



D-007 - SCREENING DE B12 Y FÓLICO EN PACIENTES CON METFORMINA

M. Galindo Andúgar¹, J. Castellanos Monedero¹, F. del Val Zaballos², C. Alarcón Viejo¹, E. Rioja Cobo¹, A. Escalera Zalvide¹, I. Belchín Pérez¹, I. Domínguez Quesada¹

¹Medicina Interna, ²Endocrinología. Hospital General la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Resumen

Objetivos: Estimar en qué porcentaje de pacientes ingresados que toman metformina (asociada o no a un inhibidor de la bomba de protones) se ha realizado screening de niveles de B12, ácido fólico y homocisteína. Como objetivo secundario, cuantificar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital General La Mancha Centro durante la primera quincena de marzo de 2016. Como criterio de inclusión se consideraron los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna que estuvieran tomando metformina (MET) y/o inhibidor de la bomba de protones (IBP). Se recogieron datos de laboratorio de forma retrospectiva (determinaciones realizadas después de haber comenzado con MET y/o IBP, en los tres meses previos al ingreso o durante el mismo), así como el tiempo de tratamiento. Análisis mediante los test de ji-cuadrado (para la toma de metformina (sí/no) y niveles elevados (sí/no) de B12, fólico y homocisteína, y test de Kruskal-Wallis para comparar MET con los niveles de los 3. Análisis con SPSSv18.0.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes (45 mujeres, 57%), 11 fallecieron durante el ingreso. Edad media 79 años (48-95), estancia media 15,5 días (mediana 11 días, mínimo 2 y máximo 78). La HTA fue el FRCV más prevalente con 65 casos (82%), seguido de la diabetes (51 casos, 64,6%); la dislipemia se apreció en 30 (38%). Había enfermedad renal crónica en 18 (23%), EPOC en 29 (37%), deterioro cognitivo en 17 (21,5%), cáncer en 17, ACVA en 17, cardiopatía isquémica 17, FA crónica en 16 (20%), fumadores 6 (8%). Tomaban metformina 11 pacientes, IBP 36 (45%), y ambos 33. La dosis más habitual de MET fue 1.700 mg/día (60%) seguida de 2.000 mg/día (28%), y el IBP más prescrito fue el omeprazol (60%) seguido del pantoprazol (19%). El tiempo medio de tratamiento fue de 3,2 años con la MET (0,2-7,2) y de 9,5 años con los IBP (0,3-9,5). Se solicitó B12 y fólico en 74 de los 79 pacientes (con disminución en 14 y 10 pacientes, respectivamente), homocisteína en 40 (50%) con cifras mayores de lo normal en 29 de ellos (72% de los pacientes con homocisteína disponible). Había hemoglobina glicada en 67 (en 50 de los 51 diabéticos, y en 17 sin DM). Se midió la microalbuminuria en 67 pacientes, siendo patológica en 30. El colesterol estaba en objetivos en el 80%. Excluyendo la homocisteína, el porcentaje de pacientes con 3 o más FRCV fue del 57%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles medios de B12, ácido fólico y homocisteína, entre los pacientes que tomaban metformina y los que no la tomaban, de la misma manera que en los pacientes con IBP. Tampoco se observaba diferencia al comparar los pacientes que tomaban ambos fármacos frente a los que no los tomaban.

Discusión: La toma de metformina se ha relacionado con una menor absorción de B12 (hasta en un 30%). Los IBP también pueden alterar la absorción de la B12. Nuestra muestra es pequeña, y puede ser una razón para que no se apreciaran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que tomaban metformina \pm IBP, a pesar de que se observó déficit de B12 en un 20% del total de pacientes. La determinación de B12 y fólico está ampliamente extendida, a diferencia de la homocisteína. En la muestra obtenida se apreció que los pacientes tenían una elevada carga cardiovascular, lo que haría recomendable medir la homocisteína; otra razón es su estrecha relación metabólica (los déficit de B12 y fólico pueden provocar hiperhomocisteinemia).

Conclusiones: En los pacientes que toman metformina, especialmente con edad avanzada, es habitual solicitar niveles de B12 y fólico.