

Nueva Actualización de Guías para el Cuidado de la Diabetes de la ADA 2010

Como viene sucediendo desde el año 2004, en enero de este año la Asociación Americana para la Diabetes (ADA) publicó una actualización de las guías “Standards of medical care in Diabetes - 2010”, cuyo principal cambio es la incorporación de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) como criterio diagnóstico para esta enfermedad, además de los utilizados hasta ahora. De esta manera son 4 las formas de diagnosticar la diabetes , definidas de la siguiente manera:

- o 1. HbA1c \geq 6.5 % realizada por un método certificado por NGSP y estandarizado con el ensayo de DCCT.
- o 2. Glucemia \geq 126 mg/dl con ayuno de 8 hs.
- o 3. Glucemia 2 horas post carga con 75 g de glucosa \geq 200
- o 4. En pacientes con síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémicas: una glucemia al azar \geq 200 mg/dl

La incorporación de HbA1c ha sido un tema ampliamente discutido. En años anteriores, la misma ADA había desaconsejado su utilización como diagnóstico aduciendo una alta variabilidad entre los métodos. Hoy en día como resultado del programa de estandarización del NGSP (National Glicohemoglobin Standardization Program) la asociación americana considera que esto ha dejado de ser un problema.

Algunas de las ventajas de utilizar HbA1c son: una mejor correlación con complicaciones como la retinopatía diabética, una estimación más correcta de los niveles de glucemia y fundamentalmente, al no requerir ayuno facilita la toma de la muestra que puede hacerse a cualquier hora del día y en cualquier condición, lo que ayuda a incrementar el número de pacientes que pueden ser sometidos a un screening.

La HbA1c tiene además una alta estabilidad post recolección a diferencia de la glucemia que se degrada “in vitro” muy rápidamente y su variabilidad biológica intraindividual es mucho menor que la de la glucemia (2.4 % vs 12-15%), por lo cual es un parámetro muy confiable.

En contrapartida, la principal desventaja es el costo más elevado de esta determinación respecto a la glucemia y la falta de disponibilidad de la misma en ciertos ámbitos.

Por otro lado, la correlación entre HbA1c y los niveles de glucemia no es equivalente en todos los individuos, sino que cada persona tiene una correlación propia. Esto es debido posiblemente a que frente a un mismo nivel de glucosa sérica, algunos individuos glicosilan más rápidamente la hemoglobina y otros lo hacen a una velocidad más baja.

Existen también observaciones sobre un aumento de los niveles de HbA1c con la edad, aún en paciente no diabéticos, y pueden encontrarse diferencias entre las distintas razas.

La medición de HbA1c puede ser errónea en pacientes con hemoglobinopatías o variantes de hemoglobina, debiéndose en estos casos utilizarse un método que no se vea interferido por las mismas. En nuestro laboratorio la metodología utilizada (Roche Tina Quant Gen.2, inmunturbidimetría certificada por la NGSP) no se ve afectada por la presencia de hemoglobina S, C, E, D ni por un porcentaje elevado de hemoglobina fetal o carbamilada, haciéndolo apto para procesar muestras de pacientes con estas características.

El valor de corte elegido (6.5%), fue obtenido a partir de la recopilación de diferentes estudios donde se compararon los niveles de HbA1c con la aparición de una moderada retinopatía diabética no proliferativa. Al igual que no existe un 100% de concordancia entre los casos diagnosticados según los criterios que incluyen medición de glucemia, lo mismo sucede utilizando HbA1c, quien detectaría menos casos que la glucemia en ayunas usando como valor de corte 126 mg/dl. Sin embargo la practicidad de su medición permitirá ampliar el número de personas sometidas a screening para diagnóstico de diabetes, compensando esta disminución de la sensibilidad. Según indica la ADA, cuando se cuente con resultados discordantes entre los criterios (por ejemplo, una glucemia en ayunas superior a 126 mg/dl con una HbA1c menor a 6.5%), debe repetirse aquel parámetro que sea patológico y de confirmarse el mismo se hace el diagnóstico de diabetes.

Así como se clasifican las categorías de riesgo o "prediabéticas": 1. Glucemia alterada en ayunas (glucemia en ayunas entre 100 y 126 mg/dl) y 2. Tolerancia alterada a la glucosa (2hs post OGTT entre 140-199 mg/dl), con la HbA1c se define como: Riesgo aumentado de padecer diabetes y sus complicaciones valores entre 5.7-6.4%, siendo de alto riesgo valores > 6.0%.

La incorporación de HbA1c entre los criterios diagnósticos constituye el principal cambio con respecto a este tema en los últimos años. Hasta ahora no se ha expedido la Organización Mundial de la Salud así como tampoco la Asociación Argentina de Diabetes con respecto a este tema. Será muy interesante conocer las opiniones de estos expertos.

Con seguridad se seguirán estudiando algunos aspectos que aún hoy dejan algunas dudas en cuanto a sus limitaciones, principalmente la variación con la edad y etnias. Sin embargo, tal como expresa la ADA, la decisión de que criterio utilizar para el diagnóstico de diabetes queda en manos del profesional responsable según el contexto del paciente.

Diagnóstico de Diabetes	HbA1c \geq 6.5 %
Riesgo aumentado para diabetes	HbA1c: 5.7 – 6.4 %
Alto riesgo para diabetes	HbA1c 6.0 – 6.4 %

María Paula Esteban
Bioquímica

BIBLIOGRAFIA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2010. Diabetes Care. 2010 Jan;33 Suppl 1:S11-61.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010 Jan;33 Suppl 1:S62-9.
3. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care. 200 Jul;32(7):1327-34