

LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES, ¿PRODUCEN DIABETES MELLITUS?

Autor: Marcos García Aguado (Médico cardiólogo del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda)

Fecha de publicación: 09/05/2022

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 2 minutos

<https://www>



Los pacientes que reciben terapia antiagregante plaquetaria y presentan alto riesgo hemorrágico, deben tomar un protector gástrico tipo inhibidor de la bomba de protones (*IBP*) para minimizar el riesgo de sangrado, tal y como recogen las últimas guías de práctica clínica de prevención cardiovascular de la **Sociedad Europea de Cardiología**.

Estas son las situaciones que se asocian a alto riesgo hemorrágico:

- Tratamiento crónico con AINES o corticoides;
- Antecedente de hemorragia o úlcera digestivas;
- Tratamiento anticoagulante asociado (*triple terapia*);
- Cuando el paciente presenta al menos **dos** de los siguientes ítems: Edad > 60 años, abuso de consumo de alcohol, dispepsia, alteraciones del reflujo gastroesofágico o infección por **H.Pylori**.

Los IBP que inhiben específicamente la **CYP2C19** (*omeprazol* y *esomeprazol*) podrían reducir la actividad farmacodinámica del clopidogrel, aunque no se ha demostrado que este hecho se asocie a eventos clínicos. Aún así, se sigue manteniendo la recomendación de evitar el uso coasociado de clopidogrel con esomeprazol y omeprazol.

Se ha publicado un [estudio](#) en abril de 2022, solo generador de hipótesis, que concluye que el uso prolongado de IBPs podría aumentar el riesgo de desarrollo de diabetes mellitus

(DM) tipo 2. El estudio incluyó un total de 777420 pacientes de > 40 años que iniciaron tratamiento entre 2010 y 2015, con un seguimiento medio de 6.2 años. Es un estudio de casos y controles, en un solo país, Italia. Los IBPs más utilizados fueron el pantoprazol y el omeprazol. La mitad de los participantes eran hombres.

En el estudio se detectó un incremento del 19 hasta el 56% del riesgo de desarrollo de DM, dependiendo de la duración del tratamiento con IBP, siendo mayor cuanto mas prolongada era la terapia. En el caso de los pacientes con tratamientos de más de 2 años, el riesgo aumento hasta el 56% (RR 1.56; IC 95%: 1.49-1.64). El riesgo fue mayor en los pacientes con edades comprendidas entre los 40-65 años y en aquellos con comorbilidades.

Este no es el primer estudio que abre el melón del riesgo de DM en pacientes con tratamiento prolongado con IBP. Ya existen estudios prospectivos previos en EE. UU. con las mismas conclusiones. También existen estudios que identifican una posible relación del consumo de IBP con fracturas, hipomagnesemia, carcinoides gástricos, enfermedad renal crónica, diarreas por Clostridium difficile y demencia.

Pero **¿por qué es un estudio generador de hipótesis, y, por tanto, no debería conducir a ningún cambio en nuestra práctica clínica diaria?** Porque los propios investigadores reconocen que hay limitaciones de importancia, entre ellas, que el ensayo no fue controlado aleatorizado, además, reconocen posibles factores de confusión que no fueron examinados.

En conclusión, según opinión del autor de este post, no disponemos de evidencia fiable y seria que pueda arrojar luz a la controversia sobre los IBPs y sus posibles efectos adversos, como la DM. Por tanto, se deben realizar estudios aleatorizados que puedan confirmar o descartar estas hipótesis, y mientras tanto, no deberíamos modificar nuestra práctica clínica diaria, consistente en usar los IBPs en los pacientes con alto riesgo hemorrágico que toman tratamiento antiagregante, evitando el uso concomitante de esomeprazol y omeprazol con el clopidogrel.

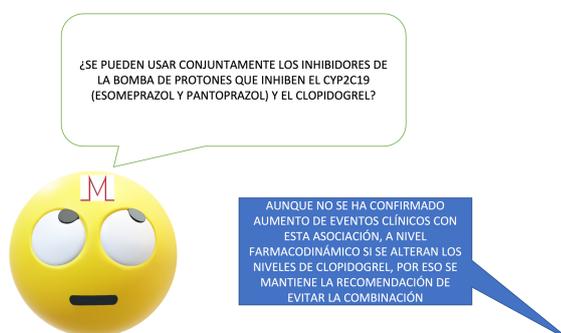


Ilustración 1. No debemos usar esomeprazol/omeprazol con clopidogrel

REFERENCIAS

[The journal of Clinical Endocrinology and metabolism, 16 april 2022](#)

