



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

F. Cambi¹, E. Climent^{1,2,3}, A. Rodríguez-Campello^{2,3,4}, S. Ballesta^{1,2}, J. Jiménez-Conde^{2,3,4}, G. Llauredó^{1,2,3,5}, E. Cuadrado^{2,3,4}, Á. Ois^{2,3,4}, J.A. Flores^{1,2,3} y J.J. Chillarón^{1,2,3}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona. ²IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona. ³Departamento de Medicina (MELIS), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. ⁴Grupo de Investigación Neurovascular, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona. ⁵Centro 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^{er} tercil (3T) de ACR, la gravedad del ictus (NIHSS) fue mayor (5; IQR 3-14) respecto al 2^o (2T) y 1^{er} 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^{er} 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.