



<https://www.revclinesp.es>

## D-7. - DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESCONOCIDA: ¿EXISTE CONTRAINDICACIÓN? ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL

F. Acosta Maestre, S. Tejero Sánchez, R. Delgado Pérez, J. Lanz García, I. López Montesinos, M. Navarrete Lorite, E. Carmona Nimo, M. Colmenero Camacho

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** Demostrar presencia de contraindicación para el uso de metformina en una muestra extraída de una población heterogénea de nuestro medio, estratificando los resultados para las recomendaciones de ADA, EASD y guías NICE.

**Métodos:** Estudio observacional en el que se recogen datos de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del H.U. Virgen Macarena (Sevilla) entre el 1 y el 12 de abril de 2014, sin importar el motivo de consulta siempre que cumplieran los criterios de inclusión (diabéticos en tratamiento con metformina, y con analítica con parámetros de función renal realizada en los 12 meses previos a su consulta en Urgencias). El único criterio de exclusión fue la existencia de insuficiencia renal aguda en el momento de la analítica, en cuyo caso se consultaron analíticas de los 12 meses previos. Calculamos el tamaño muestral con un intervalo de confianza del 95% de  $n = 238$  asumiendo un 15% de pérdidas. Se seleccionó una muestra de 307 pacientes a los cuales se les recogieron antecedentes médicos de interés, como DMII, HTA, dislipemia y enfermedad renal crónica conocida, tratamiento antidiabético realizado, medicación con posible repercusión sobre función renal (IECAs, ARA II, betabloqueantes, antidiuréticos y AINEs), urea, creatinina, y filtrado glomerular estimado (MDRD-4 y CKD-EPI). En cada uno de estos pacientes se valora si existe contraindicación para toma de metformina, tanto según el valor de FG según ficha técnica (60) como según los criterios NICE tanto para reducción de dosis y vigilancia (FG 45) como para contraindicación absoluta (FG 30).

**Resultados:** De los 307 pacientes, 302 eran diabéticos tipo II, otro paciente diabético tipo I, mientras que los otros 4 pacientes no tenían un diagnóstico previo específico del tipo de diabetes. Hemos valorado los datos obtenidos siguiendo por un lado el criterio para retirar metformina compartido por la ficha técnica del medicamento y por las guías de la ADA/EASD (2012), que la indica con filtrados glomerulares 60 ml/min (contraindicación en 87 pacientes -28,3%-), y con los de las guías NICE, que fijan filtrados 45 ml/min para reducir dosis (41 pacientes -13,4%-) y redoblar vigilancia de función renal, y filtrados 30 ml/min para recomendar retirada del medicamento (9 pacientes -2,9%-). También se han estratificado los resultados en tres grupos según la dosis recibida de metformina. El primero de ellos está compuesto por pacientes con dosis en rango infraterapéutico según ficha técnica, 1 g/día, con 77 pacientes (25,1%) (FG 60,  $n = 23$  -29,8%-, FG 45,  $n = 14$  -18,1%-, FG 30,  $n = 3$  -3,9%-. El segundo incluye a los que toman dosis de 1-2,5 g/día, con 227 pacientes (73,9%) (FG 60,  $n = 62$  -27,3%-, FG 45,  $n = 25$  -11%-, FG 30,  $n = 5$ , -2,2%-. Por último, el tercer grupo lo forman pacientes con dosis > 2,5 g/día, con 3 pacientes (1%) (FG 60,  $n = 2$  -66,7%-, FG 45,  $n$

= 2 -66,7% -; FG 30, n = 1 -33,3% -).

*Discusión:* La acidosis láctica sigue siendo el principal efecto adverso asociado a metformina, con resultados contradictorios en la bibliografía, por lo que no acaba de quedar claro en qué casos habría que aconsejar su retirada (y posible cambio por otros ADOs), al no existir un umbral de disfunción renal unificado. En este estudio hemos intentado valorar la presencia de enfermedad renal oculta en pacientes con metformina, confirmándose la misma. El análisis estratificado demuestra que el problema no varía pese a recibir dosis diferentes del medicamento.

*Conclusiones:* La metformina sigue siendo el antidiabético oral más seguro y eficaz disponible en el mercado, pero sería importante valorar su uso en situaciones en las que haya riesgo a nivel renal. A los ADOs clásicos se han sumado hoy en día nuevas opciones, como los inhibidores DPP4, con menor problemática en IR moderada severa. Hacen falta más estudios para valorar indicación y coste-beneficio de dicho cambio.