



## CO-022 - DIABETES ASOCIADA A FIBROSIS QUÍSTICA, ¿ES LA HbA<sub>1c</sub> UN BUEN CRIBADO?

I. Aguilera García, R. García Moreno, A. Benítez Valderrama, J. Fernández González, B. Barquiel Alcalá, N. Hillman Gadea y N. González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La diabetes asociada a fibrosis quística (CFRD) es la comorbilidad extrapulmonar más frecuente de la fibrosis quística (FQ), relacionándose con las mutaciones y fenotipos más graves y con peor evolución. El diagnóstico se realiza por sobrecarga oral con 75 g de glucosa (SOG75) anual, suponiendo un disconfort para los pacientes que conlleva una pérdida del cribado a largo plazo. Algunos autores recomiendan la HbA<sub>1c</sub> como cribado previo a la SOG75 anual (Gilmour et al. Canadian Journal of Diabetes. 2019). Proponen un punto de corte de HbA<sub>1c</sub> de 5,5% para realizar SOG75. Con ello se describen reducciones del 36,7% del número de SOG75, manteniendo una sensibilidad del 91,8% para el diagnóstico de CFRD (Gilmour et al. Canadian Journal of Diabetes. 2019).

**Objetivos:** Comprobar si HbA<sub>1c</sub> sería una adecuada herramienta de cribado de CFRD en nuestra cohorte. Evaluamos dos puntos de corte, HbA<sub>1c</sub> ≥ 5,3% y HbA<sub>1c</sub> ≥ 5,5%, para estimar si además resulta rentable en términos de coste.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, no controlado, unicéntrico, de 40 pacientes con y sin CFRD. Se analizan variables bioquímicas al diagnóstico de CFRD y/o tras la última SOG75. Para evaluar la capacidad predictiva para el diagnóstico de CFRD de la HbA<sub>1c</sub> anual frente a SOG75 hemos utilizado el programa RStudio. Se realiza estudio económico de ambas pruebas.

**Resultados:** Se incluyen 40 pacientes, 18 con CFRD y 22 sin CFRD. No había diferencias significativas en edad ni sexo entre los grupos. Los pacientes con CFRD tenían una edad al diagnóstico de FQ más temprana, mutaciones más graves y mayor prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina. En la tabla observamos los resultados obtenidos analizando dos puntos de corte de HbA<sub>1c</sub>. El coste/unidad de la SOG75 es de 6,94 euros vs. 3,10 euros la HbA<sub>1c</sub>, incluyendo los costes en personal y tiempo empleado. Utilizando un punto de corte HbA<sub>1c</sub> ≥ 5,3% se reducirían un 22,7% las SOG75 anuales, mientras que la reducción alcanzaría el 40,9% con punto de corte de HbA<sub>1c</sub> ≥ 5,5%.

	HbA <sub>1c</sub> ≥ 5,5%	IC95%	HbA <sub>1c</sub> ≥ 5,3%	IC95%
Sensibilidad	89%	65-99%	100%	81-100%
Especificidad	41%	21-64%	23%	8-45%

Valor predictivo positivo	55%	36-74%	51%	34-69%
Valor predictivo negativo	82%	48-98%	100%	40-100%

**Conclusiones:** Ambos puntos de corte de HbA<sub>1c</sub> tienen una elevada sensibilidad en la detección de CFRD en nuestra cohorte, pero con un amplio intervalo de confianza probablemente secundario al bajo tamaño muestral. Pese a la mayor sensibilidad de HbA<sub>1c</sub>  $\geq$  5,3%, HbA<sub>1c</sub>  $\geq$  5,5% permitiría una reducción mayor de SOG75 manteniendo una adecuada sensibilidad como cribado. En términos de coste, el cribado frente a SOG75 con HbA<sub>1c</sub> resulta rentable. En nuestra cohorte de pacientes, la HbA<sub>1c</sub> con punto de corte en 5,5% parece ser un adecuado cribado en términos clínicos y económicos para CFRD. Es preciso realizar un estudio prospectivo con una cohorte mayor para comprobar dicho resultado.