



5. EFECTOS DEL CONTROL GLUCÉMICO DURANTE EL INGRESO SOBRE LA SECUELA MIOCÁRDICA TRAS EL SCACEST

Andrea Arenas Lorient¹, Helder Mareth¹, Oriol de Diego Soler¹, Íñigo Anduaga Elorza¹, Carlos Roca Guerrero¹, Igor Morr García¹, Teresa López Sobrino¹, Rut Andrea Riba¹, Emilio Ortega Martínez de Victoria², Eric Fuentes¹, Marta Alamar Cervera¹, Daniel Lorenzatti¹, Susana Prat González¹, Blanca Domenech³ y José Tomás Ortiz Pérez¹

¹Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ²Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic, Barcelona, España y ³Radiología. Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de la hiperglucemia en la fase aguda del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) más allá del control metabólico previo y de la presencia o no de diabetes mellitus.

Métodos: Se incluyeron 496 pacientes (406, 82% no diabéticos) con un primer SCACEST tratados con angioplastia primaria a los que se les realizó una RMC-rt en las primeras 3 semanas del evento (media 6,6 ± 3,9 días). Se recogieron retrospectivamente la HBA1C y los valores de todas las glucemias durante el ingreso, parámetros clínicos y angiográficos, incluida el área miocárdica en riesgo (AMR) mediante el baremo modificado BARI, tamaño del infarto (TI) como% de la masa del ventrículo izquierdo (VI), índice de miocardio salvado como% AMR (IMS) y la presencia y extensión (nº de segmentos afectados) de obstrucción microvascular (OMV).

Resultados: La glucemia media (Glu) se correlacionó con el TI y con el IMS en pacientes no diabéticos ($r = 0,202$; $p < 0,001$ y $r = -0,144$; $p = 0,004$ respectivamente). El grupo con mejor control glucémico (Glu 140 mg/dl ($45,1 \pm 33,6$ vs $36,0 \pm 28,2$ vs $34,4 \pm 31,2$ % masa VI respectivamente, $p < 0,05$). También presentaban menor extensión de OMV ($1,1 \pm 1,9$ vs $1,5 \pm 1,9$ vs $1,9 \pm 2,0$ segmentos, $p = 0,002$). Tras ajustar por la HBA1C al ingreso y la presencia de DM, la glucemia media fue un predictor independiente de IMS (tabla).

Análisis multivariante: Índice de miocardio salvado (IMS, como % área miocárdica en riesgo o AMR)

IMS (%AMR)	Coefficiente	t	p	IC95%
Edad	-0,1455696	-1,18	0,241	(-0,38903-0,09788)
DM presente	-1,337324	-0,24	0,812	(-12,35325-9,67860)

HbA1c ingreso	2,031594	1,18	0,239	(-1,35841-5,42160)
Enfermedad multivaso	-5,684577	-1,88	0,061	(-11,62425-0,255098)
Glucemia media	-0,1389627	-2,73	0,007	(-0,23906--0,03886)
Tiempo isquemia	-0,017638	-4,17	0,001	(-0,02594--0,00931)
TIMI pre-ACTP	20,77437	5,86	0,001	(13,80694-27,74181)
Flujo colateral	11,12507	2,70	0,007	(3,02966-19,22048)

IMS: Índice de miocardio salvado; AMR: Área miocárdica en riesgo; DM: diabetes mellitus; ACTP angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Conclusiones: El control glucémico durante el ingreso se asocia inversamente con el miocardio salvado en el SCACEST, independientemente de la presencia o no de DM y del control glucémico previo.