



## 5001-5. DISPOSITIVOS CORONARIOS BIOABSORBIBLES EN PACIENTES DIABÉTICOS. RESULTADOS INMEDIATOS Y A 30 DÍAS DEL REGISTRO REPARA

Felipe Hernández Hernández<sup>1</sup>, José Díaz Fernández<sup>2</sup>, Francisco Bosa Ojeda<sup>3</sup>, Jaime Elízaga Corrales<sup>4</sup>, Koldo García San Román<sup>5</sup>, José Ramón Ruiz Arroyo<sup>6</sup>, Rosa Ana Hernández Antolín<sup>7</sup> y Javier Martín Moreiras<sup>8</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, <sup>4</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>5</sup>Hospital de Cruces, Bilbao, <sup>6</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, <sup>7</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid y <sup>8</sup>Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Existe poca información sobre los resultados de los dispositivos coronarios bioabsorbibles en pacientes diabéticos en la práctica clínica habitual.

**Métodos:** REPARA es un registro prospectivo y multicéntrico, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad del dispositivo bioabsorbible Absorb en práctica clínica habitual. El objetivo primario es un combinado de eventos cardíacos mayores (muerte, infarto, nueva revascularización y trombosis del dispositivo) a 12 meses. Se describen los resultados inmediatos y a 30 días en el subgrupo de pacientes diabéticos.

**Resultados:** De los 2.448 pacientes incluidos en REPARA, 586 (23,9%) eran diabéticos (22,2% insulina, 77,8% antidiabéticos orales). Los pacientes diabéticos eran significativamente mayores ( $61,3 \pm 10$  años frente a  $55,8 \pm 10,8$ ,  $p < 0,001$ ) y tenían tasas más altas de infarto previo (18,6 frente a 11,8%,  $p < 0,001$ ), ictus previo (6,1 frente a 1,9%,  $p < 0,001$ ) y revascularización previa (22 frente a 12,8%,  $p < 0,001$ ). Las indicaciones clínicas fueron infarto con elevación del ST (33,6 frente a 33,6%,  $p = ns$ ), sin elevación del ST (19,1 frente a 30,5%,  $p < 0,001$ ), angina inestable (17,4 frente a 14,8%,  $p = ns$ ) y angina estable o isquemia silente (29,9 frente a 21,1%,  $p < 0,001$ ). El número de vasos enfermos fue mayor en los diabéticos ( $1,6 \pm 0,8$  frente a  $1,4 \pm 0,7$ ,  $p < 0,001$ ) así como el número de lesiones tratadas por paciente ( $1,49 \pm 0,8$  frente a  $1,34 \pm 0,7$ ,  $p = 0,004$ ). Se trataron 874 lesiones (51,6% en DA, 23,5% en Cx y 24,9% en CD). No hubo diferencias significativas en el número de dispositivos, diámetro o longitud de los mismos, posdilatación, solapamiento, uso en bifurcaciones o uso de imagen intravascular. La tortuosidad de las lesiones en diabéticos era significativamente mayor (15,5 frente a 10,5%,  $p = 0,003$ ) así como la calcificación (13,6 frente a 7,2%,  $p < 0,001$ ). El éxito del procedimiento fue ligeramente superior en el grupo de diabéticos (99,5 frente a 98,7%,  $p = 0,045$ ). A los 30 días no hubo diferencias significativas en las tasas de infarto (1,7 frente a 1,4%,  $p = ns$ ), nueva revascularización (1 frente a 0,8%,  $p = ns$ ), muerte cardíaca (0,7 frente a 0,2%,  $p = 0,061$ ) y trombosis de *stent* (1 frente a 0,9%,  $p = ns$ ).

**Conclusiones:** En este registro prospectivo con dispositivos coronarios bioabsorbibles, los pacientes diabéticos tienen un alto éxito del procedimiento y pocos eventos cardíacos mayores a 30 días. Las tasas de trombosis tempranas de *stent* son bajas y sin diferencia significativa entre diabéticos y no diabéticos.