



## P-105 - ACUTE-TO-CHRONIC GLYCAEMIC RATIO (ACR) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL ICTUS ISQUÉMICO

A. González Bouillin<sup>a</sup>, A. Rodríguez-Campello<sup>b,c,d</sup>, E. Climent<sup>a,b,c</sup>, S. Ballesta<sup>a,b</sup>, J. Jiménez-Conde<sup>b,c,d</sup>, G. Llauradó<sup>a,b,c,e</sup>, E. Cuadrado<sup>b,c,d</sup>, Á. Ois<sup>b,c,d</sup>, J.A. Flores<sup>a,b,c</sup> y J.J. Chillarón<sup>a,b,c</sup>

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

### Resumen

**Introducción:** La hiperglicemia es un factor independiente de mal pronóstico en pacientes con diagnóstico de ictus isquémico, en sujetos con y sin diabetes. El impacto del *acute-to-chronic glycaemic ratio* (ACR) se ha analizado en otras enfermedades cardiovasculares, pero su papel en el ictus isquémico no está bien establecido. El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre ACR y mal pronóstico o mortalidad 3 meses después de sufrir un ictus isquémico.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes ingresados por ictus isquémico agudo. 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 (glicemia al ingreso/eCGL) para todos los sujetos. Los pacientes fueron estratificados en 3 grupos según los terciles ACR (tercil 1: 0,28-0,92, tercil 2: 0,92-1,13 y tercil 3: > 1,13). El mal pronóstico tras un ictus isquémico se definió como una puntuación en la escala Rankin  $\geq 3$ . Se obtuvieron datos de mortalidad mediante revisión de historia clínica y/o contacto telefónico con los familiares o médicos de atención primaria.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 2.774 sujetos ingresados en el hospital con diagnóstico de ictus isquémico agudo. Un 44,2% eran mujeres, con edad media de 74 años y HbA<sub>1c</sub> media de 5,8% al ingreso. El 74,4% de los sujetos presentaban diagnóstico previo de HTA, el 50,9% de dislipemia el 34,6% de diabetes. El 2% de los ictus tenían origen cardioembólico, con un NIHSS basal medio de 4. La edad (OR 1,04; IC95%: 1,03-1,05;  $p < 0,001$ ), presencia de diabetes (OR 1,55; IC95%: 1,20-1,90;  $p < 0,001$ ), NIHSS basal (OR 1,19; IC95%: 1,16-1,21;  $p < 0,001$ ) y ACR (OR 1,07; IC95%: 1,04-1,11;  $p < 0,001$ ) se asoció de forma independiente con mal pronóstico (OR 1,62; IC95%: 1,28-2,06;  $p < 0,001$ ) y mortalidad (OR 1,88; IC95%: 1,26-2,83;  $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** El ACR se asoció positivamente con un mal pronóstico y mortalidad 3 meses después del diagnóstico de ictus isquémico agudo. Otros factores asociados fueron la edad, la presencia de diabetes y la gravedad inicial del ictus. Una glucemia al ingreso un 13% superior a la glucemia media del paciente comporta un peor pronóstico a corto plazo.