II Jornada Catalana d'Habilitats Pràctiques en Risc Cardiovascular

Doble antiagregació. Fins quan?

Dra.Susanna Montesinos
Metgessa de Família
CAP Dr.Guillermo Masriera i Guardiola (Vilassar de Mar)
Grup de Malalties del Cor CAMFIC

Barcelona, 12 de novembre de 2026

INTRODUCCIÓ

- La **DAPT** és necessària per a la prevenció d'esdeveniments aterotrombòtics en pacients amb **SCA tractats amb ICP.**

- Les **guies ESC 2023** recomanen com a pauta estàndard la combinació d'un **inhibidor potent del receptor P2Y12 tipus prasugrel o ticagrelor, amb AAS durant 12 mesos.** * *Les directrius actuals recomanen reservar clopidogrel per als pacients amb alt risc d'hemorràgia o en combinació d'anticoagulació oral.*

- **Exposició a risc excessiu sagnat** (**20-40%** pacients classificats com a **risc alt sagnat**).

⇔

- **STENTS farmacoactius d'última generació menys risc de trombosi.**

DAPT PERSONALITZADA

ESC European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care (2026) 15, 337–363
https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuag021

REVIEW
Acute Coronary Syndromes

Antithrombotic therapy for secondary prevention in patients with acute coronary syndromes treated with percutaneous coronary intervention: options for personalization to reduce bleeding or ischaemic risks

A Clinical Consensus Statement of the ESC Working Group on Thrombosis, the Association for Acute CardioVascular Care of the ESC, the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions of the ESC, and the ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacology

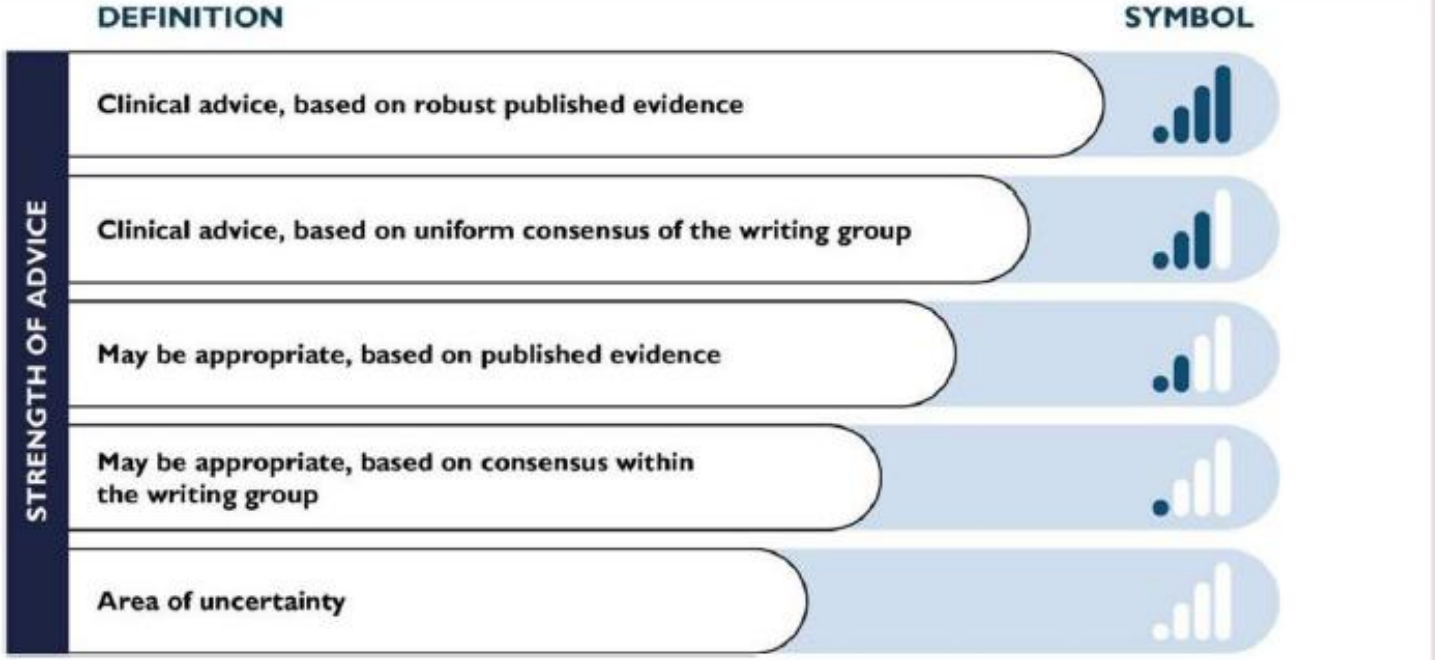


Figure 1 Scale and symbols representing the strength of advice statements, based on evidence and consensus of the writing group.

EL DOCUMENT OFEREIX RECOMANACIONS PRÀCTIQUES, INCLOENT DECLARACIONS DE CONSENS CLÍNIC BASADES EN L'EVIDÈNCIA D'ESTUDIS FINS NOV. 2025.

Clinical consensus statements	Strength of advice
Standard DAPT treatment for ACS	
Current guidelines recommend DAPT for 12 months as the standard or default strategy after an ACS	

AVALUACIÓ DEL RISC ISQUÈMIC

- Amb DAPT estàndard : **5-10% esdeveniments isquèmics** durant el 1º any (**1-2% trombosi stent**). **El 70% dels esdeveniments són dins els primers 30 dies.**
- El risc isquèmic baixa progressivament al llarg dels mesos 2 a 12.

FACTORS DE RISC ISQUÈMIC:

- DM
- IAM recurrent
- Malaltia coronària multivascular.
- Malaltia coronària prematura (<45 anys) o accelerada (nova lesió en un període de 2 anys)
- Complexitat de l'ICP
- Ictus previ
- Malaltia inflamatòria sistèmica
- Malaltia polivascular (malaltia arterial coronària i perifèrica)
- MRC

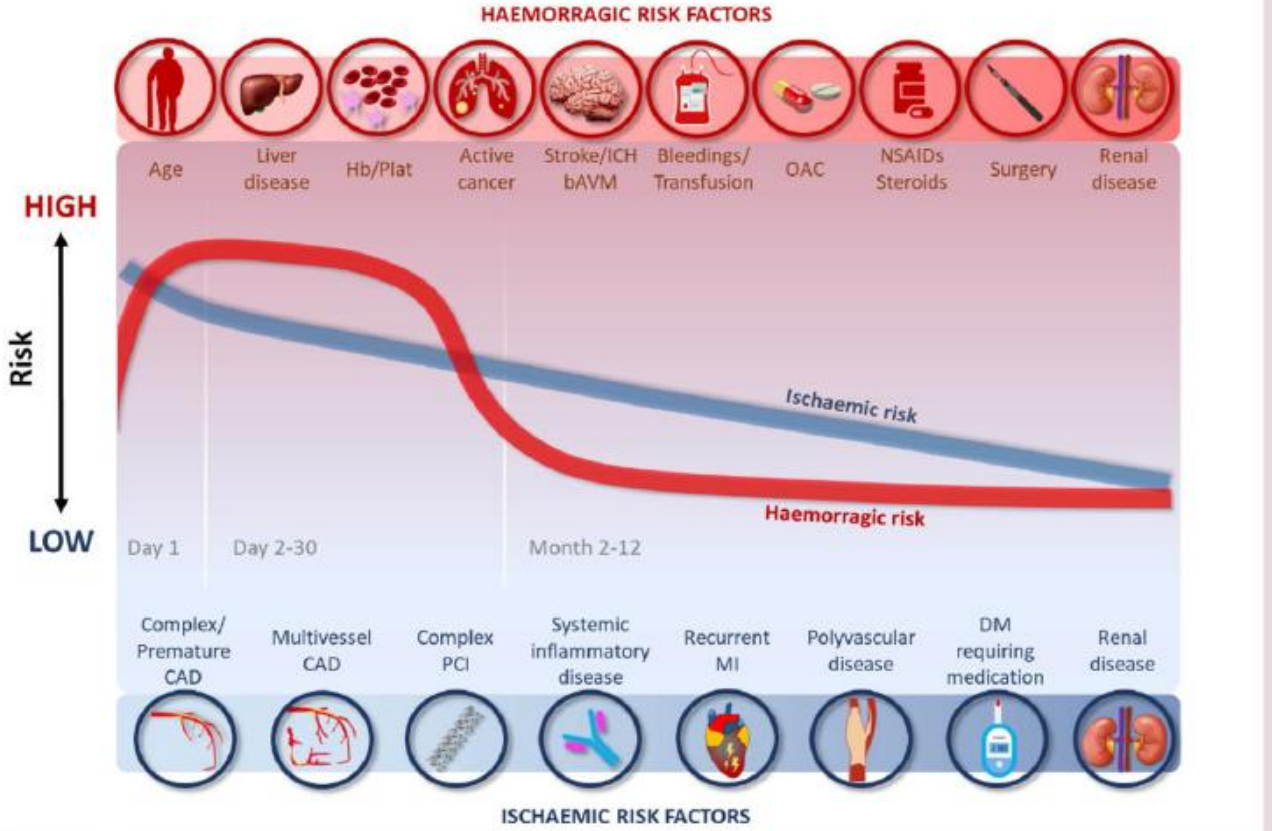


Figure 2 Risk of ischaemic and bleeding events over time after an ACS. ACS, acute coronary syndrome; bAVM, brain arteriovenous malformation; CAD, coronary artery disease; DM, diabetes mellitus; Hb/Plat, anaemia or platelet disorders; ICH, intracranial haemorrhage; MI, myocardial infarction; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; OAC, oral anticoagulation; PCI, percutaneous coronary intervention.

AVALUACIÓ DEL RISC HEMORRÀGIC:

- El risc hemorràgic assoleix el seu **màxim en les 1º hores post ICP** i baixa més ràpidament que el risc isquèmic.
- Incidència **2-5%** sagnats majors(30-50% si inclou episodis menors).

FACTORS DE RISC HEMORRÀGICS:

- Edat avançada
- Fragilitat
- Sexe femení
- Baix pes corporal
- MRC
- Anèmia, trombocitopènia, ACO
- Història de sagnat previ
- Accés femoral

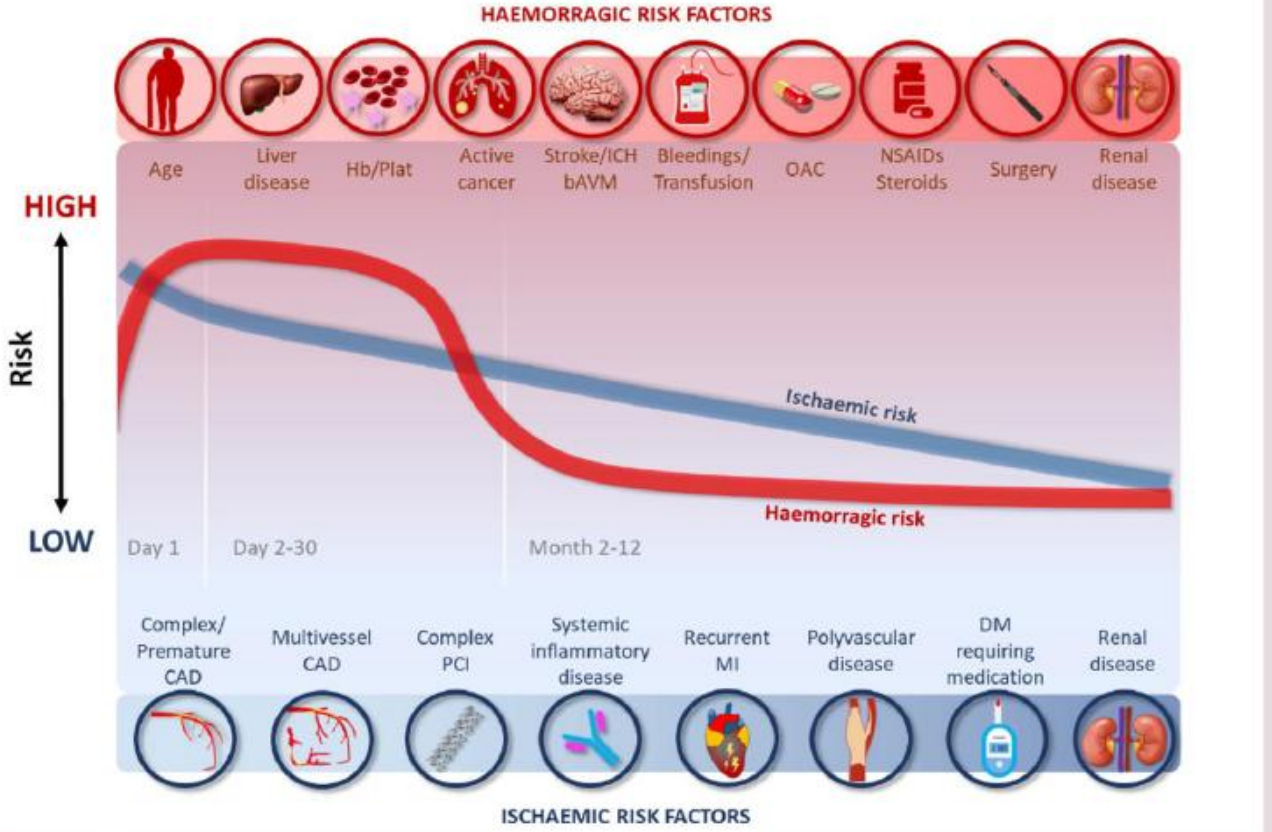


Figure 2 Risk of ischaemic and bleeding events over time after an ACS. ACS, acute coronary syndrome; bAVM, brain arteriovenous malformation; CAD, coronary artery disease; DM, diabetes mellitus; Hb/Plat, anaemia or platelet disorders; ICH, intracranial haemorrhage; MI, myocardial infarction; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; OAC, oral anticoagulation; PCI, percutaneous coronary intervention.

CLAUS DE LA DAPT PERSONALITZADA:

- **Identificar** els FR i **avaluar risc sagnat i risc trombòtic:**
  - Scores de risc: PRECISE-DAPT, escala DAPT i criteris ARC-HBR (*)
  - Criteri del facultatiu.
- Proposta estratègies per a disminir aquest risc sense afectar el risc trombòtic **Desescalada o Escurçament.**

*

Clinical consensus statements	Strength of advice
Risk scores	
Further research is required to establish whether employment of any clinical risk score can improve treatment and clinical outcomes following ACS	
No specific bleeding risk score has been reliably validated for clinical use to guide antiplatelet therapy in ACS patients	

DESESCALADA

*Després d'un període inicial de DAPT estàndard: (2 opcions)

1. Substituir l'inhibidor potent del P2Y12 x clopidogrel
2. Reduir la dosi de l'inhibidor potent

ESCURÇAMENT

*Reduir el temps de DAPT

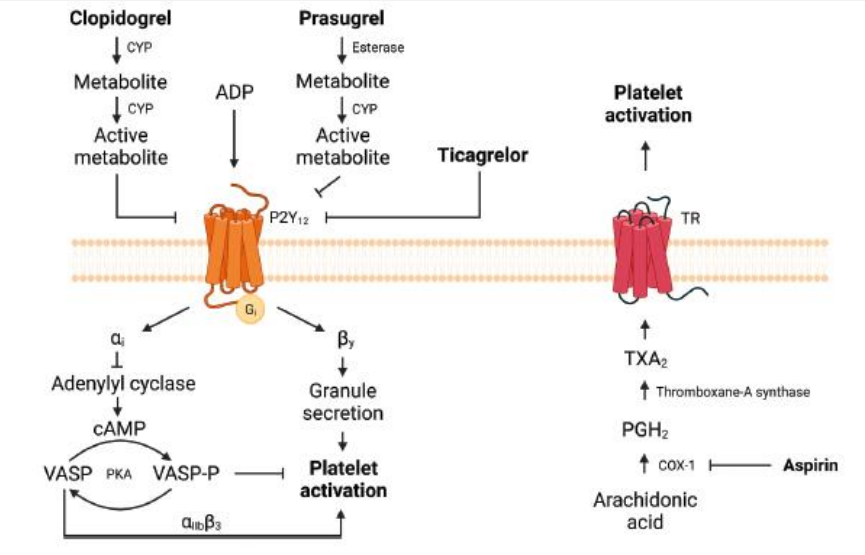
- Pot ser **no guiada** o **guiada** mitjançant proves de funció plaquetària (PFP) o genotipat del gen CYP2C19.
- **LA DESESCALADA NO GUIADA HA DEMOSTRAT REDUIR EL SAGNAT SENSE AUGMENT D'ESDEVENIMENTS ISQUÈMICS:**

(Assaigs clínics robustos: TOPIC, HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS i TALOS-AMI)

Cal destacar que fins ara no hi ha cap comparació directa entre DESESCALADA I ESCURÇAMENT

INHIBIDORS P2Y12:

	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
Tipo	Prodroga (tienopiridina)	Prodroga (tienopiridina)	**Acción directa**
Unión al receptor	Irreversible	Irreversible	**Reversible**
Activación	CYP2C19 (variable)	CYP (predecible, un paso)	No requiere
Inicio de acción	2-6 horas	30 min - 1 h	30 min - 2 h
Dosis carga / mantenimiento	300-600 mg / 75 mg/día	60 mg / 10 mg/día (5 mg si <60 kg o ≥75 a)	180 mg / 90 mg/12 h
Suspensión pre-Qx	5 días	7 días	3-5 días
EA característico	Resistencia CYP2C19	Más sangrado	**Disnea (15%)**, bradicardia
Contraindicación	—	**Ictus/AIT previo**	Ictus hemorrágico, hepatopatía severa
ESC 2023	Si anticoagulado o no se pueden usar potentes	**Preferido SCA+PCI** (ISAR-REACT 5)	Recomendado SCA. Preferido si no invasivo



*Font: www.cardioteca.com

CONTRAINDICACIONS	PRASUGREL	TICAGRELOR
ABSOLUTES	• Sagnat patològic actiu (ulcus, intracranial) • AIT o AVC previ [1] o hemorràgia IC prèvia • Hipersensibilitat	• Hemorràgia intracranial prèvia • Sagnat patològic actiu • Hipersensibilitat
PRECAUCIONS	• ≥75 anys • < 60 KG pes (reduir dosi) • No fer servir si probabilitat de requerir Bypass Ao-coronari urgent • Stop 7 dies abans de cirurgia • No donar si no es va a fer ICP • No amb ACO	• No fer servir si probabilitat de requerir Bypass Ao-coronari urgent • Trastorns conducció (risc de bradiarítmies) • Stop 5 dies abans de cirurgia • Insuf hepàtica severa

ESCENARIS CLÍNICS I ESTRATÈGIES DE TRACTAMENT:

A. RISC ISQUÈMIC I RISC HEMORRÀGIC PROMIG:

- La pauta estàndard continua sent la **DAPT amb AAS + inhibidor potent del receptor P2Y12 (prasugrel o ticagrelor) durant 12 mesos i posteriorment AAS indefinidament.**

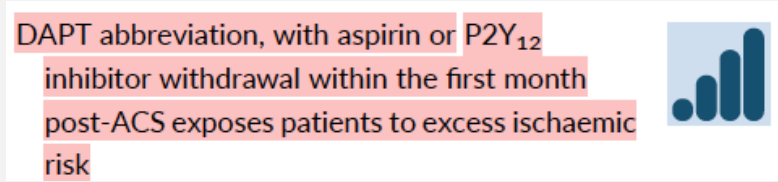
- Alternativa: **DAPT durant 1-3 mesos** seguida de **monoteràpia amb ticagrelor (ACC/AHA 2025 Classe I)**

***Es reserva l'ús de clopidogrel només quan els inhibidors potents estan contraindicats o no són tolerats.**

* **DAPT d' 1-2 mesos seguida de monoteràpia amb clopidogrel**(estudi STOPDAPT-2 ACS, 4.169 pacients) no va assolir la no inferioritat per un **excés significatiu d'IAM.**

*Ticagrelor 90 mg/12 hores = vigilar adherència i dispnea (10-15%)

***La retirada molt precoç d'AAS** (assaig NEOMINDSET, 3.410 pacients) es va associar a un **increment de mortalitat i esdeveniments isquèmics**, inclosa la **trombosi de l'stent.**



ESCENARIS CLÍNICS I ESTRATÈGIES DE TRACTAMENT:

B. RISC HEMORRÀGIC > RISC ISQUÈMIC:

ESCURÇAMENT

- **DAPT (3-6 mesos) → AAS indefinit.**
- **DAPT (1-3 mesos) → inhibidor del P2Y12 (clopidogrel o ticagrelor)**

DESESCALADA

- DAPT (1-3 mesos) → **Desescalada no guiada** canviant ticagrelor o prasugrel **a clopidogrel.**
- **DAPT (1-4 setmanes) → Desescalada guiada** per resultats de proves genètiques.

De-escalation of DAPT intensity

PFT can identify patients at increased risk of bleeding, ST, or mortality after PCI; however, PFT-guided de-escalation of DAPT has not been shown to improve clinical outcomes

Following 3–6 months of DAPT, monotherapy with aspirin reduces the risk of major bleeding, without an increase in ischaemic risk, compared with continued DAPT in non-HIR patients

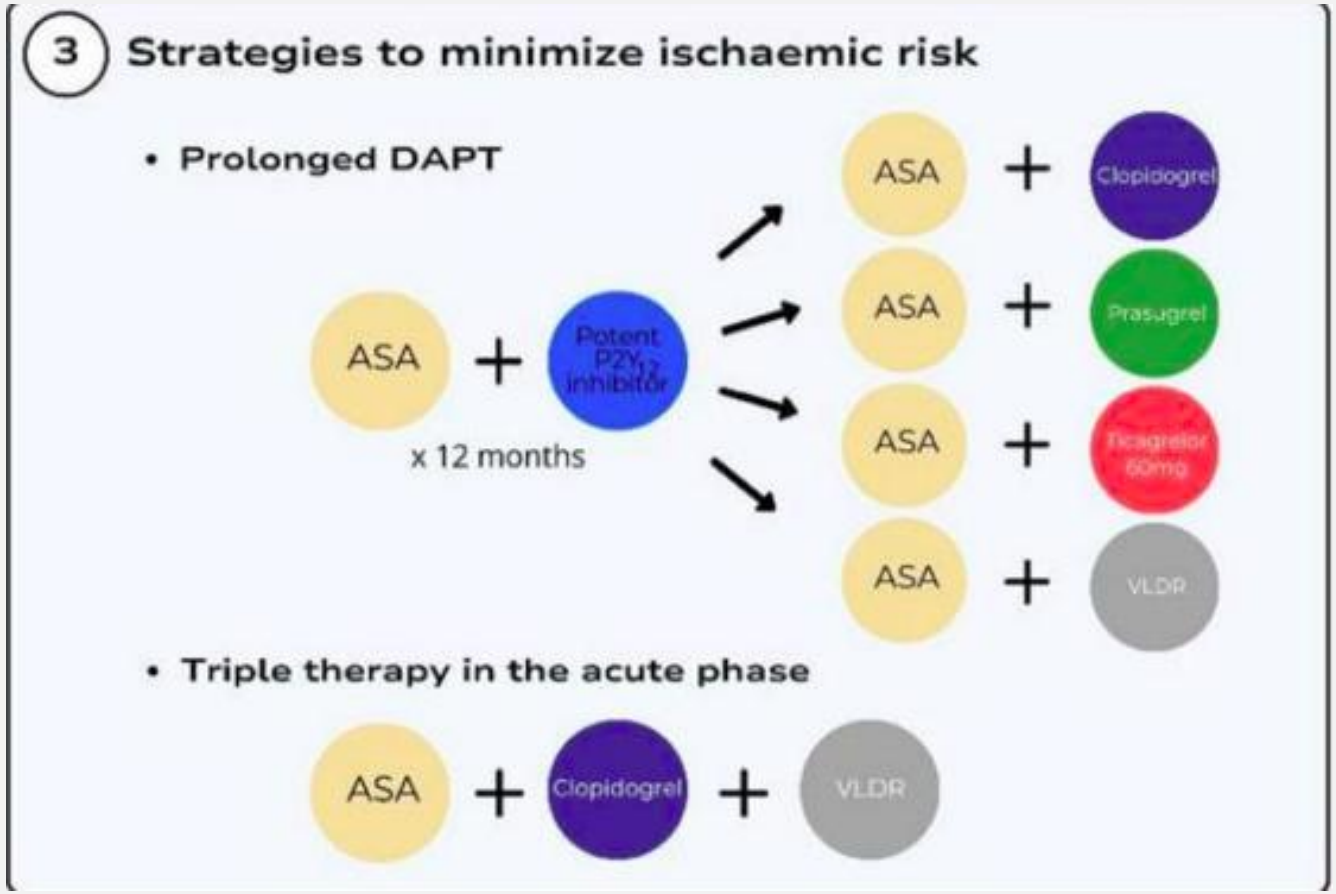
Following 1–3 months of DAPT, monotherapy with a $P2Y_{12}$ inhibitor reduces major bleeding without an increase in ischaemic risk, compared with continued DAPT

Ticagrelor is the $P2Y_{12}$ inhibitor of choice for monotherapy after 1–3 months of DAPT, except in HBR patients where clopidogrel may be more appropriate

*Són eficaces per reduir el sagnat sense un augment evident dels esdeveniments isquèmics.
*No allargar la DAPT més de 12 mesos.

ESCENARIS CLÍNICS I ESTRATÈGIES DE TRACTAMENT:

C. RISC ISQUÈMIC > RISC HEMORRÀGIC :



Clinical consensus statements	Strength of advice
Therapeutic options to minimize ischaemic risk	
In patients at HIR, and who are not at HBR, DAPT containing prasugrel or ticagrelor is the preferred standard treatment for 1 year	
The addition of very low-dose rivaroxaban to DAPT (aspirin and clopidogrel) reduces the risk of major cardiovascular events (compared to DAPT comprising aspirin and clopidogrel) at a cost of increased major bleeding, and is not advised	
Prolonged DAPT (aspirin and ticagrelor) beyond 1 year after ACS in those with high ischaemic risk and without HBR reduces ischaemic events with an acceptable penalty in increased non-fatal bleeding	

ESCENARIS CLÍNICS I ESTRATÈGIES DE TRACTAMENT:

D. RISC ISQUÈMIC i RISC HEMORRÀGIC ALTS

➤**EL RISC HEMORRÀGIC HA DE DOMINAR LA PRESA DE DECISIONS**.

➤**DAPT (1-3 MESOS) SEGUIT DE MONOTERÀPIA AMB INHIBIDOR P2Y12 OFEREIX EL MILLOR BALANÇ RISC-BENEFICI.** (Recordar que monoteràpia amb **Ticagrelor** redueix significativament el sagnat sense incrementar esdeveniments isquèmics; en canvi Clopidogrel no ha demostrat aquesta seguretat isquèmica)

High ischaemic and bleeding risks

HBR should be prioritized, regardless of PCI complexity and ischaemic risk, to guide decision-making on DAPT duration



DAPT abbreviation or de-escalation is advisable



Extended dual antithrombotic regimens (beyond 12 months) should not be used



Minimitzar FR hemorràgics modificables
INDICACIONS OMEPRAZOL:

→ Pacients en tractament amb antiagregants i com a mínim una de les condicions següents:
- Antecedents d'úlcera, d'hemorràgia o de perforació gastroduodenal.
- Ús concomitant d'AINE.
- Ús concomitant d'anticoagulants orals.
- ≥ 2 dels següents factors de risc: edat > 65 anys, dispèpsia/símptomes de malaltia per reflux gastroesofàgic (MRGE), ús concomitant de glucocorticoides.

En pacients amb **doble tractament antiagregant**, els IBP només estan indicats si hi ha 2 o més factors que predisposen a un risc de sagnat més elevat: **edat > 65 anys**, **dispèpsia**, **reflux gastroesofàgic**, **infecció per H. pylori o ús crònic d'alcohol.**

CONCLUSIONS:

→ EN SCA AMB STENT: **TRACTAMENT PERSONALITZAT DE LA DAPT.**

→ **AVALUAR** RISC ISQUÈMIC I RISC HEMORRÀGIC.

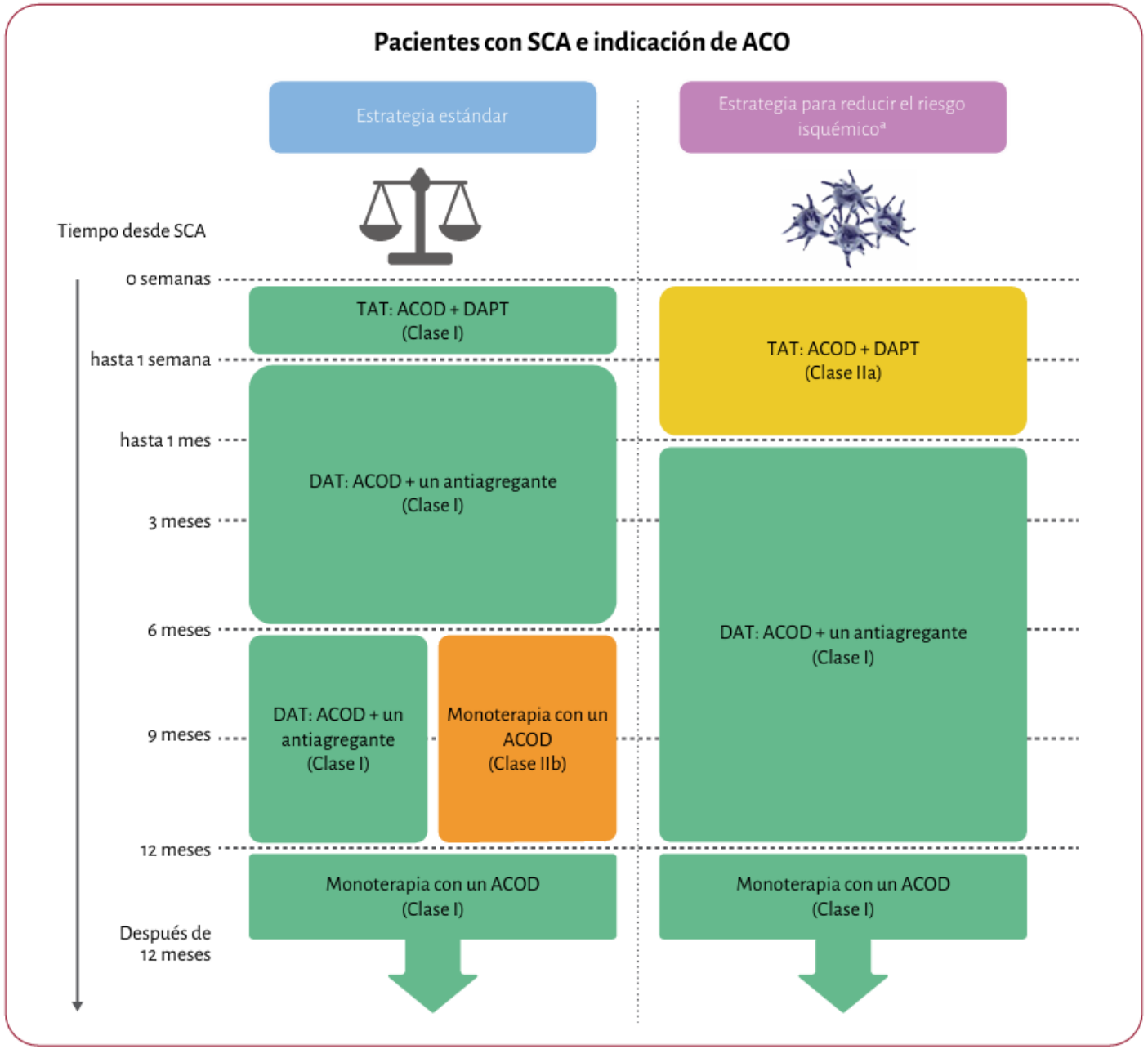
→ SI **RISC ISQUÈMIC I HEMORRÀGIC PROMIG**: Pauta estàndard (Guia ESC 23) o escurçada.

→ SI **RISC HEMORRÀGIC > RISC ISQUÈMIC**: **Escurçar o desescalar** (desescalada no guiada és eficaç)

→SI **RISC ISQUÈMIC > RISC HEMORRÀGIC: Allargar DAPT >12 mesos.**

→ Si **RISC ISQUÈMIC I HEMORRÀGIC ALTS** = el **risc hemorràgic ha de dominar la presa de decisions**.

AVALUACIÓ CONTÍNUA **DECISIONS CONSENSUADES AMB CARDIOLOGIA**



I SI TENIM UN PACIENT AMB SCA I INDICACIÓ D'ANTICOAGULACIÓ?

- Els fàrmacs antiplaquetaris NO són una alternativa als ACO.
- Els ACOD són preferibles als AVK (si no estan contraindicats)**estudi AUGUSTUS**. Menor risc hemorràgic.
- iP2Y12: únicament el clopidogrel
- Triple teràpia el més curta possible (1 setmana estàndard, 1 mes màxim).
- IBP obligatori durant teràpia combinada.

Gràcies!

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària