



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-196 - METFORMINA, ¿MONOTERAPIA O TERAPIA COMBINADA?

I. García Herrero^a, C. García Gimenez^b, M.D. García García^b, M.B. Perez Jiménez^b, B. Delgado Romero^b, I. Río Moso^b e I. Repilado Álvarez^b

^aEAP Los Barreros, Cartagena. ^bHospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: Conocer si tiene más beneficios la terapia combinada con metformina frente a la monoterapia con esta en adultos con diabetes mellitus tipo II.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane y Tripdatabase; utilizando los siguientes descriptores (tabla). Criterios de inclusión: artículos con menos de 10 años, artículos en inglés y español, bases de datos de Pubmed, Cochrane y Tripdatabase. Criterios de exclusión: artículos que estaban duplicados, de niños/adolescentes, sobre terapias exclusivamente con metformina o con un fármaco distinto y guías para el manejo de la diabetes. Número de registros identificados mediante búsquedas en bases de datos: Pubmed, Cochrane, Google académico. n = (1.437). Número de artículos evaluados para su elegibilidad (n = 253). Número de artículos excluidos (n = 250).

Participante	Intervención	Comparación	Resultado
Diabetes mellitus tipo 2	Metformina	Terapia combinada	Evolución clínica

Resultados: Seleccionamos 3 artículos: un ensayo doble ciego, aleatorizado, multicéntrico en 5 años. Un estudio en fase III, aleatorizado, de doble ciego, realizado en grupos paralelos entre octubre de 2012 y diciembre de 2014 en 190 centros en 21 países. Un metanálisis de estudios observacionales. Con respecto a este tema se necesitan más investigaciones de una mayor evidencia que comparen la monoterapia con metformina vs. terapia combinada, ya que la mayoría de los artículos compara la terapia combinada entre fármacos junto con la metformina. La metformina se ha demostrado que disminuye la mortalidad un 28% en comparación con otros tratamientos en pacientes con una fracción de eyección ventricular baja, el riesgo metastásico es menor con metformina y mejora el pronóstico en el trasplante de riñón y de corazón. También se ha reportado una disminución de cáncer de aproximadamente 10 a 40% con el uso de metformina, junto con una disminución de la mortalidad por este en un rango similar.

Conclusiones: La terapia combinada de metformina + vildagliptina mejora significativamente los niveles de glucemia en comparación con la monoterapia de metformina estándar, manteniendo buena tolerabilidad. Se demuestra que la combinación de metformina + empagliflozina tenía efectos más beneficiosos que la monoterapia de metformina, produciendo también una reducción del peso y fueron bien toleradas. La metformina no debe ser reemplazada por monoterapias con otro tipo de

fármacos ya que aporta beneficios en otra serie de patologías como la insuficiencia cardiaca. En la DM tiene un efecto más positivo combinándose con otros fármacos en la fase temprana de la DM2. Implicación para la práctica clínica: como profesionales, podemos dar a conocer de manera precoz no solo los aspectos positivos de la metformina, que son muchos, sino la mejora en el tratamiento que supone usarla en una terapia dual con otro fármaco teniendo en cuenta las características del paciente.

P-197

EL DÉFICIT DE VITAMINA D SE ASOCIA A UN PEOR CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPOMAGNESEMIA

M.D. Espin García, M.J. López López, A. Pinos Blanco, M.A. Tomás Pérez, E. Sánchez Navarro y F. Illán Gómez

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Se sabe que el déficit de magnesio puede estar implicado en la resistencia insulínica (RI) y que la vitamina D (VD) interviene en la función del páncreas estimulando la producción de insulina. Además, su déficit se asocia con RI. El objetivo de este estudio es valorar el control metabólico y la RI de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), obesidad, RI e hipomagnesemia y su posible relación con el nivel de VD.

Material y métodos: Se seleccionaron 100 pacientes con DM2, obesidad, RI e hipomagnesemia. Se analizaron parámetros antropométricos, perfil metabólico, niveles plasmáticos de VD y RI. La muestra se dividió en 2 grupos según el nivel de vitamina D, poniendo como punto de corte 20 ng/ml. Se procedió al análisis estadístico con SPSSv22.

Resultados: De los 100 pacientes, el 47% eran varones y el 53% mujeres, con una edad de $65,48 \pm 10,26$ años y un tiempo de evolución de la DM de $9,43 \pm 5,35$ años. En todos los pacientes existía RI con un HOMA-IR $6,42 \pm 5,96$ puntos y déficit de magnesio con niveles de $1,78 \pm 0,12$ mg/dl. Todos tenían obesidad con un IMC de $33,81 \pm 7,89$ kg/m². El 80% presentaba HTA y el 70% dislipemia. Existían complicaciones macrovasculares en el 21%, y microvasculares en el 41%. En el total de la muestra, la HbA_{1c} fue de $6,84 \pm 0,67\%$, la glucemia en ayunas de $131,85 \pm 27,77$ mg/dl y la VD $23,55 \pm 12,51$ ng/ml. El grupo con déficit de VD estaba constituido por 62 pacientes y el grupo con suficiencia de VD por 38. Existía una diferencia significativa en los niveles de HbA_{1c} ($6,71 \pm 0,58\%$ vs. $7,05 \pm 0,75$; p 0,02), y glucemia basal ($126,39 \pm 24,98$ mg/dl vs. $141 \pm 30,08$ mg/dl; p 0,015) entre estos 2 grupos. Sin embargo no comprobamos diferencias estadísticamente significativas en la edad, sexo, IMC, perfil lipídico y HOMA.

Conclusiones: En nuestro estudio hemos objetivado un peor control glucémico en pacientes con DM2, obesidad e hipomagnesemia cuando se asocia déficit de VD. Sin embargo no hemos comprobado una mayor RI en estos pacientes.