

## COMITÉ DE EVALUACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS DE NAVARRA INFORME DE EVALUACIÓN BAZEDOXIFENO

<b>Principio activo</b>	<b>BAZEDOXIFENO</b>
<b>Nombre comercial y presentaciones</b>	▲ CONBRIZA <sup>®</sup> (Pfizer) 20 mg 28 cp (34,41 €)
<b>Grupo terapéutico</b>	G03XC02: Moduladores selectivos del receptor de estrógenos
<b>Condiciones de dispensación</b>	Con receta médica
<b>Procedimiento de autorización</b>	Procedimiento centralizado
<b>Fecha de comercialización</b>	Octubre 2010
<b>Fecha de evaluación</b>	Septiembre 2010

### INDICACIONES<sup>1</sup>

El bazedoxifeno está indicado en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en mujeres con riesgo incrementado de fracturas. Ha demostrado una reducción significativa de la incidencia de fracturas vertebrales; no se ha establecido su eficacia en las fracturas de cadera.

### MECANISMO DE ACCIÓN<sup>1</sup>

El bazedoxifeno pertenece al grupo de los moduladores selectivos del receptor de estrógenos (SERM). Actúa como agonista y/o antagonista del receptor estrogénico, dependiendo del tipo de célula y tejido y de los genes diana. Disminuye la resorción ósea, reduce los marcadores bioquímicos del recambio óseo al rango premenopáusico y aumenta la densidad mineral ósea (DMO). En los tejidos uterino y mamario, el bazedoxifeno actúa como antagonista.

### FARMACOCINÉTICA<sup>1</sup>

El bazedoxifeno se absorbe rápidamente, con una  $t_{max}$  de aproximadamente 2 horas. La biodisponibilidad absoluta es de aproximadamente el 6%. Puede administrarse con y sin alimentos. Se une en gran medida a proteínas plasmáticas (95,8% - 99,3%).

Se metaboliza ampliamente, siendo su principal vía metabólica la glucuronoconjugación. Se observa poco o ningún metabolismo mediado por el citocromo P450. El principal metabolito en la circulación es el bazedoxifeno-5-glucurónido, con unas concentraciones en plasma unas 10 veces superiores a las del principio activo sin modificar.

La vida media de eliminación es de unas 30 horas. Las concentraciones del estado de equilibrio se alcanzan a la segunda semana de su administración una vez al día. La principal vía de eliminación del bazedoxifeno son las heces (por orina se elimina menos del 1% de la dosis).

## **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN<sup>1</sup>**

La dosis recomendada del bazedoxifeno es de un comprimido de 20 mg una vez al día, en cualquier momento, con o sin comida. Debe añadirse a la dieta un suplemento de calcio y/o vitamina D si su ingesta diaria no fuera adecuada.

## **EFICACIA CLÍNICA**

En el dossier de la EMA se hace referencia a dos ensayos clínicos sobre los efectos del bazedoxifeno en mujeres con osteoporosis<sup>2</sup>. Uno de ellos es un estudio de búsqueda de dosis en el que se evalúan los efectos sobre la pérdida de masa ósea de 10, 20 y 40 mg de bazedoxifeno frente a placebo. Este ensayo incluye también un brazo activo con raloxifeno<sup>3</sup>. Durante los 24 meses de seguimiento, se registraron tan solo 8 fracturas vertebrales en un total de 1.583 mujeres. La información que se deriva de este ensayo es nula desde un punto de vista de relevancia clínica, por lo que no lo consideramos en nuestro informe.

El otro estudio compara la eficacia de bazedoxifeno frente a placebo y raloxifeno en la disminución de la incidencia de fracturas vertebrales diagnosticadas por métodos radiológicos morfométricos<sup>4</sup>. Se reclutaron 7.492 mujeres postmenopáusicas con una edad media de  $66 \pm 6,7$  años y con un tiempo medio de  $19,5 \pm 8,7$  años desde la menopausia. Para la inclusión en el ensayo, se requería que las mujeres sin fracturas vertebrales prevalentes tuvieran una DMO lumbar entre -2,5 y -4,0 DE. Por otro lado, las mujeres con fracturas prevalentes debían tener una DMO lumbar no peor que -4,0 DE. La duración del seguimiento fue de tres años. Algunos de los pacientes incluidos en este ensayo continuaron en una fase de extensión de otros dos años en tratamiento con bazedoxifeno 20 mg para conocer datos de seguridad y tolerancia<sup>5</sup>. La evaluación realizada a los tres años estaba prevista en el protocolo.

Entre los criterios de exclusión del ensayo figuran, entre otros, la presencia de síntomas vasomotores, historia de enfermedad tromboembólica, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia.

Las mujeres recibieron bazedoxifeno (20 ó 40 mg/día), raloxifeno (60 mg/día) o placebo. Todas las mujeres recibieron también diariamente 1.200 mg de calcio y 400-800 UI de vitamina D.

La variable principal fue la incidencia de nuevas fracturas vertebrales. Entre las variables secundarias evaluadas destaca la incidencia de fracturas no vertebrales y las fracturas vertebrales clínicas.

La DMO lumbar media fue de  $-2,4 \pm 1,2$  DE, el 56% de las mujeres fueron diagnosticadas de fractura vertebral prevalente. A los tres años de tratamiento, la incidencia de fracturas vertebrales radiológicas morfométricas fue del 2,3%, 2,5%, 2,3% y 4,1% (bazedoxifeno 20, bazedoxifeno 40, raloxifeno 60 mg y placebo, respectivamente). Tanto bazedoxifeno como raloxifeno mostraron diferencias estadísticamente

significativas respecto al placebo. La reducción del riesgo en términos absolutos fue del 1,7%, aproximadamente, lo que supone un 0,6% anual. No se encontraron diferencias entre las dosis de 20 y 40 mg de bazedoxifeno. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre bazedoxifeno y raloxifeno.

Teóricamente, habría que tratar con bazedoxifeno a 59 mujeres durante tres años para evitar una fractura vertebral diagnosticada por métodos radiológicos morfométricos. Por otro lado, de cada 333 mujeres tratadas durante 3 años se produce un episodio de tromboembolismo venoso, un caso de vasodilatación y un caso de mama fibroquística. Es decir, por cada 5-6 fracturas vertebrales radiológicas morfométricas evitadas se provoca un caso de tromboembolismo venoso profundo y un episodio de vasodilatación.

Por lo que se refiere a las fracturas vertebrales clínicas (variables secundarias), no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los tres grupos en estudio frente a placebo. La incidencia fue de 0,72%, 0,76%, 0,87% y 0,94% (bazedoxifeno 20 mg, bazedoxifeno 40 mg, raloxifeno 60 mg y placebo, respectivamente).

Dentro de las variables secundarias, se registró información sobre las fracturas no vertebrales. No se encontraron diferencias significativas respecto al placebo en ninguno de los grupos en estudio. La incidencia fue de 5,7%, 5,6%, 5,9% y 6,3% (bazedoxifeno 20 mg, bazedoxifeno 40 mg, raloxifeno 60 mg y placebo, respectivamente). Los autores realizaron un grupo *post-hoc* con mujeres con DMO en fémur < -3,0 y/o una fractura vertebral moderada o grave, o bien, múltiples fracturas vertebrales leves (n=1.772). La incidencia de fracturas no vertebrales a los tres años fue de 4,9%, 6,5%, 8,4% y 9,1% (bazedoxifeno 20 mg, bazedoxifeno 40 mg, raloxifeno 60 mg y placebo, respectivamente). Se observó una reducción estadísticamente significativa de las fracturas no vertebrales respecto a placebo con la dosis de 20 mg/día de bazedoxifeno, pero no con la dosis de 40 mg/día. Cuando se analizan las dos dosis de bazedoxifeno conjuntamente no se observan diferencias respecto al placebo.

En definitiva, bazedoxifeno no es más eficaz que placebo en la reducción de fracturas vertebrales clínicas ni en fracturas no vertebrales. El análisis *post-hoc* sobre los resultados en fracturas no vertebrales en un grupo de “alto riesgo” no estaba contemplado en el protocolo. La incoherencia de los resultados obtenidos, según los cuales la dosis alta de bazedoxifeno no sería eficaz mientras que la dosis baja podría serlo, hace que la plausibilidad biológica de los hallazgos en este grupo *post-hoc* sea muy cuestionable. Por otro lado, en los datos publicados de la eficacia a 5 años en forma de resumen o abstract, en el grupo *post-hoc* no se observó eficacia alguna en la prevención de fracturas no vertebrales<sup>6</sup>. El único hallazgo positivo es la reducción de fracturas vertebrales radiológicas morfométricas en un 0,6% anual durante los 3 primeros años, pero la magnitud del efecto es muy escasa y el significado clínico de este hallazgo es cuestionable.

El hecho de que más de 3.000 mujeres fueran diagnosticadas de “fractura vertebral prevalente” con valores normales de DMO y además sin referir ningún problema de salud importante, es sorprendente, pero es lo que se deduce del hecho de que la DMO media al inicio del estudio fue de -2,4 DE (lumbar) y -1,7 DE (femoral), cuando el criterio de inclusión fue “mujeres con fractura vertebral prevalente, o bien, sin fractura prevalente pero con una DMO lumbar o femoral entre -2,5 y -4,0 DE”. Además, de sólo incluir a mujeres con buen estado general de salud.

Las mediciones de las fracturas se realizaron mediante el método semi-cuantitativo morfométrico. Esta técnica se realizó de acuerdo a los criterios descritos en un artículo anteriormente publicado<sup>7</sup>. Los propios autores que evalúan la técnica reconocen que el método semi-cuantitativo duplica el número de casos de diagnóstico de fracturas vertebrales respecto a otros métodos utilizados. También reconocen que la distinción entre “deformidades normales” y “fracturas leves” puede ser difícil y, a veces, arbitraria.

La precisión del método para distinguir entre fracturas “leves” y “moderadas” o entre “moderadas” y “graves” aún es peor que cuando distingue entre “no fractura” y “fractura leve”.

Por todo ello, no está claro cuáles son los beneficios reales en la práctica clínica de unos efectos del fármaco, de magnitud muy escasa en términos absolutos, sobre una variable (fracturas vertebrales radiológicas morfométricas) de incierta trascendencia clínica medida con dudosa precisión diagnóstica. Todo ello sin encontrar diferencias respecto a raloxifeno.

## **SEGURIDAD**

### **Reacciones adversas<sup>1</sup>**

Las principales reacciones adversas, según su frecuencia, fueron:

Muy frecuentes ( $\geq 10\%$ ): sofocos, espasmos musculares (incluyendo calambres en las piernas).

Frecuentes (1%-10%): hipersensibilidad, somnolencia, sequedad de boca, urticaria, edema periférico, elevación de triglicéridos en sangre, de alanina aminotransferasa y de aspartato aminotransferasa.

Poco frecuentes (0,1%-1%): trombosis venosa profunda (diferencias significativas frente a placebo), tromboflebitis superficial, embolismo pulmonar.

Raras (0,01%-0,1%): trombosis de vena retiniana.

### **Contraindicaciones<sup>1</sup>**

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (contiene lactosa).
- Presencia o antecedentes de episodios tromboembólicos venosos, tales como trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y trombosis de vena retiniana.
- El bazedoxifeno es únicamente para mujeres postmenopáusicas. Las mujeres potencialmente fértiles no deben tomarlo.
- Sangrado uterino inexplicable.
- Pacientes con signos o síntomas de cáncer de endometrio. La seguridad en este grupo de pacientes no se ha estudiado adecuadamente.

### **Precauciones especiales de uso<sup>1</sup>**

No se recomienda el empleo de bazedoxifeno en mujeres con riesgo incrementado de accidentes tromboembólicos venosos. Los factores de riesgo asociados con casos de tromboembolismo venoso (TEV) en los ensayos clínicos fueron: edad avanzada, obesidad, inmovilización, cirugía, traumatismo mayor y neoplasia maligna.

Debe suspenderse antes de y durante una inmovilización prolongada (por ejemplo, recuperación postquirúrgica, reposo prolongado en cama), debiendo reanudarse su administración solamente después de que la paciente se encuentre plenamente deambulante. Además, durante viajes prolongados, debe aconsejarse a las mujeres que se muevan de vez en cuando.

No se ha estudiado en mujeres premenopáusicas por lo que no se recomienda su empleo.

No hay evidencia de proliferación endometrial. Cualquier sangrado uterino durante el tratamiento con el bazedoxifeno es inesperado y debe ser investigado en profundidad.

No se ha estudiado en mujeres con niveles de triglicéridos >300 mg/dl. Puede elevar los niveles séricos de triglicéridos, por lo que debe tenerse precaución en pacientes con hipertrigliceridemia conocida.

No se ha estudiado la seguridad de bazedoxifeno en pacientes con cáncer de mama. No se tienen datos acerca del empleo concomitante con agentes utilizados en el tratamiento del cáncer de mama en fase inicial o avanzada. Por tanto, no se recomienda para el tratamiento o prevención del cáncer de mama.

La formulación comercial contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa o galactosa, no deben tomar este medicamento.

### Utilización en situaciones especiales <sup>1</sup>

- **Embarazo:** no utilizar
- **Lactancia:** no utilizar
- **Insuficiencia renal:** no se ha evaluado suficientemente en pacientes con insuficiencia renal grave, por lo que debe tenerse precaución en esta población. No se requiere ajuste de dosis para pacientes con insuficiencia renal leve o moderada.
- **Insuficiencia hepática:** no se ha evaluado la seguridad y la eficacia del bazedoxifeno en pacientes con insuficiencia hepática. No se recomienda su empleo en esta población.
- **Niños:** no utilizar
- **Ancianos:** no se precisa ajuste de dosis por razones de edad.

### Interacciones<sup>1</sup>

El bazedoxifeno se metaboliza poco o nada mediante el citocromo P450 (CYP). No induce ni inhibe las actividades de las principales isoenzimas del CYP. Los datos *in vitro* sugieren que es improbable que el bazedoxifeno interactúe con otros medicamentos administrados concomitantemente a través de un metabolismo mediado por el sistema del CYP.

### Plan de riesgos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

La EMA plantea un plan de gestión de riesgos que se llevará a cabo fundamentalmente mediante estudios farmacoepidemiológicos en EEUU y Europa y a través de la extensión a 4 años del estudio 301-WW (el estudio principal descrito en la sección de “eficacia clínica” del presente informe). También se analizarán las notificaciones espontáneas. Los principales riesgos que se estudiarán son los siguientes:

- tromboembolismo venoso (riesgo identificado como importante)
- ictus isquémico (riesgo potencial importante)
- fibrilación auricular (riesgo potencial importante)
- adenoma y carcinoma renal (riesgo potencial detectado en estudios no clínicos)
- agravamiento, insuficiencia o fallo de la función renal (riesgo potencial detectado en estudios no clínicos)
- colecistitis (riesgo potencial)
- incremento de la trigliceridemia (riesgo potencial)
- isquemia y tromboembolismo cardiaco (información limitada)

- uso en ancianas (información limitada)

Los datos de seguridad a 5 años son similares a los obtenidos a 3 años<sup>5</sup>.

**Tabla 1. VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD COMPARADA**

		<b>BAZE 20 mg</b> n=2208	<b>BAZE 40 mg</b> n= 2191	<b>RALO 60 mg</b> n=2160	<b>Placebo</b> n=2195
<b>RAM MÁS RELEVANTES</b> <sup>a</sup>	Pac con RAM	94,5%	93,4%	93,9%	94,1%
	Herida accidental**	21,4%	19,3%	19,1%	22,6%
	Vasodilatación***	13,4%	14,0%	12,4%	7,1%
	Hipercolesterolemia***	4,6%	4,0%	2,7%	6,5%
	Calambres musculares*	10,6%	10,8%	10,9%	8,3%
	Trombosis venosa profunda*	0,3%	0,5%	0,4%	0%
<b>TASA DE ABANDONOS</b>	% de abandonos por RAM	15,1%	15,4%	14,6%	13,7%
<b>LIMITACIONES DE LA POBLACION ESTUDIADA</b>	Niños (SI/NO)	no usar	no usar	no usar	
	Ancianos (SI/NO)	no información	no información	no problemas específicos	
	Embarazo (SI/NO)	no usar	no usar	no usar	
	Lactancia (SI/NO)	no usar	no usar	no usar	
	Insuficiencia renal	no ajuste dosis si leve o moderada	no ajuste dosis si leve o moderada	no ajuste dosis si leve o moderada	
	insuficiencia hepática	no usar	no usar	no usar	
<b>INTERACCIONES</b>	Inhibidores de CYP P450	no descritas	no descritas	ampicilina, warfarina, colestiramina	
	Episodios tromboembólicos	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%
	Trombosis venosa profunda*	0,3%	0,5%	0,4%	0%
	Episodios cerebrovasculares	1,1%	1,4%	1,0%	1,4%
	Vasodilatación	13,8%	14,6%	13,0%	7,4%
	Alteraciones mama	8,8%	8,6%	9,6%	10,3%
	Mama fibroquística*	0,3%	0,2%	0,8%	0,5%
<b>POSIBLES ERRORES DE MEDICACIÓN</b>					

PLAN DE RIESGOS	Sí. Plan de la EMA (ver apartado de seguridad)		
VALORACIÓN GLOBAL DE RAM		El bazedoxifeno presenta un perfil similar al raloxifeno. La EMA ha establecido para el bazedoxifeno un plan de riesgos que incluye el estudio de algunas señales de alerta detectadas en los ensayos clínicos realizados.	

\* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001

<sup>a</sup> Datos conjuntos de los ensayos clínicos en fase 3

## RESUMEN ANÁLISIS COMPARATIVO

**Fármaco comparador:** raloxifeno

**Eficacia:** similar a raloxifeno en todas las variables estudiadas y similar a placebo en las variables clínicamente importantes

**Seguridad:** similar a raloxifeno. La EMA ha establecido para el bazedoxifeno un plan de riesgos que incluye el estudio de algunas señales de alerta detectadas en los ensayos clínicos realizados (ver apartado “Plan de riesgos”).

**Pauta:** similar al raloxifeno

**Coste:** igual que raloxifeno.

Principio Activo	Presentación	PVP (€)	Posología	Coste mensual (€)
<b>bazedoxifeno</b>	20 mg 28 comp	34,41 €	20 mg / 24 h	34,41 €
<b>raloxifeno</b>	60 mg 28 comp	20,64 €	60 mg / 24 h	20,64 €
<b>alendronato EFG</b>	70 mg 4 comp	15,42 €	70 mg / semana	15,42 €

## LUGAR EN LA TERAPÉUTICA

La osteoporosis es un factor de riesgo de fracturas óseas. La densidad de la masa ósea desciende de forma natural con el tiempo tras alcanzar el pico de masa ósea en torno a los 30 años de edad. Este descenso es más acusado en las mujeres tras la menopausia. El abordaje más razonable y eficaz para la prevención de fracturas tiene que ver con la obtención de un buen pico de masa ósea y con evitar las caídas. Para lo primero, se recomienda una dieta con niveles adecuados de calcio y vitamina D, vida activa y una exposición a la luz solar de al menos diez minutos diarios. Para la prevención de caídas, especialmente en pacientes ancianos, se recomiendan una serie de medidas tales como suprimir barreras arquitectónicas, evitar los obstáculos en el hogar (escaleras, alfombras, etc.), graduar adecuadamente las gafas, etc.<sup>8</sup>.

El tratamiento farmacológico de la osteoporosis ha demostrado ser eficaz en disminuir la pérdida de masa ósea. Sin embargo, esa mejora en DMO respecto a placebo no se traduce en la mayoría de las ocasiones en una disminución del riesgo de fracturas clínicamente relevante. Las calcitoninas se utilizaron durante muchos años sin que llegasen a demostrar eficacia en la disminución del riesgo de fracturas. La THS ha dejado de utilizarse porque el exceso de riesgo cardiovascular asociado a su empleo no justifica los

beneficios óseos. El raloxifeno, ranelato de estroncio, teriparatida y la hormona paratiroidea no han demostrado tener eficacia en la prevención de fracturas de cadera y la eficacia de los bifosfonatos es muy dudosa. La eficacia de todos estos fármacos en fracturas vertebrales se obtiene además fundamentalmente a partir de estudios donde las fracturas se diagnostican por métodos radiológicos morfométricos (determinadas con una precisión diagnóstica dudosa), cuya trascendencia clínica es incierta.

El bazedoxifeno tiene un comportamiento similar al raloxifeno (que ha demostrado una eficacia muy limitada). No es más eficaz que el placebo en la reducción de fracturas vertebrales clínicas ni en fracturas no vertebrales. El bazedoxifeno sólo ha demostrado una reducción de las fracturas vertebrales radiológicas morfométricas, muy escasa en términos absolutos (1,7% a los tres años). Es difícil saber la trascendencia clínica de este hallazgo. Por otro lado, por cada 5-6 fracturas vertebrales radiológicas morfométricas evitadas se provoca un caso de tromboembolismo venoso profundo y un episodio de vasodilatación. El perfil de efectos adversos, en principio es similar al raloxifeno (aunque éste lleva más tiempo en el mercado). La EMA ha establecido un plan de riesgos para el bazedoxifeno con el objetivo de obtener más información sobre las señales de seguridad detectadas en los ensayos clínicos.

Hoy por hoy, es cuestionable la utilización de fármacos para la reducción de fracturas. El abordaje más adecuado es la prevención de la osteoporosis mediante medidas higiénico-dietéticas y evitar las caídas, especialmente en el caso de los pacientes ancianos.

## CONCLUSIONES

El bazedoxifeno no ha demostrado ser más eficaz que el placebo en la reducción de fracturas vertebrales clínicas ni en fracturas no vertebrales. Tan solo ha demostrado eficacia en la reducción de fracturas vertebrales diagnosticadas mediante métodos radiológicos morfométricos, cuya trascendencia clínica es dudosa, y no está exento de efectos adversos importantes. El perfil de eficacia y seguridad es similar al del raloxifeno.

## CALIFICACIÓN: “NO SUPONE AVANCE TERAPEUTICO”.

*La evaluación de novedades terapéuticas en el momento de su comercialización se apoya en información cuya validez puede verse limitada con el paso del tiempo, por lo que debe ser empleada con precaución.*

*Esta evaluación ha sido realizada de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Aragón, Cataluña, Euskadi y Navarra.*

*La información que aquí se presenta es la disponible hasta el momento y es susceptible de modificaciones futuras en función de los avances científicos que se produzcan.*

*Es de gran importancia la comunicación de las sospechas de reacciones adversas a los nuevos medicamentos al Centro Autonómico de Farmacovigilancia.*



Referencia (Autor, publicación)	Tipo de estudio y objetivo	Población estudiada (Criterios de inclusión/exclusión)	Pauta de tratamiento	Variables de medida (end-point)	Resultados (tamaño del efecto/ valores p/ intervalos de confianza)	Calidad del estudio (escala Jadad)
Silverman SL, et al. J Bone Miner Res 2008;23:1923-1934 Ref. 4  Financiado por Wyeth, USA.	Estudio aleatorizado, multicéntrico, doble ciego controlado con placebo con un brazo con raloxifeno  <b>Objetivo principal:</b> Incidencia de fracturas vertebrales radiológicas morfométricas  Otros objetivos: fracturas vertebrales clínicas y fracturas no vertebrales	7.492 pacientes postmenopáusicas (edad entre 55-85 años) sin fracturas vertebrales prevalentes y una DMO lumbar entre -2,5 y -4,0 DE, o bien, con fracturas prevalentes y una DMO lumbar no peor que -4,0 DE.  Criterios de exclusión: patologías que afecten al metabolismo óseo, enfermedades que afectan a la DMO, fracturas vertebrales patológicas, síntomas vasomotores, carcinoma o hiperplasia endometrial, sangrado vaginal anormal, cáncer dentro de los 10 últimos años previos al estudio, alteraciones endocrinológicas, síndrome de malaabsorción, historia de enfermedad tromboembólica, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia. Se prohibió el uso durante los 6 meses anteriores a la aleatorización de: andrógenos, estrógenos sistémicos o tópicos,	-bazedoxifeno 20 mg/d (n=1.886) - bazedoxifeno 40 mg/d (n=1.872) - raloxifeno 60 mg/d (n=1.849) - Placebo (n=1.885)  Duración: 3 años  Todas las participantes recibieron además suplementos diarios de calcio (1.200 mg) y de vitamina D (400-800 UI)	<b>Variable principal:</b> - Incidencia de fracturas vertebrales radiológicas morfométricas  <b>Variables secundarias:</b> fracturas vertebrales clínicas y fracturas no vertebrales	Incidencia de fracturas vertebrales radiológicas morfométricas a los 3 años:  Bazedoxifeno 20 = 2,3% Bazedoxifeno 40 = 2,5% Raloxifeno 60 = 2,3% Placebo = 4,1%  p<0,05 respecto a placebo  Baze 20 vs placebo: RRA = 1,7% NNT = 59 a tres años  Fracturas vertebrales clínicas: Bazedoxifeno 20 = 0,72% Bazedoxifeno 40 = 0,76% Raloxifeno 60 = 0,87% Placebo = 0,94%  Diferencias n.s.  Fracturas no vertebrales: Bazedoxifeno 20 = 5,7% Bazedoxifeno 40 = 5,6% Raloxifeno 60 = 5,9% Placebo = 6,3%  Diferencias n.s.	Frente al placebo  Total: 4 puntos  -Aleatorizado: 1 -Doble ciego: 1 -Pérdidas: 1 -Aleat. apropiada: 1 -Enmascaram: 0  <b>Pérdidas: 34%</b>

		<p>progestágenos, moduladores de los receptores de estrógenos, bisfosfonatos, calcitonina, PTH y colecalciferol</p> <p>Se estableció un grupo <i>post-hoc</i> de mujeres de “alto riesgo” para evaluar el efecto de bazedoxifeno sobre las fracturas no vertebrales</p>		<p><b>Seguridad:</b></p> <p>Abandonos debidos a RAM</p> <p>Trombosis venosa profunda</p>	<p>Análisis por intención de tratar</p> <p>Bazedoxifeno 20 = 14,3%  Bazedoxifeno 40 = 14,4%  Raloxifeno 60 = 14,2%  Placebo = 12,7%</p> <p>Diferencias n.s.</p> <p>Bazedoxifeno 20 = 0,4%  Bazedoxifeno 40 = 0,5%  Raloxifeno 60 = 0,4%  Placebo = 0,1%</p> <p>p&lt;0,05.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

---

<sup>1</sup> Ficha técnica de Conbriza®. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000913/WC500033577.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000913/WC500033577.pdf) (consultado 08/09/2010)

<sup>2</sup> Conbriza: EPAR-Public Assessment Report. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Public\\_assessment\\_report/human/000913/WC500033576.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/000913/WC500033576.pdf) (consultado 08/09/2010)

<sup>3</sup> Miller PD, Chines AA, Christiansen C, Hoeck HC, Kendler DL, Lewiecki EM et al. Effects of bazedoxifene on BMD and bone turnover in postmenopausal women: 2-year results of a randomized, double blind, placebo- and active-controlled study. *J Bone Miner Res* 2008;23:525-535

<sup>4</sup> Silverman SL, Christiansen C, Genant HK, Vukicevic S, Zanchetta JR de Villiers TJ et al. Efficacy of bazedoxifene in reducing new vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis: results from a 3-year, randomized, placebo-, and active-controlled clinical trial. *J Bone Miner Res* 2008;23:1923-1934.

<sup>5</sup> de Villiers TJ, Chines AA, Palacios S, Lips P, Sawicki AZ, Levine AB, Codreanu C, Kelepouris N, Brown JP. "Safety and tolerability of bazedoxifene in postmenopausal women with osteoporosis: results of a 5-year, randomized, placebo-controlled phase 3 trial." *Osteoporos Int*. 2010 Jun 10. [Epub ahead of print]

<sup>6</sup> Silverman SL, Chines AA, Zanchetta JR, Genant HK, Kendler DL, Rio de la Loza L, et al. Sustained Efficacy of Bazedoxifene in Preventing Fractures in Postmenopausal Women With Osteoporosis: Results of a 5-year, Randomized, Placebo-controlled Study *Bone* 2010;47(Suppl 1): S58.

<sup>7</sup> Genant HK, Jergas M, Palermo L, Nevitt M, San Valentin R, Black D, et al. Comparison of semiquantitative visual and quantitative morphometric assessment of prevalent and incident vertebral fractures in osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1996;11(7):984-996.

<sup>8</sup> Teppo L N Järvinen, Harri Sievänen, Karim M Khan, Ari Heinonen, and Pekka Kannus. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ* 2008; 336:124 doi: 10.1136/bmj.39428.470752.AD (Published 17 January 2008). Available at <http://www.bmj.com/content/336/7636/124.full.pdf>