacientes con STEMI (12%).

La identificación del paciente con alto riesgo hemorrágico se sustenta en herramientas validadas como el *score PRECISE-DAPT* y los criterios del *Academic Research Consortium for High Bleeding Risk* (ARC-HBR), cuya clasificación por criterios mayores y menores ha demostrado un riesgo de sangrado hasta 12 veces mayor en pacientes

Cuadro III Principales ensayos clínicos aleatorizados comparando doble terapia antiagregante plaquetaria corta vs estándar

Estudio	Diseño	Tamaño de la muestra	Estrategia corta	Estrategia convencional	Resultado isquémico	Resultado sangrado mayor
Stopdapt-2 acs ²¹	SCA, Stent Co-Cr (Xience)	4136	1 mes DAPT + clopidogrel	12 meses DAPT	HR 1.14 (no inferior)	HR 0.46 ($p < 0.01$) reducción 54%
Smart-Choice ¹⁹	ICP con stents liberadores de fármacos	2993	3 meses DAPT + P2Y12	12 meses DAPT	HR 1.19 (no inferior)	HR 0.58 ($p = 0.002$) reducción 42%
Máster DAPT ²⁰	Alto riesgo hemorrágico	4434	1 mes DAPT + Anti-plaquetario	> 3 meses DAPT	HR 0.97 (no inferior)	HR 0.68 ($p < 0.001$) reducción 32%
Host-Idea ²	Stents ultrafinos	2013	3-6 meses DAPT	12 meses DAPT	HR 0.84 (no inferior)	HR 0.70 (Tendencia a reducción)
Pegasus-Timi 54 ²⁸ (estrategia prolongada)	ECA Doble Ciego	21162	AAS Monoterapia	> 12 meses (Ticagrelor + AAS)	HR 0.84 (IC 0.74-0.95)	HR 2.32 (IC 1.68-3.21) (aumento)

con múltiples criterios cumplidos, así como una mayor mortalidad al año.

Con base en esta evidencia, las guías ACC/AHA otorgan una recomendación 2b para discontinuar la doble terapia antiagregante plaquetaria a los 3 meses en SIHD y a los 6 meses en SCA, mientras que las guías ESC emiten una recomendación 2a para su suspensión al mes en pacientes con riesgo hemorrágico muy elevado, estrategia que cuenta además con respaldo regulatorio de la FDA para los *stents* XIENCE y Resolute Onyx.²⁹

Discusión

La presente investigación corrobora un cambio paradigmático en el manejo de la enfermedad arterial coronaria postintervención coronaria percutánea con *stents* de nueva generación. El hallazgo central es que la doble antiagregación plaquetaria de corta duración, definida operativamente como la transición a monoterapia con un inhibidor P2Y12 tras un periodo de 1 a 3 meses, resulta en un beneficio clínico neto superior en comparación con la doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada.^{1,2,6}

Esta superioridad no se basa en una mayor prevención de eventos isquémicos, sino en la no inferioridad demostrada para *endpoints* de eficacia, como la trombosis del *stent* y el infarto de miocardio recurrente, mientras se logra una reducción significativa de las tasas de sangrado mayor.^{3,4,5} Esta conclusión es consistente con múltiples análisis que demuestran que el factor de riesgo dominante para la morbilidad y mortalidad a largo plazo en la era moderna de la intervención coronaria percutánea es el sangrado, más que los eventos isquémicos tardíos.

La validación de la doble terapia antiagregante plaquetaria corta se hace especialmente evidente al considerar poblaciones de alto riesgo. En pacientes con alto riesgo hemorrágico, el régimen ultracorto de solo un mes de doble terapia antiagregante plaquetaria seguido de monoterapia demostró ser superior al tratamiento prolongado, estableciendo un nuevo estándar de cuidado al reducir drásticamente el riesgo de complicaciones hemorrágicas sin incurrir en una penalización isquémica.^{5,6} Este hallazgo es reforzado por el éxito de la monoterapia con ticagrelor en pacientes de alto riesgo.¹

Además, esta estrategia ha demostrado su validez en la población con síndrome coronario agudo, donde tradicionalmente existía mayor cautela. Estudios específicos confirmaron que la desescalada a monoterapia con inhibidores P2Y12 después de 1 a 3 meses no solo es segura, sino que también reduce la incidencia de hemorragias en esta población de alto riesgo.^{4,7}

El contraste de estos hallazgos con la evidencia histórica de la terapia prolongada (mayor a 12 meses) es crucial. Aunque su extensión se asocia con una modesta reducción de eventos isquémicos en poblaciones seleccionadas, la evidencia reciente subraya que este beneficio marginal no se mantiene a largo plazo con *stents* de segunda generación y se ve anulado por la acumulación progresiva del riesgo hemorrágico.⁶ La doble terapia antiagregante plaquetaria prolongada incrementa la hemorragia, la cual se ha vinculado a mayor mortalidad total, por lo que debe reservarse para pacientes con riesgo isquémico extremadamente alto y bajo riesgo de sangrado. La falta de beneficio isquémico sostenido y la continua acumulación de daño hemorrágico refuerzan la posición de la monoterapia temprana como la estrategia que optimiza el beneficio clínico neto.^{6,7}

Limitaciones

A pesar de la robustez de la evidencia basada en ensayos clínicos aleatorizados, esta síntesis presenta limitaciones inherentes a la naturaleza de una revisión sistemática. Primero, existe heterogeneidad entre los ensayos incluidos, con variaciones en el tipo y potencia del inhibidor P2Y12 utilizado (clopidogrel frente a ticagrelor), la definición de duración “corta” (1 a 6 meses) y los criterios de sangrado.

Segundo, la mayoría de los estudios comparan la terapia corta con una duración estándar de 12 meses, por lo que la extrapolación a terapias prolongadas extremas (más de 12 meses) requiere cautela.

Finalmente, aunque la evidencia se centra en *stents* de nueva generación, los resultados dependen de la adherencia a la monoterapia posterior; cualquier interrupción podría modificar el balance riesgo-beneficio observado.

Conclusiones

La síntesis de la evidencia publicada entre 2019 y 2025 demuestra de manera concluyente que el equilibrio óptimo entre riesgo isquémico y hemorrágico postintervención coronaria percutánea se alcanza mediante la doble antiagregación plaquetaria de corta duración, definida por la transición temprana a monoterapia con un inhibidor P2Y12.

Este hallazgo tiene un impacto clínico directo y significativo, posicionando la estrategia corta como la que maximiza el beneficio clínico neto en pacientes con *stents* de nueva generación, al mantener la no inferioridad en la prevención de eventos trombóticos graves (infarto de miocardio y trombosis del *stent*) mientras ofrece una clara superioridad en la

reducción de complicaciones hemorrágicas, determinantes de la mortalidad.

En consecuencia, el paradigma de 12 meses de doble terapia antiagregante plaquetaria ha quedado obsoleto, y la terapia prolongada (más de 12 meses) debe considerarse una excepción terapéutica, reservada exclusivamente para pacientes con riesgo isquémico extremadamente alto y bajo riesgo hemorrágico, en contraposición a la tendencia general de la población.

Las futuras investigaciones deben centrarse en la personalización del tratamiento mediante herramientas de estratificación de riesgo (biomarcadores o pruebas funcionales plaquetarias) que permitan definir con precisión la dura-

ción óptima de la terapia (1, 3 o 6 meses) e identificar a los pacientes candidatos a desescalada temprana y segura.

Agradecimientos

Al Dr. René Christian Montoya Vital y la Dra. Isabel Moreno Vega por el impacto que tuvieron en nuestra formación como alumnos.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Soleimani, H., Karimi, E., Mahalleh, M. et al. Abbreviated dual antiplatelet therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* 25, 343 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12872-025-04765-x>
2. Park BW, Lee BH, Ahn HW, et al. Comparison of 3- to 6-month versus 12-month dual antiplatelet therapy after coronary intervention using the contemporary drug-eluting stents with ultrathin struts: the HOST-IDEA randomized clinical trial. *Circulation*. 2023;148(2):118–29. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.064264>
3. Ghafoor AM, Naksuk N, Al-Otaibi M, et al. One-year outcomes of short-term dual antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *PubMed Central*. 2025. doi: 10.1002/ccd.70163. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ccd.70163>
4. Jiménez-Díaz C, Galiñanes P, Sabaté M. et al. Tratamiento antiagregante de muy corta duración tras la ICP y nuevos SLF: metanálisis de 5 estudios aleatorizados. *Revista Española de Cardiología*. 2021;74(2):140–48. doi: 10.1016/j.recesp.2020.03.013. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-antiagregante-de-muy-corta-d-articulo-S0300893220301561>
5. Mankarious, N., Megaly, M., Hemetsberger, R. et al. Short Versus Long-Term Dual Antiplatelet Therapy in Patients at High Bleeding Risk Undergoing PCI in Contemporary Practice: A Systemic Review and Meta-analysis. *Cardiol Ther* 12, 489–498 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40119-023-00318-5>
6. Yin Y, Chen Y, Lu Y, et al. Duration of dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with drug-eluting stent: systematic review and network meta-analysis. *The BMJ*. 2019;365:l2222. doi: 10.1136/bmj.l2222. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2222>
7. Buisán Esporrín C. DAPT abreviada frente a prolongada en pacientes de alto riesgo hemorrágico. *Cardiología Hoy - Sociedad Española de Cardiología (SEC)*. 2025. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/15973-dapt-abreviada-frente-a-prolongada-en-pacientes-de-alto-riesgo-hemorragico>
8. Li Y, Ma X, Zhai Y, et al. Optimal duration of dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention for acute coronary syndrome in the modern drug-eluting stent era: a systematic review and network meta-analysis. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1234500. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1234500>
9. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3720–3826. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
10. Liu J, Liu Y, Wang G, et al. Efficacy and safety of extended dual antiplatelet therapy beyond 12 months after percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1189433. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1189433>
11. Baíney KR, Marquis-Gravel G, MacDonald BJ, et al. Short dual antiplatelet therapy duration after percutaneous coronary intervention in high bleeding risk patients: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291061. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291061>
12. Li Y, Zhao R, Zhao Y, et al. Efficacy and safety of P2Y12 inhibitor monotherapy or dual antiplatelet therapy for patients with high ischemic risk after percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81(1):610–632. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.01.031>
13. Dong J, Wang Y, Zhang L, et al. Use of dual antiplatelet therapy following ischemic stroke. *Stroke*. 2020;51(8):2482–2490. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.028400>
14. Gao Y, Chen W, Pan Y, et al. Dual antiplatelet treatment up to 72 hours after ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2023;389(4):320–331. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2309137>
15. Greco A, et al. Antithrombotic therapy for primary and secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2023;82(7):610–632. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.025>
16. Valgimigli M, Aboyans V, Angiolillo D, et al. Antithrombotic treatment strategies in patients with established coronary atherosclerotic disease. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2023;9(5):462–496. doi: 10.1093/ehjcvp/pvad032. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvad032>

17. Verdoia M, Khedi E, Suryapranata H, et al. Very short dual antiplatelet therapy after PCI and new DES: a meta-analysis of 5 randomized trials. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021;74(2):140-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2824179>
18. Mehran R, Baber U, Sharma SK, et al. Ticagrelor with or without aspirin in high-risk patients after PCI. *N Engl J Med*. 2019;381(21):2032-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1908419>
19. Hahn JY, Song YB, Oh JH, et al. Effect of P2Y12 inhibitor monotherapy vs dual antiplatelet therapy on cardiovascular events in patients undergoing percutaneous coronary intervention (SMART-CHOICE). *JAMA*. 2019;321(24):2428-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8146>
20. Valgimigli M, Frigoli E, Heg D, et al. Dual antiplatelet therapy after PCI in patients at high bleeding risk (MASTER DAPT). *N Engl J Med*. 2021;385:1643-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2108749>
21. Watanabe H, Morimoto T, Natsuaki M, et al. Clopidogrel monotherapy after 1 to 2 months of dual antiplatelet therapy vs 12 months of dual antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndrome (STOPDAPT-2 ACS). *JAMA Cardiol*. 2022;7(4):407-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.5244>
22. Giacoppo D, Matsuda Y, Fovino LN, et al. Short dual antiplatelet therapy followed by P2Y12 inhibitor monotherapy vs prolonged dual antiplatelet therapy after PCI with second-generation drug-eluting stents: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Eur Heart J*. 2021;42(4):308-19. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/46/4415/5992317>
23. Kinlay S, Young MM, Sherrod R, et al. Long-term outcomes and duration of dual antiplatelet therapy after coronary intervention with second-generation drug-eluting stents: the Veterans Affairs Extended DAPT Study. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(2):e027055. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027055>
24. Carvalho PEP, Gewehr DM, Nascimento BR, et al. Short-term dual antiplatelet therapy after drug-eluting stenting in patients with acute coronary syndromes: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2024;9(12):1094-1105. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2024.3216>
25. Apostolos A, Chlorogiannis D-D, Chrysostomidis G, et al. Efficacy and safety of thirty-day dual-antiplatelet therapy following complex percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*. 2024;11(2):43. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcdd11020043>
26. Pufulete M, Harris J, Pouwels K, et al. Real-world bleeding in patients with acute coronary syndrome (ACS) undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) and prescribed different combinations of dual antiplatelet therapy (DAPT) in England: a population-based cohort study emulating a target trial. *Open Heart*. 2022;9:e001999. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-001999>
27. Ticagrelor vs. clopidogrel en pacientes con SCA tratados de forma electiva - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. [cited 2026]. Available from: <https://secardiologia.es/blog/1863-ticagrelor-clopidogrel-pacientes-sca-tratados-forma-electiva>
28. Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, et al. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2015;372(19):1791-1800. doi:10.1056/NEJMoa1500857
29. Thomas A, Gitto M, Shah S, Saito Y, Tirziu D, Chieffo A, et al. Antiplatelet Strategies Following PCI: A Review of Trials Informing Current and Future Therapies. *J Soc Cardiovasc Angiogr Interv*. 2023;2(3):100607. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jscai.2023.100607>