

CHAMPION PCI**Inhibición Plaquetaria con Cangrelor en Pacientes tratados mediante ICP**

Robert A. Harrington, M.D., y col

ABSTRACT**Base Teórica:**

Cangrelor, un análogo de la adenosina trifosfato no-tienopiridínico, es un bloqueador intravenoso del receptor P2Y₁₂ del difosfato de adenosina. Este agente pudiera tener un rol en el tratamiento de pacientes que requieren una inhibición plaquetaria rápida, predecible, y profunda pero reversible.

Métodos:

Realizamos un estudio internacional a gran escala comparando cangrelor con 600 mg de clopidogrel por vía oral administrados antes de una intervención coronaria percutánea (ICP) en pacientes con Síndromes Coronarios Agudos. El objetivo final primario fue la combinación de muerte de cualquier causa, infarto de miocardio o revascularización guiada por isquemia a las 48 horas.

Resultados:

Incluimos 8877 pacientes, y 8716 se realizaron ICP. A las 48 horas, cangrelor no fue superior a clopidogrel respecto al objetivo final combinado, que ocurrió en 7.5% de los pacientes del grupo cangrelor y el 7.1% de los pacientes de grupo clopidogrel (odds ratio, 1.05; 95% intervalo de confianza [CI], 0.88 a 1.24; P=0.59). Tampoco cangrelor fue superior a los 30 días. La tasa de sangrado mayor (criterio Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy) fue mayor con cangrelor, una diferencia que alcanzó diferencia estadísticamente significativa (3.6% vs. 2.9%; odds ratio, 1.26; 95% CI, 0.99 a 1.60; P=0.06), pero no fue así con los sangrados mayores (criterio Thrombolysis in Myocardial Infarction) o sangrados severos o con riesgo de vida (criterio Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries criteria). Un objetivo final secundario explorado de muerte de cualquier causa, infarto con onda Q o revascularización guiada por isquemia mostró una tendencia hacia una reducción con cangrelor, pero no fue estadísticamente significativa (0.6% vs. 0.9%; odds ratio, 0.67; 95% CI, 0.39 a 1.14; P=0.14).

Conclusiones:

Cangrelor, administrado intravenoso 30 minutos antes de la ICP y continuado por 2 horas después, no fue superior a la dosis carga por vía oral de 600 mg de clopidogrel, administrada 30 minutos antes de la ICP, en reducir el objetivo final combinado de muerte de cualquier causa, infarto de miocardio o la revascularización guiada por isquemia a las 48 horas.

Referencia:

New England Journal of Medicine Vol 361:2318-2329, 10 de Diciembre 2009

Diapositivas

(ClinicalTrials.gov number, NCT00305162 [[ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov)])