



## 159 - ACUTE-TO-CHRONIC GLYCAEMIC RATIO (ACR) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL ICTUS ISQUÉMICO

F. Cambi<sup>1</sup>, E. Climent<sup>1,2,3</sup>, A. Rodríguez-Campello<sup>2,3,4</sup>, S. Ballesta<sup>1,2</sup>, J. Jiménez-Conde<sup>2,3,4</sup>, G. Llauradó<sup>1,2,3,5</sup>, E. Cuadrado<sup>2,3,4</sup>, Á. Ois<sup>2,3,4</sup>, J.A. Flores<sup>1,2,3</sup> y J.J. Chillarón<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>2</sup>IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona. <sup>3</sup>Departamento de Medicina (MELIS), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. <sup>4</sup>Grupo de Investigación Neurovascular, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>5</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La hiperglicemia es un factor independiente de mal pronóstico en pacientes con ictus isquémico, en sujetos con y sin diabetes. El impacto del *acute-to-chronic glycaemic ratio* (ACR) se ha evaluado en pacientes con COVID19 o insuficiencia cardíaca, pero no en ictus isquémico. El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre el ACR y la mortalidad 3 meses después de un ictus isquémico.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con ictus isquémico. Se incluyeron datos demográficos, sexo, edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular. Para estimar los niveles crónicos de glucosa (CGL) se empleó la fórmula  $eCGL = [28,7 \times HbA_{1c} (\%)] - 46,7$ . Se calculó el ACR (glucemia al ingreso/eCGL) para todos los sujetos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 3,429 sujetos. El 48,7% fueron mujeres, la edad media fue de  $74,0 \pm 13,2$  años. La  $HbA_{1c}$  media fue  $6,3\% \pm 1,5$ . En los pacientes en el 3<sup>er</sup> tercil (3T) de ACR, la gravedad del ictus (NIHSS) fue mayor (5; IQR 3-14) respecto al 2<sup>o</sup> (2T) y 1<sup>er</sup> tercil (1T) (4; IQR 2-10 y 4; IQR 2-8, respectivamente.  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante, la edad (OR 1,072; IC95%: 1,059-1,086;  $p < 0,001$ ), el NIHSS inicial (OR 1,178; IC95%: 1,158-1,199;  $p < 0,001$ ), la terapia de revascularización (OR 0,433; IC95%: 0,319-0,588;  $p < 0,001$ ) y el ACR (OR = 1,998; IC95%: 1,446-2,761;  $p < 0,001$ ) se asociaron de forma independiente a la mortalidad a 3 meses.

**Conclusiones:** El ACR fue uno de los factores asociados a la mortalidad 3 meses post ictus isquémico. Los sujetos del 3<sup>er</sup> tercil ACR presentaron mayor gravedad, estancia media y discapacidad. Estos hallazgos sugieren que ACR puede ser útil como marcador pronóstico al ingreso en pacientes con ictus isquémico.