



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

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

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^bIMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España. ^cDepartamento de Medicina (MELIS), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. ^dGrupo de Investigación Neurovascular, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^eCentro 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 (glucemia 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 ≥ 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_{1c} 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.