



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

Andrea Arenas Loriente<sup>1</sup>, Helder Mareth<sup>1</sup>, Oriol de Diego Soler<sup>1</sup>, Íñigo Anduaga Elorza<sup>1</sup>, Carlos Roca Guerrero<sup>1</sup>, Igor Morr García<sup>1</sup>, Teresa López Sobrino<sup>1</sup>, Rut Andrea Riba<sup>1</sup>, Emilio Ortega Martínez de Victoria<sup>2</sup>, Eric Fuentes<sup>1</sup>, Marta Alamar Cervera<sup>1</sup>, Daniel Lorenzatti<sup>1</sup>, Susana Prat González<sup>1</sup>, Blanca Domenech<sup>3</sup> y José Tomás Ortiz Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic, Barcelona, España y <sup>3</sup>Radiología. 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  $6,6 \pm 3,9$  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  $140 \text{ mg/dl}$  ( $45,1 \pm 33,6$  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.