

estudios comunitarios que valora la utilidad de la HbA1c para la predicción de diabetes, ECV y muerte a largo plazo. Además, incluye una importante representación de población negra, lo que ha permitido analizar posibles diferencias interraciales en la capacidad predictiva de la HbA1c.

R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional  
Universitario Carlos Haya, Málaga, España, CIBER  
Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CB06/003)  
Correo electrónico: ricardogomezhueltas@hotmail.com

doi:10.1016/j.rce.2011.05.011

## Uso de inhibidores de la bomba de protones, fractura de cadera y cambio en la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas Resultados del Women's Health Initiative

Gray SL, LaCroix AZ, Larson J, Robbins J, Cauley JA, Manson JE, et al. Proton Pump Inhibitor Use, Hip Fracture, and Change in Bone Mineral Density in Postmenopausal Women. Results From the Women's Health Initiative. Arch Intern Med. 2010;170:765-771.

**Antecedentes:** Los fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP) han mostrado de forma inconsistente una asociación con fracturas osteoporóticas. En este trabajo se evalúa la asociación del uso de IBP con repercusiones clínicas sobre el hueso (fractura, densidad mineral ósea [DMO]).

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo que incluyó a 161.806 mujeres posmenopáusicas de 50 a 79 años de edad, sin antecedentes de fractura de cadera, participantes en el Women's Health Initiative (WHI) con una media (DS) de seguimiento de 7,8 (1,6) años. Los análisis se realizaron para 130.487 mujeres con información completa. La información sobre la medicación se tomó directamente examinando los envases de medicamentos durante las entrevistas personales (al inicio y al tercer año). Las principales medidas de la evolución clínica fueron las fracturas referidas por el paciente (de cadera, vertebrales clínicas, antebrazo o muñeca, y fracturas en total) y en una submuestra, cambio en la DMO a los tres años (tres localizaciones de densitometría).

**Resultados:** Entre las 1.005.126 personas/años de seguimiento, se produjeron 1.500 fracturas de cadera, 4.881 fracturas de antebrazo o de muñeca, 2.315 fracturas vertebrales clínicas, y un total de 21.247 fracturas. Tras el ajuste multifactorial el cociente de riesgo Hazard ratio (HR) para el uso actual con IBP fue 1,00 (intervalo de confianza [IC] 95%, 0,71-1,40 para la fractura de cadera, 1,47 [IC 95%: 1,18-1,82] para la fractura vertebral clínica, 1,26 [IC 95%: 1,05-1,51] para la fractura de antebrazo o de muñeca, y 1,25 [IC 95%: 1,15-1,36] para las fracturas totales). Las mediciones de la DMO al inicio no variaban entre los que tomaban y no tomaban IBP. La toma de IBP se asoció solamente con un efecto marginal de cambio en la DMO en cadera a los tres años ( $p = 0,05$ ) pero no en otras localizaciones.

**Conclusión:** La toma de IBP no se asoció con fracturas de cadera, pero se asoció de forma discreta con la aparición de fracturas vertebrales clínicas, de antebrazo o muñeca, y fracturas totales.

## Comentario

Los IBP constituyen un grupo de medicamentos de uso muy amplio. En el año 2005 se publicó la observación de la presencia de fracturas vertebrales múltiples en un grupo de pacientes con esofagitis por reflujo tratados con IBP. Varios estudios epidemiológicos de gran tamaño publicados con posterioridad sugieren que el uso de IBP se asocia a un riesgo aumentado de fracturas osteoporóticas, si bien no se ha podido confirmar un mayor riesgo de fractura de cadera en alguno de ellos.

La posible asociación entre IBP y riesgo de fractura se ha investigado en la cohorte del WHI, un estudio prospectivo a gran escala en mujeres posmenopáusicas. Se encontró un incremento del riesgo del 25% para cualquier fractura entre los tomadores de IBP y cercano al 50% para la fractura vertebral clínica, mientras que no se apreció un incremento del riesgo de fractura de cadera. Otros datos a reseñar son que el riesgo aumentado de fractura se observó en las pacientes menores de 70 años (30% de incremento) y en las que no habían tenido fracturas previas (30% de incremento). No se encontró relación entre el riesgo de fractura y el tiempo de toma de IBP. Se observó un ligero incremento en la DMO en todos los grupos y localizaciones, si bien dicho incremento fue menor en cadera en las pacientes que tomaban IBP.

En resumen, este estudio aporta algunos datos valiosos para tratar de esclarecer el problema de la posible asociación entre IBP y riesgo de fractura, que aún presenta mucha incertidumbre. A la luz de esta incertidumbre los médicos deberíamos considerar en primer lugar si la prescripción de IBP es necesaria para el paciente y, en caso de serlo, ajustar la dosis y tiempo de tratamiento a la situación. En esa dirección van las recomendaciones de la Food and Drug Administration (FDA) y las normas de la buena práctica clínica.

J.A. Blázquez Cabrera, Ex Coordinador del Grupo de  
Osteoporosis FEMI-SEMI  
Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete, Albacete, España  
E-mail address: jblazquez@sescam.jccm.es

doi:10.1016/j.rce.2010.10.014