



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Disposición

Número:

Referencia: EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

VISTO el EX-2024-13287465-APN-DGA#ANMAT del Registro de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la firma AstraZeneca S.A. solicita la aprobación de nuevos prospectos e información para el paciente para la Especialidad Medicinal denominada DACTILUS / Dapagliflozina (como propanodiol monohidrato); forma farmacéutica y concentración: Comprimidos recubiertos / Dapagliflozina 5 mg y Comprimidos recubiertos / Dapagliflozina 10 mg; aprobada por Certificado N° 58.576.

Que los proyectos presentados se encuadran dentro de los alcances de las normativas vigentes, Ley de Medicamentos 16.463, Decreto 150/92 y la Disposición N°: 5904/96 y Circular N° 4/13.

Que por Disposición A.N.M.A.T. N° 680/13 se adoptó el SISTEMA DE GESTION ELECTRÓNICA CON FIRMA DIGITAL para el trámite de SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (REM) encuadrada en el Decreto N° 150/92 (t.o. 1993) para ingredientes activos (IFA'S) de origen sintético y semisintético, otorgándose certificados firmados digitalmente.

Que la Dirección de Investigación Clínica y Gestión del Registro de Medicamentos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el Decreto N° 1490/92 y sus modificatorias.

Por ello:

LA ADMINISTRADORA NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE

MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA

DISPONE:

ARTICULO 1º. – Autorízase a la firma AstraZeneca S.A. propietaria de la Especialidad Medicinal denominada DACTILUS / Dapagliflozina (como propanodiol monohidrato); forma farmacéutica y concentración: Comprimidos recubiertos / Dapagliflozina 5 mg y Comprimidos recubiertos / Dapagliflozina 10 mg; el nuevo prospecto obrante en los documentos IF-2024-45220171-APN-DERM#ANMAT, IF-2024-45220136-APN-DERM#ANMAT e información para el paciente obrante en los documentos IF-2024-45220215-APN-DERM#ANMAT, IF-2024-45220189-APN-DERM#ANMAT.

ARTICULO 2º. – Extiéndase por la Dirección de Gestión de Información Técnica el Certificado actualizado N° 58.576, consignando lo autorizado por el/los artículo/s precedente/s, cancelándose la versión anterior.

ARTICULO 3º. – Regístrese, notifíquese al interesado de la presente Disposición conjuntamente con el prospecto e información para el paciente. Gírese a la Dirección de Gestión de Información Técnica a sus efectos. Cumplido, archívese.

EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

mb-nm

Digitally signed by PEARSON Enriqueta María
Date: 2024.05.27 16:10:43 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.27 16:10:45 -03:00

Información para el paciente

Dactilus® **Dapagliflozina 5 mg** Comprimidos recubiertos

Venta bajo receta

Industria Estadounidense

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar el medicamento porque contiene información importante para usted.

- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.
- Si tiene alguna duda, consulte a su médico.
- Este medicamento se le ha recetado a usted, y no debe dárselo a otras personas aunque tengan los mismos síntomas que usted, ya que puede perjudicarlas.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4: *Posibles efectos adversos*.

Contenido del prospecto:

1. Qué es **Dactilus®** y para qué se utiliza
2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar **Dactilus®**
3. Cómo tomar **Dactilus®**
4. Posibles efectos adversos
5. Cómo conservar **Dactilus®**
6. Contenido del envase e información adicional

1. Qué es Dactilus® y para qué se utiliza

Dactilus® contiene el principio activo dapagliflozina, que pertenece a la clase de medicamentos denominados inhibidores del cotransportador-2 de sodio-glucosa (SGLT2). Actúan bloqueando la proteína SGLT2 en su riñón. Al bloquear esta proteína, el azúcar en sangre (glucosa), la sal (sodio) y el agua se eliminan de su cuerpo a través de la orina.

Para qué se utiliza **Dactilus®**
Dactilus se utiliza para tratar:

Diabetes tipo 2

- En adultos y niños mayores de 10 años.
- Si su diabetes tipo 2 no se puede controlar con dieta y ejercicio.
- **Dactilus®** se puede utilizar solo o junto con otros medicamentos para tratar la diabetes.
- Es importante seguir cumpliendo los consejos sobre dieta y ejercicio que le haya dado su médico

Insuficiencia cardíaca

- En adultos (mayores de 18 años) cuando el corazón no bombea sangre tan bien como debería.

Enfermedad renal crónica

- En adultos con función renal reducida

¿Qué es la diabetes tipo 2 y cómo ayuda **Dactilus®**?

- En la diabetes tipo 2, su cuerpo no produce suficiente insulina o no puede usar correctamente la insulina que produce. Esto conduce a un alto nivel de azúcar en sangre, lo que puede provocar graves problemas médicos como enfermedad cardíaca, enfermedad renal, ceguera y mala circulación en sus brazos y piernas.

Página 1 de 7

- **Dactilus**[®] actúa eliminando el exceso de azúcar de su cuerpo. También puede ayudar a prevenir enfermedades cardíacas.

¿Qué es la insuficiencia cardíaca y cómo ayuda **Dactilus**[®]?

- La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre a los pulmones ni al resto del cuerpo. Esto puede provocar problemas médicos graves y la necesidad de hospitalización.
- Los síntomas más comunes de insuficiencia cardíaca son dificultad para respirar, sentirse sin aliento, fatiga, sentir cansancio e hinchazón de tobillos.
- **Dactilus**[®] ayuda a proteger su corazón para que no se debilite y mejora sus síntomas. Puede disminuir la necesidad de ir al hospital y puede ayudar a algunos pacientes a vivir más tiempo.

¿Qué es la enfermedad renal crónica y cómo ayuda **Dactilus**[®]?

- Cuando tiene enfermedad renal crónica, los riñones pueden perder gradualmente su función. Esto significa que no serían capaces de limpiar y filtrar su sangre como deberían. La pérdida de la función renal puede provocar problemas médicos graves y la necesidad de atención hospitalaria.
- **Dactilus**[®] ayuda a proteger sus riñones para que no pierdan su función. Eso puede ayudar a algunos pacientes a vivir más tiempo.

2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar **Dactilus**[®]

No tome **Dactilus**[®]:

- Si es alérgico a la dapagliflozina o a cualquier otro componente de este medicamento (incluidos en la sección 6: *Contenido del envase e información adicional*).

Advertencias y precauciones

En los siguientes casos, consulte a su médico o diríjase al hospital más cercano

Cetoacidosis diabética:

- Si tiene diabetes y experimenta una pérdida de peso rápida, si tiene náuseas o vómitos, tiene dolor de estómago, sed excesiva, respiración rápida y profunda, confusión, somnolencia y cansancio poco habitual, olor dulce en su aliento, un sabor dulce o metálico en la boca, o un olor diferente en su orina o sudor,
- Los síntomas antes descritos pueden ser señal de “cetoacidosis diabética”, un problema raro pero serio que ocurre con la diabetes debido a un incremento de “cuerpos cetónicos” en su orina o sangre, que se detecta en los análisis.
- El riesgo de desarrollar una cetoacidosis diabética se puede incrementar con el ayuno prolongado, consumo excesivo de alcohol, deshidratación, reducciones bruscas de la dosis de insulina, o una necesidad mayor de insulina debido a una cirugía importante o una enfermedad grave.
- Cuando está en tratamiento con **Dactilus**[®], puede ocurrir una cetoacidosis diabética aun cuando su glucosa en sangre sea normal.

Si sospecha que tiene una cetoacidosis diabética, contacte con un médico o el hospital más cercano de inmediato y no tome este medicamento.

Fascitis necrotizante del perineo:

- Hable con su médico inmediatamente si desarrolla una combinación de síntomas de dolor, sensibilidad, enrojecimiento o hinchazón de los genitales o el área entre los genitales y el ano con fiebre o malestar general. Estos síntomas pueden ser un signo de una enfermedad infecciosa rara pero grave o incluso potencialmente mortal, llamada fascitis necrotizante del perineo o gangrena de Fournier que destruye el tejido debajo de la piel. La gangrena de Fournier debe tratarse de inmediato.

Consulte a su médico antes de tomar **Dactilus**[®]:

- Si tiene diabetes tipo 1, el tipo de diabetes que generalmente comienza cuando es joven y su cuerpo no produce insulina.
- Si tiene diabetes y algún problema renal, su médico podría recetarle un medicamento adicional o diferente para controlar su azúcar en sangre.
- Si tiene algún trastorno hepático, en cuyo caso su médico podría recetarle una dosis inicial más baja.
- Si toma medicación para disminuir su presión arterial (antihipertensivos) y tiene antecedentes de baja presión arterial (hipotensión). Mas información respecto a esto se indica en la sección: Otros medicamentos y **Dactilus**[®].
- Si presenta concentraciones tan elevadas de glucosa en la sangre que podría deshidratarse (pérdida de cantidades excesivas de líquidos). Los posibles signos de deshidratación se enumeran al principio de la sección 4: *Posibles efectos adversos*. Ante cualquiera de estos signos, informe a su médico antes de comenzar a tomar **Dactilus**[®].
- Si tiene o desarrolla náuseas, vómito o fiebre o si no puede comer o beber, ya que estos estados podrían provocar deshidratación. Su médico podría pedirle que suspenda el tratamiento con **Dactilus**[®] hasta que se recupere para evitar una deshidratación.
- Si presenta infecciones urinarias a menudo.

Si cumple alguno de los criterios descriptos arriba (o si tiene cualquier duda), consulte a su médico antes de tomar **Dactilus**[®].

Diabetes y cuidado de los pies

Si tiene diabetes, es importante que se controle los pies con regularidad y siga cualquier otro consejo relacionado al cuidado de los pies que le brinda su profesional de la salud.

Excreción de glucosa en la orina

Debido al modo de acción de **Dactilus**[®], los análisis de azúcar en la orina darán resultados positivos mientras tome este medicamento.

Niños y adolescentes

Dactilus[®] se puede utilizar en niños a partir de los 10 años de edad para el tratamiento de la diabetes tipo 2. No hay datos disponibles en niños menores de 10 años.

Dactilus[®] no está recomendado para niños y adolescentes menores de 18 años para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca o para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, ya que no se ha estudiado en estos pacientes.

Otros medicamentos y Dactilus[®]

Informe a su médico si está tomando otros medicamentos, si los ha tomado recientemente o si prevé tomarlos.

En particular, informe a su médico:

- Si está tomando diuréticos (medicamentos que favorecen la eliminación de agua del organismo),
- Si está tomando otros hipoglucemiantes (medicamentos que reducen la cantidad de azúcar en la sangre), como por ejemplo insulina o una "sulfonilurea". Su médico podría reducir la dosis de tales medicamentos para evitar episodios de hipoglucemia (bajas concentraciones de azúcar en la sangre).
- Si está tomando litio porque **Dactilus**[®] puede reducir la cantidad de litio en su sangre.

Embarazo y lactancia

Si está embarazada o si está amamantando si piensa que podría estar embarazada o si planea tener un bebé, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. Si queda embarazada, deberá suspender el tratamiento puesto que no se recomienda durante el segundo y tercer trimestres de la gestación. Hable con su médico sobre la mejor forma de controlar la glucemia durante el embarazo.

Si desea amamantar o está amamantando, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. No debe tomar **Dactilus**[®] si está amamantando. No se sabe si este medicamento pasa a la leche materna.

Conducción y uso de máquinas

La influencia de **Dactilus**[®] sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

Tomar este medicamento con otros medicamentos llamados sulfonilureas o con insulina puede causar una disminución de los niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia), que pueden causar síntomas como temblores, sudoración y cambios en la visión y puede afectar su capacidad para conducir y utilizar máquinas.

No conduzca ni maneje herramientas o máquinas si se siente mareado al tomar **Dactilus**[®].

Dactilus[®] contiene lactosa

Dactilus[®] contiene lactosa (azúcar de la leche). Si su médico le ha diagnosticado una intolerancia a ciertos azúcares, póngase en contacto con él antes de tomar este medicamento.

Dactilus[®] no contiene gluten.

3. Cómo tomar Dactilus[®]

Siga exactamente las instrucciones de administración de **Dactilus**[®] indicadas por su médico. Si tiene dudas, consulte a su médico.

Cuánto tomar

Si está tomando Dactilus[®] **para la diabetes tipo 2, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad renal crónica:**

- La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg cada día.
- Si tiene algún trastorno hepático, su médico podría recetarle una dosis inicial de 5 mg.
- Su médico le recetará la dosis adecuada para su caso particular.

Cómo tomar el medicamento

- Ingiera el comprimido entero con medio vaso de agua.
- Puede tomar el comprimido con alimentos o sin ellos.
- Puede tomar el comprimido a cualquier hora del día. Sin embargo, procure hacerlo a la misma hora cada día. Esto le evitará olvidarlo.

Su médico podría recetarle **Dactilus**[®] junto con otros medicamentos (antidiabéticos orales o insulina inyectable) para reducir la cantidad de azúcar en la sangre. Recuerde tomar estos otros medicamentos siguiendo las instrucciones de su médico. Esto le ayudará a obtener resultados óptimos.

Dieta y ejercicio

La dieta y el ejercicio pueden ayudar a su cuerpo a utilizar mejor el azúcar en sangre. Si tiene diabetes, es importante continuar cualquier dieta y programa de ejercicio recomendado por su médico mientras esté tomando **Dactilus**[®].

Si toma más Dactilus[®] **del que debiera**

Si toma más comprimidos **Dactilus**[®] de los que debiera, consulte inmediatamente a un médico o acuda al hospital. Lleve el envase del medicamento consigo.

Ante la eventualidad de una sobredosificación concorra al Hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez": (011) 4962-6666/2247

Hospital Nacional "Profesor Dr. Alejandro Posadas": (011) 4654-6648/4658-7777.

Si olvidó tomar Dactilus[®]

La conducta a seguir depende del tiempo que falte para la próxima dosis.

- Si faltan 12 horas o más para la próxima dosis, tome la dosis de **Dactilus**[®] tan pronto como se dé cuenta de haberla olvidado. Luego tome la siguiente dosis a la hora habitual.

- Si faltan menos de 12 horas para la próxima dosis, omita la dosis olvidada y luego tome la siguiente dosis a la hora habitual.
- No debe tomar una dosis doble de **Dactilus®** para compensar la dosis olvidada.

Si interrumpe el tratamiento con Dactilus®

No interrumpa el tratamiento con **Dactilus®** sin antes consultar a su médico. Sin el tratamiento, podría aumentar su concentración de azúcar en la sangre.

Si tiene cualquier duda sobre el uso de este medicamento, consulte a su médico.

4. Posibles efectos adversos

Al igual que todos los medicamentos, **Dactilus®** puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los padecen.

Consulte con su médico o acuda al hospital más cercano inmediatamente si usted presenta alguno de los siguientes efectos adversos:

- **Angioedema**, se ha observado de forma muy rara (puede afectar hasta 1 de cada 10000 personas)
Los signos de angioedema son:
 - hinchazón de la cara, lengua o garganta
 - dificultad para tragar
 - urticaria y problemas para respirar
- **Cetoacidosis diabética**, es raro observarla en pacientes con diabetes tipo 2 (puede afectar hasta 1 de cada 1000 personas)
Los signos de cetoacidosis diabética son (ver también el apartado *Advertencias y precauciones* de la sección 2):
 - Aumento de los niveles de “cuerpos cetónicos” en su orina o sangre
 - Pérdida de peso rápida
 - Náuseas o vómitos
 - Dolor de estómago
 - Sed excesiva
 - Respiración rápida y profunda
 - Confusión
 - Somnolencia y cansancio poco habitual
 - Olor dulce en su aliento, sabor dulce o metálico en la boca, olor diferente en su orina o sudor.

Esto puede ocurrir independientemente de los niveles de glucosa en sangre. Su médico debe decidir si interrumpe de forma temporal o permanente su tratamiento con **Dactilus®**

- **Fascitis necrotizante del perineo o gangrena de Fournier**, una infección severa de los tejidos blandos de los genitales o del área entre los genitales y el ano.

Interrumpa el tratamiento con Dactilus® y consulte a un médico cuanto antes; si experimenta cualquiera de los siguientes efectos adversos graves:

- **Infección del tracto urinario**, ocurre frecuentemente (puede afectar hasta 1 de cada 10 personas).
Estos son los signos de una infección del tracto urinario:
 - fiebre y/o escalofríos
 - sensación de ardor al miccionar (orinar)
 - dolor de espalda o en el costado.

Aunque no es muy frecuente, si observa sangre en la orina, informe a su médico inmediatamente.

Consulte a su médico lo antes posible si presenta alguno de los siguientes efectos adversos:

- **Hipoglucemia** (bajas concentraciones de azúcar en la sangre) al tomar este medicamento junto con una sulfonilurea o con insulina.
Los signos de hipoglucemia son:
 - temblor, sudoración, ansiedad intensa, taquicardia
 - hambre, dolor de cabeza, cambios en la visión
 - cambios de humor o confusión

Su médico le indicará cómo tratar la hipoglucemia y lo que debe hacer ante la aparición de cualquiera de los signos anteriores.

Otros efectos adversos durante el tratamiento con Dactilus®:

Frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas)

- infecciones genitales (micosis) del pene o la vagina (los signos pueden incluir irritación, picazón y flujo u olor anormal)
- dolor de espalda
- orina más abundante de lo habitual o aumento de la frecuencia de micción
- cambios de la cantidad de colesterol o lípidos en la sangre (según los resultados de análisis)
- incremento de la cantidad de glóbulos rojos en la sangre (según los resultados de análisis)
- disminución en la depuración renal de creatinina al principio del tratamiento (según los resultados de análisis)
- mareos
- erupción

Poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas)

- pérdida de abundante líquido de su cuerpo (deshidratación, los signos pueden incluir sequedad de boca, orinar poco o nada o latidos cardíacos rápidos)
- sed
- estreñimiento
- necesidad de levantarse en la noche para orinar
- sequedad de boca
- disminución del peso
- aumento en la creatinina (observado en los análisis de sangre) al inicio del tratamiento
- aumento de la urea (observado en los análisis de sangre)

Comunicación de efectos adversos

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en este prospecto.

“Ante cualquier inconveniente con el producto el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT: <http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234”

Mediante la comunicación de efectos adversos, usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

5. Cómo conservar Dactilus®

- Mantenga este medicamento fuera del alcance de los niños.
- No utilice este medicamento después de la fecha de vencimiento indicada en el blíster o la caja de cartón.
- Conservar a temperatura ambiente por debajo de 30°C, en su envase original.

6. Contenido del envase e información adicional

Composición de Dactilus®

- El principio activo de **Dactilus®** es la dapagliflozina.

Cada comprimido recubierto (comprimido) **Dactilus®** de 5 mg contiene una cantidad de dapagliflozina propanodiol monohidrato equivalente a 5 mg de dapagliflozina.

- Los demás componentes son:
 - núcleo del comprimido: celulosa microcristalina, lactosa anhidra (véase la sección 2 - **Dactilus®** contiene lactosa), crospovidona, dióxido de silicio, estearato de magnesio.
 - película de recubrimiento: Opadry II Amarillo (alcohol polivinílico, dióxido de titanio, macrogol 3350, talco, óxido de hierro amarillo).

Aspecto de Dactilus® y contenido del envase

- Los comprimidos recubiertos **Dactilus®** de 5 mg son amarillos, redondos, con un diámetro de 0,7 cm y llevan la marca "5" grabada en una cara y "1248" en la otra.

MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO HA SIDO PRESCRIPTO PARA SU PROBLEMA MÉDICO ACTUAL. NO LO RECOMIENDE A OTRAS PERSONAS.

Elaborado y acondicionado en: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana 47620, Estados Unidos.

Importado y distribuido en Argentina por: **AstraZeneca S.A.**, Avenida Sargento Mayor Cayetano Beliera N° 3025, B1629, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel.: 0800-333-1247. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 58.576. Director Técnico: Juan Martín Sauné – Farmacéutico.

Dactilus® es marca registrada del grupo de compañías AstraZeneca.

Última revisión
Disposición ANMAT N°



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Información para el paciente prod. DACTILUS (5mg) EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:24 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:24 -03:00

Información para el paciente

Dactilus® **Dapagliflozina 10 mg** Comprimidos recubiertos

Venta bajo receta

Industria Estadounidense

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar el medicamento porque contiene información importante para usted.

- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.
- Si tiene alguna duda, consulte a su médico.
- Este medicamento se le ha recetado a usted, y no debe dárselo a otras personas aunque tengan los mismos síntomas que usted, ya que puede perjudicarles.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4: *Posibles efectos adversos*.

Contenido del prospecto:

1. Qué es **Dactilus®** y para qué se utiliza
2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar **Dactilus®**
3. Cómo tomar **Dactilus®**
4. Posibles efectos adversos
5. Cómo conservar **Dactilus®**
6. Contenido del envase e información adicional

1. Qué es Dactilus® y para qué se utiliza

Dactilus® contiene el principio activo dapagliflozina, que pertenece a la clase de medicamentos denominados inhibidores del cotransportador-2 de sodio-glucosa (SGLT2). Actúan bloqueando la proteína SGLT2 en su riñón. Al bloquear esta proteína, el azúcar en sangre (glucosa), la sal (sodio) y el agua se eliminan de su cuerpo a través de la orina.

Para qué se utiliza **Dactilus®**
Dactilus se utiliza para tratar:

Diabetes tipo 2

- En adultos y niños mayores de 10 años.
- Si su diabetes tipo 2 no se puede controlar con dieta y ejercicio.
- **Dactilus®** se puede utilizar solo o junto con otros medicamentos para tratar la diabetes.
- Es importante seguir cumpliendo los consejos sobre dieta y ejercicio que le haya dado su médico

Insuficiencia cardíaca

- En adultos (mayores de 18 años) cuando el corazón no bombea sangre tan bien como debería.

Enfermedad renal crónica

- En adultos con función renal reducida

¿Qué es la diabetes tipo 2 y cómo ayuda **Dactilus®**?

- En la diabetes tipo 2, su cuerpo no produce suficiente insulina o no puede usar correctamente la insulina que produce. Esto conduce a un alto nivel de azúcar en sangre, lo que puede provocar graves problemas médicos como enfermedad cardíaca, enfermedad renal, ceguera y mala circulación en brazos y piernas

Página 1 de 7

- **Dactilus**[®] actúa eliminando el exceso de azúcar de su cuerpo. También puede ayudar a prevenir enfermedades cardíacas.

¿Qué es la insuficiencia cardíaca y cómo ayuda **Dactilus**[®]?

- La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre a los pulmones ni al resto del cuerpo. Esto puede provocar problemas médicos graves y la necesidad de hospitalización.
- Los síntomas más comunes de insuficiencia cardíaca son dificultad para respirar, sentirse sin aliento, sentir cansancio, fatiga, e hinchazón de tobillos.
- **Dactilus**[®] ayuda a proteger su corazón para que no se debilite y mejora sus síntomas. Puede disminuir la necesidad de ir al hospital y puede ayudar a algunos pacientes a vivir más tiempo.

¿Qué es la enfermedad renal crónica y cómo ayuda **Dactilus**[®]?

- Cuando tiene enfermedad renal crónica, los riñones pueden perder gradualmente su función. Esto significa que no serían capaces de limpiar y filtrar su sangre como deberían. La pérdida de la función renal puede provocar problemas médicos graves y la necesidad de atención hospitalaria.
- **Dactilus**[®] ayuda a proteger sus riñones para que no pierdan su función. Eso puede ayudar a algunos pacientes a vivir más tiempo.

2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar **Dactilus**[®]

No tome **Dactilus**[®]:

- Si es alérgico a la dapagliflozina o a cualquier otro componente de este medicamento (incluidos en la sección 6: *Contenido del envase e información adicional*).

Advertencias y precauciones

En los siguientes casos, consulte a su médico o diríjase al hospital más cercano

Cetoacidosis diabética:

- Si tiene diabetes y experimenta una pérdida de peso rápida, si tiene náuseas o vómitos, tiene dolor de estómago, sed excesiva, respiración rápida y profunda, confusión, somnolencia y cansancio poco habitual, olor dulce en su aliento, un sabor dulce o metálico en la boca, o un olor diferente en su orina o sudor.
- Los síntomas antes descritos pueden ser señal de “cetoacidosis diabética”, un problema raro pero serio que ocurre con la diabetes debido a un incremento de “cuerpos cetónicos” en su orina o sangre, que se detecta en los análisis.
- El riesgo de desarrollar una cetoacidosis diabética se puede incrementar con el ayuno prolongado, consumo excesivo de alcohol, deshidratación, reducciones bruscas de la dosis de insulina, o una necesidad mayor de insulina debido a una cirugía importante o una enfermedad grave.
- Cuando está en tratamiento con **Dactilus**[®], puede ocurrir una cetoacidosis diabética aun cuando su glucosa en sangre sea normal.

Si sospecha que tiene una cetoacidosis diabética, contacte con un médico o el hospital más cercano de inmediato y no tome este medicamento.

Fascitis necrotizante del perineo:

- Hable con su médico inmediatamente si desarrolla una combinación de síntomas de dolor, sensibilidad, enrojecimiento o hinchazón de los genitales o el área entre los genitales y el ano con fiebre o malestar general. Estos síntomas pueden ser un signo de una enfermedad infecciosa rara pero grave o incluso potencialmente mortal, llamada fascitis necrotizante del perineo o gangrena de Fournier que destruye el tejido debajo de la piel. La gangrena de Fournier debe tratarse de inmediato.

Consulte a su médico antes de tomar **Dactilus**[®]:

- Si tiene diabetes tipo 1, el tipo de diabetes que generalmente comienza cuando es joven y su cuerpo no produce insulina.
- Si tiene diabetes y algún problema renal, su médico podría recetarle un medicamento adicional o diferente para controlar su azúcar en sangre.
- Si tiene algún trastorno hepático, en cuyo caso su médico podría recetarle una dosis inicial más baja.
- Si toma medicación para disminuir su presión arterial (antihipertensivos) y tiene antecedentes de baja presión arterial (hipotensión). Mas información respecto a esto se indica en la sección: Otros medicamentos y **Dactilus**[®].
- Si presenta concentraciones tan elevadas de glucosa en la sangre que podría deshidratarse (pérdida de cantidades excesivas de líquidos). Los posibles signos de deshidratación se enumeran al principio de la sección 4: *Posibles efectos adversos*. Ante cualquiera de estos signos, informe a su médico antes de comenzar a tomar **Dactilus**[®].
- Si tiene o desarrolla náuseas, vómito o fiebre o si no puede comer o beber, ya que estos estados podrían provocar deshidratación. Su médico podría pedirle que suspenda el tratamiento con **Dactilus**[®] hasta que se recupere para evitar una deshidratación.
- Si presenta infecciones urinarias a menudo.

Si cumple alguno de los criterios descriptos arriba (o si tiene cualquier duda), consulte a su médico antes de tomar **Dactilus**[®].

Diabetes y cuidado de los pies

Si tiene diabetes, es importante que se controle los pies con regularidad y siga cualquier otro consejo relacionado al cuidado de los pies que le brinda su profesional de la salud.

Excreción de glucosa en la orina

Debido al modo de acción de **Dactilus**[®], los análisis de azúcar en la orina darán resultados positivos mientras tome este medicamento.

Niños y adolescentes

Dactilus[®] se puede utilizar en niños a partir de los 10 años de edad para el tratamiento de la diabetes tipo 2. No hay datos disponibles en niños menores de 10 años.

Dactilus[®] no está recomendado para niños y adolescentes menores de 18 años para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca o para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, ya que no se ha estudiado en estos pacientes.

Otros medicamentos y Dactilus[®]

Informe a su médico si está tomando otros medicamentos, si los ha tomado recientemente o si prevé tomarlos.

En particular, informe a su médico:

- Si está tomando diuréticos (medicamentos que favorecen la eliminación de agua del organismo),
- Si está tomando otros hipoglucemiantes (medicamentos que reducen la cantidad de azúcar en la sangre), como por ejemplo insulina o una "sulfonilurea". Su médico podría reducir la dosis de tales medicamentos para evitar episodios de hipoglucemia (bajas concentraciones de azúcar en la sangre).
- Si está tomando litio porque **Dactilus**[®] puede reducir la cantidad de litio en su sangre.

Embarazo y lactancia

Si está embarazada o si está amamantando, piensa que podría estar embarazada o planea tener un bebé, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. Si queda embarazada, deberá suspender el tratamiento puesto que no se recomienda durante el segundo y tercer trimestres de la gestación. Hable con su médico sobre la mejor forma de controlar la glucemia durante el embarazo.

Si desea amamantar o está amamantando, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. No debe tomar **Dactilus**[®] si está amamantando. No se sabe si este medicamento pasa a la leche materna.

Conducción y uso de máquinas

La influencia de **Dactilus**[®] sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

Tomar este medicamento con otros medicamentos llamados sulfonilureas o con insulina puede causar una disminución de los niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia), que pueden causar síntomas como temblores, sudoración y cambios en la visión y puede afectar su capacidad para conducir y utilizar máquinas.

No conduzca ni maneje herramientas o máquinas si se siente mareado al tomar **Dactilus**[®]

Dactilus[®] contiene lactosa

Dactilus[®] contiene lactosa (azúcar de la leche). Si su médico le ha diagnosticado una intolerancia a ciertos azúcares, póngase en contacto con él antes de tomar este medicamento.

Dactilus[®] no contiene gluten.

3. Cómo tomar Dactilus[®]

Siga exactamente las instrucciones de administración de **Dactilus**[®] indicadas por su médico. Si tiene dudas, consulte a su médico.

Cuánto tomar

Si está tomando Dactilus[®] para la diabetes tipo 2 la insuficiencia cardíaca o la enfermedad renal crónica:

- La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg cada día.
- Si tiene algún trastorno hepático, su médico podría recetarle una dosis inicial de 5 mg.
- Su médico le recetará la dosis adecuada para su caso particular.

Cómo tomar el medicamento

- Ingiera el comprimido entero con medio vaso de agua.
- Puede tomar el comprimido con alimentos o sin ellos.
- Puede tomar el comprimido a cualquier hora del día. Sin embargo, procure hacerlo a la misma hora cada día. Esto le evitará olvidarlo.

Su médico podría recetarle **Dactilus**[®] junto con otros medicamentos (antidiabéticos orales o insulina inyectable) para reducir la cantidad de azúcar en la sangre. Recuerde tomar estos otros medicamentos siguiendo las instrucciones de su médico. Esto le ayudará a obtener resultados óptimos.

Dieta y ejercicio

La dieta y el ejercicio pueden ayudar a su cuerpo a utilizar mejor el azúcar en sangre. Si tiene diabetes, es importante continuar cualquier dieta y programa de ejercicio recomendado por su médico mientras esté tomando **Dactilus**[®].

Si toma más Dactilus[®] del que debiera

Si toma más comprimidos **Dactilus**[®] de los que debiera, consulte inmediatamente a un médico o acuda al hospital. Lleve el envase del medicamento consigo.

Ante la eventualidad de una sobredosificación concurra al Hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez": (011) 4962-6666/2247

Hospital Nacional "Profesor Dr. Alejandro Posadas": (011) 4654-6648/4658-7777.

Si olvidó tomar Dactilus®

La conducta a seguir depende del tiempo que falte para la próxima dosis.

- Si faltan 12 horas o más para la próxima dosis, tome la dosis de **Dactilus®** tan pronto como se dé cuenta de haberla olvidado. Luego tome la siguiente dosis a la hora habitual.
- Si faltan menos de 12 horas para la próxima dosis, omita la dosis olvidada y luego tome la siguiente dosis a la hora habitual.
- No debe tomar una dosis doble de **Dactilus®** para compensar la dosis olvidada.

Si interrumpe el tratamiento con Dactilus®

No interrumpa el tratamiento con **Dactilus®** sin antes consultar a su médico. Sin el tratamiento, podría aumentar su concentración de azúcar en la sangre.

Si tiene cualquier duda sobre el uso de este medicamento, consulte a su médico.

4. Posibles efectos adversos

Al igual que todos los medicamentos, **Dactilus®** puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los padecen.

Consulte con su médico o acuda al hospital más cercano inmediatamente si usted presenta alguno de los siguientes efectos adversos:

- **Angioedema**, se ha observado de forma muy rara (puede afectar hasta 1 de cada 10000 personas)
Los signos de angioedema son:
 - hinchazón de la cara, lengua o garganta
 - dificultad para tragar
 - urticaria y problemas para respirar
- **Cetoacidosis diabética**, es raro observarla en pacientes con diabetes tipo 2 (puede afectar hasta 1 de cada 1000 personas)
Los signos de cetoacidosis diabética son (ver también el apartado Advertencias y precauciones de la sección 2):
 - Aumento de los niveles de “cuerpos cetónicos” en su orina o sangre
 - Pérdida de peso rápida
 - Náuseas o vómitos
 - Dolor de estómago
 - Sed excesiva
 - Respiración rápida y profunda
 - Confusión
 - Somnolencia y cansancio poco habitual
 - Olor dulce en su aliento, sabor dulce o metálico en la boca, olor diferente en su orina o sudor.

Esto puede ocurrir independientemente de los niveles de glucosa en sangre. Su médico debe decidir si interrumpe de forma temporal o permanente su tratamiento con **Dactilus®**

- **Fascitis necrotizante del perineo o gangrena de Fournier**, una infección severa de los tejidos blandos de los genitales o del área entre los genitales y el ano.

Interrumpa el tratamiento con Dactilus® y consulte a un médico cuanto antes; si experimenta cualquiera de los siguientes efectos adversos graves:

- **Infección del tracto urinario**, ocurre frecuentemente (puede afectar hasta 1 de cada 10 personas).
Estos son los signos de una infección del tracto urinario:
 - fiebre y/o escalofríos
 - sensación de ardor al miccionar (orinar)

- dolor de espalda o en el costado.

Aunque no es muy frecuente, si observa sangre en la orina, informe a su médico inmediatamente.

Consulte a su médico lo antes posible si presenta alguno de los siguientes efectos adversos:

- **Hipoglucemia** (bajas concentraciones de azúcar en la sangre) al tomar este medicamento junto con una sulfonilurea o con insulina.
Los signos de hipoglucemia son:
 - temblor, sudoración, ansiedad intensa, taquicardia
 - hambre, dolor de cabeza, cambios en la visión
 - cambios de humor o confusión

Su médico le indicará cómo tratar la hipoglucemia y lo que debe hacer ante la aparición de cualquiera de los signos anteriores.

Otros efectos adversos durante el tratamiento con Dactilus®:

Frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas)

- infecciones genitales (micosis) del pene o la vagina (los signos pueden incluir irritación, picazón y flujo u olor anormal)
- dolor de espalda
- orina más abundante de lo habitual o aumento de la frecuencia de micción
- cambios de la cantidad de colesterol o lípidos en la sangre (según los resultados de análisis)
- incremento de la cantidad de glóbulos rojos en la sangre (según los resultados de análisis)
- disminución en la depuración renal de creatinina al principio del tratamiento (según los resultados de análisis)
- mareos
- erupción

Poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas)

- pérdida de abundante líquido de su cuerpo (deshidratación, los signos pueden incluir sequedad de boca, orinar poco o nada o latidos cardíacos rápidos)
- sed
- estreñimiento
- necesidad de levantarse en la noche para orinar
- sequedad de boca
- disminución del peso
- aumento en la creatinina (observado en los análisis de sangre) al inicio del tratamiento
- aumento de la urea (observado en los análisis de sangre)

Comunicación de efectos adversos

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en este prospecto.

"Ante cualquier inconveniente con el producto el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT: <http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234"

Mediante la comunicación de efectos adversos, usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

5. Cómo conservar Dactilus®

- Mantenga este medicamento fuera del alcance de los niños.

- No utilice este medicamento después de la fecha de vencimiento indicada en el blíster o la caja de cartón.
- Conservar a temperatura ambiente por debajo de 30°C, en su envase original.

6. Contenido del envase e información adicional

Composición de Dactilus®

- El principio activo de **Dactilus®** es la dapagliflozina.

Cada comprimido recubierto (comprimido) **Dactilus®** de 10 mg contiene una cantidad de dapagliflozina propanodiol monohidrato equivalente a 10 mg de dapagliflozina.

- Los demás componentes son:
 - núcleo del comprimido: celulosa microcristalina, lactosa anhidra (véase la sección 2 - **Dactilus®** contiene lactosa), crospovidona, dióxido de silicio, estearato de magnesio.
 - película de recubrimiento: Opadry II Amarillo (alcohol polivinílico, dióxido de titanio, macrogol 3350, talco, óxido de hierro amarillo).

Aspecto de Dactilus® y contenido del envase

- Los comprimidos recubiertos **Dactilus®** de 10 mg son amarillos, redondos con un diámetro de 0,7 cm y llevan la marca "10" grabada en una car y "1248" en la otra".

Presentaciones de Dactilus®

Los comprimidos **Dactilus®** 10 mg se presentan en blísteres de aluminio con calendario no precortados de 28 comprimidos.

MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO HA SIDO PRESCRIPTO PARA SU PROBLEMA MÉDICO ACTUAL. NO LO RECOMIENDE A OTRAS PERSONAS.

Elaborado y acondicionado en: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana 47620, Estados Unidos.

Importado y distribuido en Argentina por: **AstraZeneca S.A.**, Avenida Sargento Mayor Cayetano Beliera N° 3025, B1629, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel.: 0800-333-1247. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 58.576. Director Técnico: Juan Martin Sauné – Farmacéutico.

Dactilus® es marca registrada del grupo de compañías AstraZeneca.

Última revisión
Disposición ANMAT N°



SORANNA SANTIAGO Matías Horacio
CUIL 20345159798



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Información para el paciente prod. DACTILUS (10mg) EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:15 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:16 -03:00

**PROYECTO DE PROSPECTO
(Prospecto para prescribir)**

**Dactilus®
Dapagliflozina 5 mg
Comprimidos recubiertos**

Venta bajo receta

Industria Estadounidense

COMPOSICIÓN:

Cada comprimido recubierto de Dactilus® 5 mg contiene: Dapagliflozina (como dapagliflozina propanodiol monohidrato) 5 mg. Excipientes: Celulosa microcristalina; Lactosa anhidra; Crospovidona; Dióxido de silicio; Estearato de magnesio; Opadry II Amarillo^a.

^a Alcohol polivinílico; Dióxido de titanio; Macrogol 3350; Talco; Óxido de hierro amarillo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA:

Grupo farmacoterapéutico: Fármacos usados en diabetes, Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2).

Código ATC: A10BK01

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Diabetes mellitus tipo 2:

Dactilus® está indicado para mejorar el control glucémico en adultos y niños a partir de los 10 años de edad con diabetes tipo 2, como complemento de la dieta y el ejercicio.

- En Monoterapia Cuando la metformina se considera inadecuada debido a la intolerancia.
- Además de otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Para los resultados del estudio con respecto a la combinación de terapias, efectos sobre el control glucémico y eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas. (Ver las secciones Advertencias y precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y Propiedades farmacológicas contienen más información sobre las diferentes combinaciones).

Insuficiencia cardíaca:

Dactilus® está indicado en adultos para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica sintomática.

Enfermedad renal crónica:

Dactilus® está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS:

Propiedades farmacodinámicas

Modo de acción

Dapagliflozina es un inhibidor extremadamente potente (K_i : 0.55 nM), selectivo y reversible del cotransportador 2 de sodio – glucosa (SGLT2).

La inhibición de SGLT2 por dapagliflozina reduce la reabsorción de glucosa del filtrado glomerular en el túbulo renal proximal con una reducción concomitante de la reabsorción de sodio que conduce a excreción de glucosa y diuresis osmótica. Por tanto, dapagliflozina aumenta el suministro de sodio al túbulo distal que se cree que aumenta

la retroalimentación tubuloglomerular y reduce la presión intraglomerular. Esto, combinado con la diuresis osmótica, conduce a una reducción de la sobrecarga de volumen, reducción de la presión arterial y menor precarga y poscarga, lo que puede tener efectos beneficiosos sobre la remodelación cardíaca, función diastólica y preservar la función renal. Los beneficios cardíacos y renales de dapagliflozina van más allá del efecto hipoglucemiante y no se limitan a los pacientes con diabetes, tal como fue demostrado en los estudios DAPA-HF, DELIVER y DAPA-CKD. Otros efectos incluyen un aumento del hematocrito y la reducción del peso corporal.

Dapagliflozina mejora tanto la glucemia en ayunas como la glucemia posprandial reduciendo la reabsorción renal de glucosa y provocando su excreción en la orina. Esta excreción de glucosa (efecto glucosúrico) se observa desde la administración de la primera dosis, continúa durante el intervalo de administración de 24 horas y se mantiene durante todo el período de tratamiento. La cantidad de glucosa eliminada por los riñones a través de este mecanismo depende de la concentración de glucosa en la sangre (glucemia) y de la TFG. Así, en sujetos con glucosa normal y/o baja TFG, la dapagliflozina tiene una baja propensión a causar hipoglucemia. Dapagliflozina no altera la producción endógena normal de glucosa en respuesta a la hipoglucemia ya que la cantidad de glucosa filtrada es pequeña y puede reabsorberse por los transportadores SGLT1 y SGLT2 desbloqueados. El efecto de dapagliflozina es independiente de la secreción y acción de la insulina. En los estudios clínicos de dapagliflozina se ha observado que la función de las células beta evaluada con el modelo de homeostasis (HOMA- células beta) mejora con el tiempo.

El SGLT2 se expresa selectivamente en los riñones. Dapagliflozina no inhibe otros transportadores de glucosa importantes para el transporte de la misma a los tejidos periféricos, y su efecto en el SGLT2 es muy selectivo, siendo más de 1400 veces mayor que su efecto en el SGLT1, que es el principal transportador responsable de la absorción de glucosa en el intestino.

Efectos farmacodinámicos

Después de la administración de dapagliflozina se observaron aumentos de la cantidad de glucosa excretada en la orina tanto en voluntarios sanos como en pacientes con diabetes tipo 2. Los pacientes con diabetes tipo 2 excretaron aproximadamente 70 gramos al día de glucosa en la orina (lo que corresponde a 280 kcal/día) durante el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina por día durante 12 semanas. Se comprobó la excreción sostenida de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con 10 mg por día de dapagliflozina durante un período de hasta 2 años.

Esta excreción urinaria de glucosa inducida por dapagliflozina también provoca diuresis osmótica y aumentos del volumen de orina en pacientes con diabetes tipo 2. En pacientes con diabetes tipo 2 tratados con una dosis de dapagliflozina de 10 mg, tales aumentos del volumen de orina se mantuvieron después de 12 semanas y ascendieron a aproximadamente 375 ml al día. El aumento del volumen de orina se acompañó de un incremento pequeño y transitorio de la natriuresis, sin modificaciones de las concentraciones séricas de sodio.

La excreción urinaria de ácido úrico también aumentó de manera transitoria (entre 3 y 7 días) y se acompañó de una reducción de la concentración sérica de ácido úrico. En la semana 24, las disminuciones de las concentraciones séricas de ácido úrico fluctuaron entre -48.3 y -18.3 micromoles/litro (entre -0.87 mg/dl y -0.33 mg/dl).

Eficacia y seguridad clínica

Diabetes mellitus tipo 2

La mejora del control glucémico y la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal son una parte integral del tratamiento de la diabetes tipo 2.

Para evaluar la eficacia glucémica y la seguridad de **Dactilus**[®], se llevaron a cabo 14 estudios clínicos controlados, randomizados, doble ciego, en los que participaron 7056 pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales 4737 recibieron dapagliflozina. Doce estudios incluyeron un período de tratamiento de 24 semanas, 8 incluyeron extensiones de 24 a 80 semanas (hasta una duración total de 104 semanas), uno tuvo una duración de 28 semanas y uno tuvo una duración de 52 semanas con extensiones a largo plazo de 52 y 104 semanas (duración total del estudio 208 semanas). La duración de la diabetes varió de 1.4 a 16.9 años. El 50 % de los pacientes padecían disfunción renal leve y el 11% disfunción renal moderada. El 51% de los pacientes eran varones, el 84% eran de raza blanca, el 8 % asiáticos, el 4% de raza negra y el 4% de otros grupos raciales. El 81 % de los pacientes tenían un índice de masa corporal (IMC) \geq 27. Adicionalmente, se llevaron a cabo dos estudios controlados con placebo de 12 semanas de duración en pacientes con diabetes tipo 2 no controlada adecuadamente e hipertensión.

Se realizó un estudio de resultados cardiovasculares (DECLARE) con dapagliflozina 10 mg en comparación con placebo en 17,160 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con o sin enfermedad cardiovascular establecida para evaluar el efecto sobre eventos cardiovasculares y renales.

Control glucémico

Monoterapia

Se llevó a cabo un estudio controlado con placebo y doble ciego de 24 semanas de duración (con un período de extensión adicional) para evaluar la seguridad y la eficacia de la monoterapia con **Dactilus**[®] en pacientes con diabetes tipo 2 mal controlada. El tratamiento con dapagliflozina una vez al día produjo reducciones estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) frente al placebo (Tabla 1).

Durante el período de extensión, las reducciones de HbA1c se mantuvieron hasta la semana 102 (variación promedio ajustada frente al valor inicial de -0.61% con 10 mg de dapagliflozina y de -0.17% con el placebo).

Tabla 1. Resultados obtenidos después de 24 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con placebo sobre la monoterapia con dapagliflozina

	Monoterapia	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^b	70	75
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.01	7.79
Variación frente al valor inicial ^c	-0.89	-0.23
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.66 ^d	
(IC del 95%)	(-0.96, -0.36)	
Proporción de pacientes (%) que alcanzaron: HbA1c < 7%		
Tras el ajuste en función del valor inicial	50.8 ^s	31.6
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	94.13	88.77
Variación frente al valor inicial ^c	-3.16	-2.19
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.97	
(IC del 95%)	(-2.20, 0.25)	

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes randomizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el periodo de tratamiento a corto plazo doble ciego.

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial.

^d $p < 0.0001$ frente al placebo.

[§] No se determinó si la diferencia fue estadísticamente significativa debido al procedimiento secuencial empleado para analizar las variables secundarias.

Tratamiento combinado

En un estudio de no inferioridad de 52 semanas controlado con un fármaco de referencia (con períodos de extensión de 52 y 104 semanas), se comparó la adición de **Dactilus**[®] o de una sulfonilurea (glipizida) al tratamiento con metformina en pacientes con un control glucémico inadecuado ($HbA1c > 6.5\%$ y $\leq 10\%$). Los resultados indicaron que la reducción media de HbA1c entre el inicio del estudio y la semana 52 fue similar con dapagliflozina y con la glipizida, demostrando así la no inferioridad (Tabla 2). En la semana 104, la variación media ajustada desde el valor inicial en la HbA1c fue de -0.32% para dapagliflozina y -0.14% para glipizida. En la semana 208, la variación media ajustada desde el valor inicial en la HbA1c fue de -0.10% para dapagliflozina y 0.20% para glipizida. En las semanas 52, 104 y 208, un porcentaje significativamente menor de pacientes en el grupo tratado con dapagliflozina (3.5%, 4.3% y 5.0%, respectivamente) presentó al menos un episodio de hipoglucemia en comparación con el grupo tratado con glipizida (40.8%, 47.0% y 50.0%, respectivamente). La proporción de pacientes que permanecieron en el estudio en la semana 104 y en la semana 208 fue de 56.2% y 39.7% para el grupo tratado con dapagliflozina y 50.0% y 34,6% para el grupo tratado con glipizida.

Tabla 2. Resultados obtenidos después de 52 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con un fármaco de referencia que comparó la adición de dapagliflozina o de glipizida al tratamiento con metformina

Parámetro	Dapagliflozina + metformina	Glipizida + metformina
N^b	400	401
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	7.69	7.74
Variación frente al valor inicial ^c	-0.52	-0.52
Diferencia con respecto a la asociación de glipizida + metformina ^c (IC del 95%)	0.00 ^d (-0.11, 0.11)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	88.44	87.60
Variación frente al valor inicial ^c	-3.22	1.44
Diferencia con respecto a la asociación de glipizida + metformina ^c (IC del 95%)	-4.65* (-5.14, -4.17)	

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes randomizados y tratados con un valor inicial y al menos 1 valor determinado posteriormente

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial

^d No inferior a la asociación de glipizida + metformina

* $p < 0.0001$

Con respecto al placebo, la adición de dapagliflozina a la metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina resultó en reducciones estadísticamente significativas de la HbA1c a las 24 semanas ($p < 0.0001$; Tablas 3, 4 y 5).

Las reducciones de la HbA1c observadas en la semana 24 se mantuvieron en los estudios de adición en combinación (glimepirida e insulina) con datos de 48 semanas (glimepirida) y datos de hasta 104 semanas (insulina). En la semana 48, en adición a sitagliptina (con o sin metformina), la variación media ajustada con respecto al valor basal para dapagliflozina 10 mg y placebo, fue de -0.30% y 0.38%, respectivamente. En el estudio de adición a metformina, las reducciones en la HbA1c se mantuvieron hasta la semana 102 (la variación media ajustada con respecto al valor basal fue del -0.78% con 10 mg de dapagliflozina y 0.02% con placebo). En la semana 104 para insulina (con o sin medicamentos orales adicionales reductores de glucosa), las reducciones en la HbA1c fueron de 0.71% y -0.06% de la variación media ajustada desde el valor inicial para dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. En las semanas 48 y 104, las dosis de insulina permanecieron estables en comparación con los valores iniciales en pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina con una dosis media de 76 UI/día, en el grupo con placebo hubo un incremento medio de 10.5 UI/día y 18.3 UI/día desde los valores iniciales (un promedio de 84 y 92 UI/día de dosis media) en la semana 48 y 104, respectivamente. La proporción de pacientes que permanecieron en el estudio para la semana 104 fue de 72.4% para el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y 54.8% para el grupo con placebo.

Tabla 3. Resultados de los estudios controlados con placebo de 24 semanas (método LOCF^a) sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con metformina o sitagliptina (con o sin metformina).

	Adición de la dapagliflozina al tratamiento			
	Metformina ¹		Inhibidor DPP-4 (sitagliptina ²) ± Metformina ¹	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^b	135	137	223	224
HbA1c (%)				
Valor inicial (media)	7.92	8.11	7.90	7.97
Variación frente al valor inicial ^c	-0.84	-0.30	-0.45	0.04
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.54*		-0.48*	
(IC del 95%)	(-0.74, -0.34)		(-0.62, -0.34)	
Proporción de pacientes (%) que alcanzaron HbA1c < 7%				
Tras el ajuste en función del valor inicial	40.6**	25.9		
Peso corporal (kg)				
Valor inicial (media)	86.28	87.74	1.02	89.23
Variación frente al valor inicial ^c	-2.86	-0.89	-2.14	-0.26
Diferencia con respecto al placebo ^c	-1.97*		-1.89*	
(IC del 95%)	(-2.63, -1.31)		(-2.37, -1.40)	

¹ Metformina: ≥ 1500 mg/día; ² Sitagliptina 100 mg/día

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes aleatorizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el periodo de tratamiento a corto plazo doble ciego.

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial.

* $p < 0.0001$ frente a la asociación de placebo + hipoglucemiante oral

** $p < 0.05$ frente a la asociación de placebo + hipoglucemiante oral

Tabla 4. Resultados obtenidos después de 24 semanas en un estudio controlado con placebo sobre la asociación de dapagliflozina con sulfonilurea (glimepirida) o metformina y una sulfonilurea

	Adición en combinación			
	Sulfonilurea (glimepirida ¹)		Sulfonilurea + Metformina ²	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^a	151	145	108	108
HbA1c (%)^b				
Valor inicial (media)	8.07	8.15	8.08	8.24
Variación frente al valor inicial ^c	-0.82	-0.13	-0.86	-0.17
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC del 95%)	-0.68* (-0.86, -0.51)		-0.69* (-0.89, -0.49)	
% Pacientes que lograron: HbA1c <7% (LOFC)^d				
Ajustado respecto al valor inicial	31.7*	13.0	31.8*	11.1
Peso corporal (kg)				
Valor inicial (media)	80.56	80.94	88.57	90.07
Variación frente al valor inicial ^c	-2.26	-0.72	-2.65	-0.58
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC el 95%)	-1.54* (-2.17, -0.92)		-2.07* (-2.79, -1.35)	

¹Glimepirida 4 mg/día; ²Metformina (formulaciones de liberación inmediata o prolongada) ≥ 1500 mg/día más la dosis máxima tolerada, que debe ser al menos la mitad de la dosis máxima tolerada, de una sulfonilurea durante al menos 8 semanas antes del reclutamiento.

^aPacientes aleatorizados y tratados con valor inicial y al menos 1 medida de eficacia post-valor inicial.

^bColumnas 1 y 2, HbA1c analizada usando la LOCF (ver nota d); Columnas 3 y 4, HbA1c analizada usando el LRM (ver nota e)

^cMedidas de mínimos cuadrados ajustadas respecto al valor basal

^dLOCF: Última observación considerada (antes del rescate)

^eLRM: análisis longitudinal de medidas repetidas

* $p < 0.0001$ frente a placebo + hipoglucemiante(s) oral(es)

Tabla 5. Resultados obtenidos después de 24 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con placebo sobre la asociación de dapagliflozina e insulina (sola o combinada con un hipoglucemiante oral)

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg + insulina ± hipoglucemiante oral ²	Placebo + insulina ± hipoglucemiante oral ²
N^a	194	193
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.58	8.46
Variación frente al valor inicial ^c	-0.90	-0.30
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC del 95%)	-0.60* (-0.74, -0.45)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	94.63	94.21
Variación frente al valor inicial ^c	-1.67	0.02
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC el 95%)	-1.68* (-2.19, -1.18)	
Dosis media diaria de insulina (UI)¹		
Valor inicial (media)	77.96	73.96
variación frente al valor inicial ^c	-1.16	5.08
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC del 95%)	-6.23* (-8.84, -3.63)	
Porcentaje de pacientes con una reducción ≥ 10% de la dosis media diaria de insulina (%)	19.7**	11.0

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en o antes de la fecha del primer aumento de la dosis de insulina, cuando era necesario).

^b Todos los pacientes randomizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el período de tratamiento a corto plazo doble ciego

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial y del tratamiento con un hipoglucemiante oral

* p < 0.0001 frente a la asociación de placebo + insulina ± hipoglucemiante oral

** p < 0.05 frente a la asociación de placebo + insulina ± hipoglucemiante oral

¹ Sólo se permitió aumentar la dosis de insulina (insulina de acción corta, intermedia y basal) en los pacientes que cumplían los criterios predefinidos aplicables a la glucemia en ayunas.

² Al inicio del estudio, el 50% de los pacientes recibían insulina sola y el 50% tomaban 1 o 2 hipoglucemiantes orales además de insulina; en este último grupo, el 80% tomaban metformina sola, el 12% una asociación de metformina y una sulfonilurea y el resto otros hipoglucemiantes orales.

En combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo.

Un total de 1,236 pacientes sin tratamiento previo con diabetes tipo 2 inadecuadamente controlada (HbA1c ≥ 7,5% y ≤ 12%) participaron en dos estudios controlados activos de 24 semanas de duración para evaluar la eficacia y seguridad de dapagliflozina (5 mg o 10 mg) en Combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo versus terapia con los monocomponentes.

El tratamiento con dapagliflozina 10 mg en combinación con metformina (hasta 2000 mg por día) proporcionó mejoras significativas en HbA1c en comparación con los componentes individuales (Tabla 6), y condujo a mayores reducciones en la glucosa

plasmática en ayunas (GPA) (en comparación con los componentes individuales) y el peso corporal (en comparación con la metformina).

Tabla 6: Resultados en la semana 24 (LOCFa) en un estudio activo-controlado de dapagliflozina y terapia de combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo.

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg + metformina	Dapagliflozina 10 mg	Metformina
N^a	211 ^b	219 ^b	208 ^b
HbA1c (%)			
Valor inicial (media)	9.10	9.03	9.03
Variación frente al valor inicial ^c	-1.98	-1.45	-1.44
Diferencia con respecto a dapagliflozina ^c (IC del 95%)	-0.53*		
	(-0.74, -0.32)		
Diferencia con respecto a dapagliflozina ^c (IC del 95 %)	-0.54*	-0.01	
	(-0.75, -0.33)	(-0.22, 0.20)	

^aLOCF: última observación (antes del rescate para pacientes rescatados) llevada adelante.

^bTodos los pacientes asignados al azar que tomaron al menos una dosis de la medicación del estudio doble ciego durante el período doble ciego a corto plazo.

^cMedia cuadrática ajustada por el valor de referencia.

* p-valor <0.0001.

Terapia de combinación con exenatida de liberación prolongada

En un estudio controlado por un comparador activo, doble ciego de 28 semanas, la combinación de dapagliflozina y exenatida de liberación prolongada (un agonista del receptor de GLP 1) se comparó con dapagliflozina sola y exenatida de liberación prolongada sola en pacientes con control glucémico inadecuado en Metformina sola (HbA1c \geq 8% y \leq 12%). Todos los grupos de tratamiento tuvieron una reducción de HbA1c en comparación con la línea de base. El tratamiento de combinación con dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada mostró reducciones superiores en la HbA1c desde el inicio en comparación con dapagliflozina sola y la exenatida de liberación prolongada sola (Tabla 7).

Tabla 7. Resultados de un ensayo de 28 semanas de tratamiento con dapagliflozina y exenatida de liberación prolongada versus dapagliflozina sola y exenatida de liberación prolongada sola, en combinación con metformina (intención de tratar a los pacientes)

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg QD + Liberación prolongada exenatida 2 mg QW	Dapagliflozina 10 mg QD + Placebo QW	Liberación prolongada exenatida 2 mg QW + Placebo QD
N^a	228	230	227
HbA1c (%)^b			
Valor inicial (media)	9.29	9.25	9.26
Variación frente al valor inicial ^c	-1.98	-1.39	-1.60
Diferencia con respecto al cambio desde el valor		-0.59*	-0.69*

inicial entre combinación y principio activo solo. (IC del 95%)		(-0.84, -0.34)	(-0.63, -0.49)
% Pacientes que lograron: HbA1c <7%	44.7	19.1	26.9
Peso corporal (kg)			
Valor inicial (media)	92.13	90.87	89.12
Variación frente al valor inicial ^c	-3.55	-2.22	-1.56
Diferencia con respecto al cambio desde el valor inicial combinación y principio activo solo. (IC el 95%)		-1.33* (-2.12, -0.55)	-2.07* (-2.79, -1.35)

QD = una vez al día, QW = una vez a la semana, N = número de pacientes, IC = intervalo de confianza.

^aLas medias de mínimos cuadrados ajustados (Medias LS) y las diferencias del grupo de tratamiento en el cambio con respecto a los valores de referencia en la Semana 28 se modelan utilizando un modelo mixto con medidas repetidas (MMRM) que incluye el tratamiento, la región, el estrato de HbA1c inicial (<9.0% o ≥ 9.0%), semana, e interacción de tratamiento por semana como factores fijos, y valor de referencia como covariable.

* p <0,001, ** p <0,01.

Todos los valores P son valores p ajustados para multiplicidad.

Los análisis excluyen las mediciones después de la terapia de rescate y la interrupción prematura del producto medicinal producto.

Glucemia en ayunas

El tratamiento con 10 mg de dapagliflozina, ya sea en monoterapia o combinada con metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina, produjo reducciones estadísticamente significativas de la glucemia en ayunas (de -1.90 a -1.20 mmol/l [de -34.2 a -21.7 mg/dl]) frente al placebo (de -0.33 a 0.21 mmol/l [de -6.0 a 3.3 mg/dl]). Este efecto se observó desde la primera semana de tratamiento y se mantuvo en los estudios que abarcaron períodos de hasta 104 semanas.

La terapia de combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada dio como resultado reducciones significativamente mayores en GPA en la Semana 28: -3.66 mmol / l (-65.8 mg / dl), en comparación con -2.73 mmol / l (-49.2 mg / dl) para dapagliflozina sola (p <0,001) y -2,54 mmol / l (-45,8 mg / dl) para exenatida sola (p <0,001).

En un estudio dedicado en pacientes diabéticos con una TFGe ≥ 45 a <60 ml / min / 1.73 m², el tratamiento con dapagliflozina demostró reducciones en GPA en la Semana 24: -1.19 mmol / l (-21.46 mg / dl) en comparación con -0.27 mmol / l (-4.87 mg / dl) para el placebo (p = 0.001).

Glucosa posprandial

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con glimepirida produjo, después de 24 semanas, reducciones estadísticamente significativas de la glucosa posprandial medida 2 horas después de comer, que se mantuvieron hasta la semana 48.

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con sitagliptina (con o sin metformina) produjo, después de 24 semanas, reducciones en la glucosa prostprandial medida 2 horas después de comer, que se mantuvieron hasta la semana 48.

La terapia de combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada dio lugar a reducciones significativamente mayores en la glucosa posprandial de 2 horas en la Semana 28 en comparación con cualquiera de los agentes solo.

Peso corporal

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina produjo reducciones estadísticamente significativas del peso corporal después de 24 semanas ($p < 0.0001$, Tablas 3 y 4). Estos efectos se mantuvieron en estudios a largo plazo. A las 48 semanas, la diferencia para dapagliflozina en adición a sitagliptina (con o sin metformina) en comparación con placebo fue de -2.22 kg. A las 102 semanas, la diferencia para dapagliflozina en adición a metformina en comparación con placebo o en adición a insulina en comparación con placebo fue de -2.14 y -2.88 kg, respectivamente.

Como tratamiento de adición a metformina, en un estudio de no inferioridad con control activo, dapagliflozina tuvo como resultado una reducción estadísticamente significativa del peso corporal en comparación con glipizida de -4.65 kg a las 52 semanas ($p < 0.0001$, tabla 2) que se mantuvo a las 104 y 208 semanas (-5.06 kg y -4.38 kg, respectivamente). La combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada demostró reducciones de peso significativamente mayores en comparación con cualquiera de los agentes solos (Tabla 7).

Un estudio de 24 semanas, que se llevó a cabo en 182 pacientes diabéticos y que utilizó la técnica de absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) para evaluar la composición corporal, reveló que con el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina + metformina vs placebo + metformina las reducciones del peso corporal, eran a expensas de tejido adiposo en comparación con el tejido magro y pérdida de fluidos.

En un subestudio que utilizó imágenes de resonancia magnética, el tratamiento con la asociación de **Dactilus**[®] y metformina produjo una disminución del tejido adiposo visceral frente al tratamiento con placebo + metformina.

Presión arterial

En un meta-análisis predefinido de 13 estudios clínicos controlados con placebo, el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina a las 24 semanas produjo variaciones frente a los valores iniciales de -3.7 mmHg en la presión arterial sistólica y de -1.8 mmHg en la presión arterial diastólica, frente a variaciones respectivas de -0.5 mmHg y -0.5 mmHg en el grupo placebo. Se observaron reducciones similares hasta la semana 104.

La terapia combinada de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada produjo una reducción significativamente mayor en la presión arterial sistólica en la Semana 28 (-4.3 mmHg) en comparación con dapagliflozina sola (-1.8 mmHg, $p < 0.05$) y exenatida de liberación prolongada sola (-1.2 mmHg, $p < 0.01$).

En dos estudios controlados con placebo de 12 semanas de duración, un total de 1062 pacientes con diabetes tipo 2 no controlada adecuadamente e hipertensión (a pesar de un tratamiento estable pre-existente con un IECA o un BRA en un estudio y un IECA o un ARA sumado a un tratamiento antihipertensivo adicional en otro estudio) fueron tratados con dapagliflozina 10 mg o placebo. En la semana 12 para ambos estudios, dapagliflozina 10 mg más el tratamiento antidiabético habitual, proporcionó una mejora en la HbA1c y disminuyó la presión arterial sistólica corregida con placebo en promedio de 3.1 y 4.3 mmHg, respectivamente.

En un estudio dedicado en pacientes diabéticos con una TFGe ≥ 45 a < 60 ml / min / 1.73 m², el tratamiento con dapagliflozina demostró reducciones en la presión arterial sistólica sentada en la semana 24: -4.8 mmHg en comparación con -1.7 mmHg para el placebo ($p < 0.05$).

Control glucémico en pacientes con insuficiencia renal moderada ERC 3A (TFGe ≥ 45 - < 60 ml/min/1.73 m²)

La eficacia de dapagliflozina fue evaluada en un estudio dedicado en pacientes con diabetes con TFGe ≥ 45 a <60 ml / min / 1.73 m² quienes tenían un inadecuado control glucémico con el cuidado habitual. El tratamiento con dapagliflozina resultó en reducciones de la HbA1c y peso corporal comparado con placebo (tabla 8).

Tabla 8. Resultados en la semana 24 de un estudio controlado con placebo de dapagliflozina en pacientes diabéticos con un TFGe ≥ 45 a <60 ml / min / 1.73 m²

	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^b	159	161
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.35	8.03
Variación frente al valor inicial ^b	-0.37	-0.03
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.34*	
(IC del 95%)	(-0.53, -0.15)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	92.51	88.30
Variación frente al valor inicial ^c	-3.42	-2.02
Diferencia con respecto al placebo ^c	-1.43*	
(IC el 95%)	(-2.15, -0.69)	

^a La metformina o el clorhidrato de metformina formaban parte de la atención habitual en el 69,4% y el 64,0% de los pacientes con los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente.

^b Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor de referencia

^c Derivado de la media de mínimos cuadrados ajustada por el valor de referencia* p <0,001

Pacientes con un valor inicial de HbA1c $\geq 9\%$

En un análisis predefinido de los pacientes con un valor inicial de HbA1c $\geq 9.0\%$, el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina produjo reducciones estadísticamente significativas de HbA1c a las 24 semanas, tanto en monoterapia (variación media ajustada frente al valor inicial: -2.04% y 0.19% en los grupos tratados con 10 mg de dapagliflozina y con un placebo, respectivamente) como en combinación con la metformina (variación media ajustada frente al valor inicial: -1.32% y -0.53% en el grupo de dapagliflozina y el grupo placebo, respectivamente).

Resultados cardiovasculares y renales

El efecto de dapagliflozina en los eventos cardiovasculares (DECLARE) fue un estudio clínico internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con el placebo en los resultados cardiovasculares y renales cuando se agrega al tratamiento de base actual. Todos los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2 y al menos dos factores de riesgo cardiovascular adicionales (edad ≥ 55 años en hombres o ≥ 60 años en mujeres y uno o más de dislipidemia, hipertensión o consumo actual de tabaco) sin haber tenido un evento cardiovascular al inicio del estudio (prevención primaria) o enfermedad cardiovascular establecida (prevención secundaria).

De 17.160 pacientes asignados al azar, 6.974 (40,6%) tenían enfermedad cardiovascular establecida y 10,186 (59,4%) no tenían enfermedad cardiovascular establecida. 8.582 pacientes fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 8,578 a placebo, y fueron seguidos durante una mediana de 4.2 años.

La edad promedio de la población estudiada fue de 63.9 años, 37,4% eran mujeres. En total, el 22,4% había tenido diabetes durante ≤ 5 años, la duración promedio de la

diabetes fue de 11,9 años. La HbA1c promedio fue del 8,3% y el IMC promedio fue de 32,1 kg / m².

Al inicio del estudio, el 10,0% de los pacientes tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca. La TFGe promedio fue de 85,2 ml / min / 1,73 m², el 7,4% de los pacientes tenía una TFG <60 ml / min / 1,73 m², y el 30,3% de los pacientes tenía micro o macroalbuminuria (albúmina en orina a razón de creatinina [UACR] ≥ 30 a ≤ 300 mg / g o > 300 mg / g, respectivamente).

La mayoría de los pacientes (98%) usaron uno o más medicamentos para la diabetes al inicio del estudio, 82% de los pacientes estaban siendo tratados con metformina, 41% con insulina, 43% con una sulfonilurea.

Los puntos finales primarios fueron el tiempo hasta el primer evento del compuesto de muerte cardiovascular, infarto del miocardio, o accidente cerebrovascular isquémico (MACE) y el tiempo hasta el primer evento compuesto de hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular. Los puntos finales secundarios fueron un punto renal compuesto y la mortalidad por cualquier causa.

Eventos cardiovasculares adversos mayores

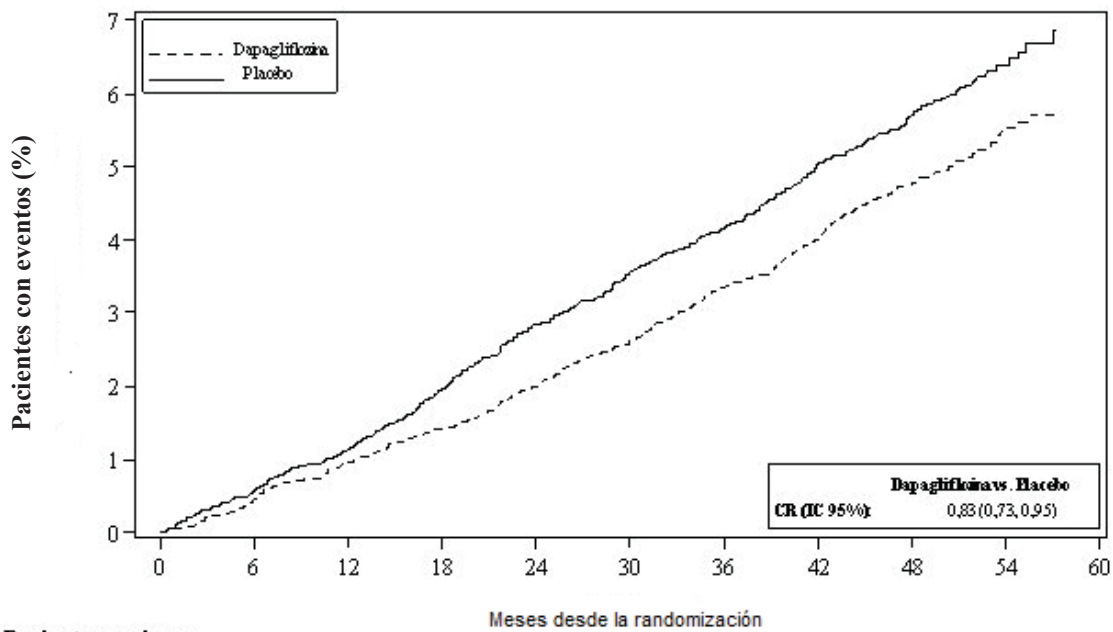
Dapagliflozina 10 mg demostró no inferioridad versus placebo para el compuesto cardiovascular muerte, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular isquémico (unilateral p <0,001).

Insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular

Dapagliflozina 10 mg demostró superioridad frente a placebo en la prevención del compuesto de hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular (Figura 1). La diferencia en el efecto del tratamiento fue impulsado por la hospitalización por insuficiencia cardíaca, sin diferencias en muerte cardiovascular (Figura 2).

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo se observó tanto en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular establecida, con y sin insuficiencia cardíaca al inicio del estudio, y fue consistente a través de subgrupos clave, incluidos edad, sexo, función renal (TFGe) y región.

Figura 1: Tiempo hasta la primera vez que ocurre la hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular



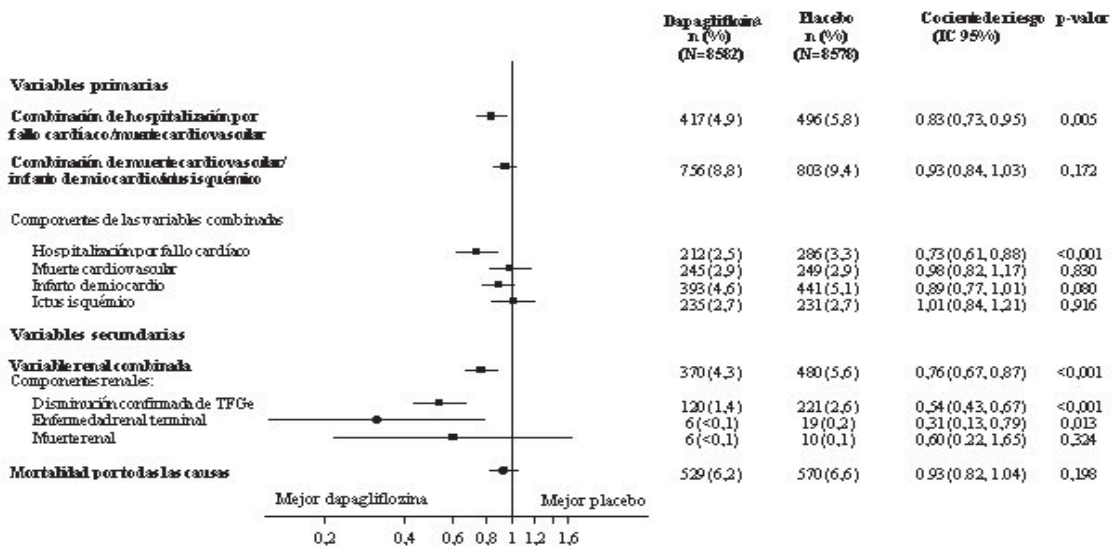
Pacientes en riesgo

	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Dapagliflozina	8582	8517	8415	8322	8224	8110	7970	7497	5445	1626	
Placebo	8578	8485	8387	8259	8127	8003	7880	7367	5362	1573	

Los pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.
 HR = Cociente de riesgos CI = Intervalo de confianza.

Los resultados sobre los puntos finales primarios y secundarios se muestran en la Figura 2. La superioridad de dapagliflozina sobre placebo no se demostró para MACE (p = 0.172). El punto final compuesto renal y la mortalidad por todas las causas, por lo tanto, no fueron evaluados como parte del procedimiento de prueba confirmatorio.

Figura 2: Efectos de tratamiento para los puntos finales compuestos primarios y sus componentes, y los puntos finales secundarios y sus componentes.



El punto final compuesto renal se define como: disminución confirmada sostenida $\geq 40\%$ en TFGe a TFGe $<60 \text{ mL} / \text{min} / 1.73\text{m}^2$ y / o enfermedad renal en etapa terminal (diálisis ≥ 90 días o trasplante renal, TFGe confirmada sostenida $<15 \text{ mL} / \text{min} / 1.73\text{m}^2$) y / o muerte renal o cardiovascular.

Los valores p son valores p de dos lados para puntos finales primarios y valores p nominales para puntos finales secundarios y todos los componentes individuales. El tiempo hasta el primer evento se analizó en un modelo de riesgos proporcionales de Cox. El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suma al número de eventos en el punto final compuesto.
IC = intervalo de confianza.

Nefropatía

Dapagliflozina redujo la incidencia de eventos del compuesto de disminución confirmada TFGe sostenida, enfermedad renal en etapa terminal, muerte renal o cardiovascular. La diferencia entre los grupos fue impulsada por reducciones en los eventos de los componentes renales; disminución sostenida de la TFGe, enfermedad renal terminal y muerte renal (Figura 2).

El cociente de riesgo (HR) para el tiempo hasta la nefropatía (disminución sostenida de TFGe, enfermedad renal en etapa terminal y muerte renal) fue de 0.53 (IC 95% 0.43, 0.66) para dapagliflozina versus placebo.

Además, dapagliflozina redujo la nueva aparición de albuminuria sostenida (cociente de riesgo de 0,79 [IC 95% 0.72, 0.87]) y condujo a una mayor regresión de macroalbuminuria (cociente de riesgo 1.82 [IC 95% 1.51, 2.20]) en comparación con placebo.

Insuficiencia cardíaca

Estudio DAPA-HF: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVI ≤ 40%)

Dapagliflozina y la prevención de resultados adversos en la insuficiencia cardíaca (DAPA-HF) fue un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes con insuficiencia cardíaca (Nueva York Heart Association [NYHA] clase funcional II-IV) con fracción de eyección reducida (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] ≤ 40%) para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo, cuando se agrega a la terapia de referencia estándar de atención, en la incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

De 4.744 pacientes, 2.373 fueron aleatorizados a dapagliflozina 10 mg y 2.371 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 18 meses. La edad promedio de la población de estudio fue de 66 años, el 77% eran hombres.

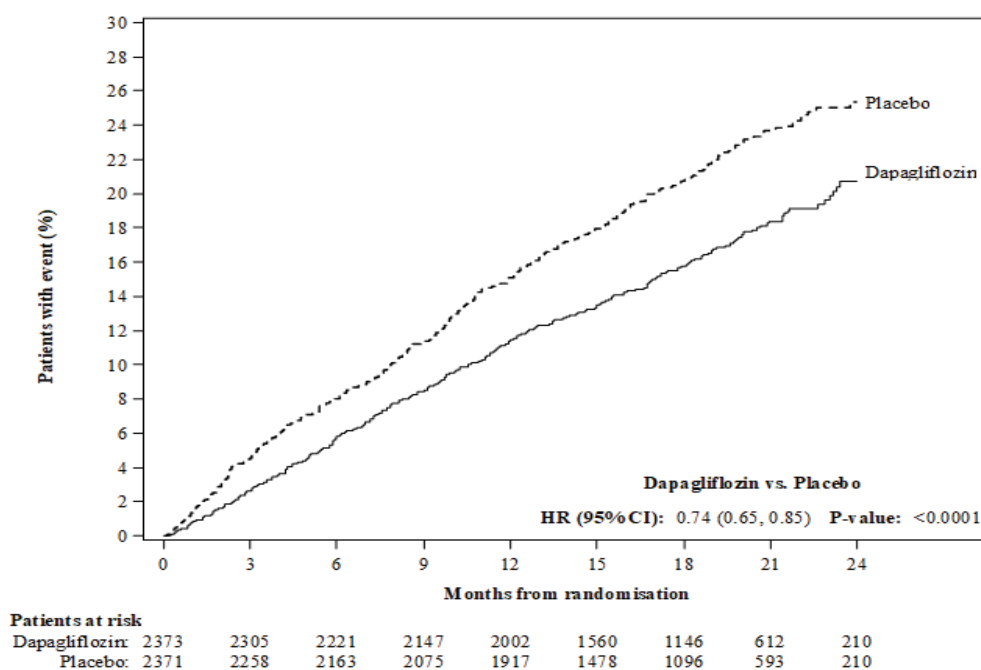
Al inicio del estudio, el 67,5% de los pacientes se clasificaron como clase II de la NYHA, 31,6% clase III y 0,9% clase IV, la mediana de la FEVI fue del 32%, el 56% de las fallas cardíacas fueron isquémicas, el 36% no fueron isquémicas y el 8% eran de etiología desconocida. En cada grupo de tratamiento, el 42% de los pacientes tenían antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, y un 3% adicional de los pacientes en cada grupo fueron clasificados como con diabetes mellitus tipo 2 basado en una HbA1c ≥ 6,5% tanto en el reclutamiento como en la aleatorización. Los pacientes estaban en tratamiento con la terapia estándar de cuidado. El 94% de los pacientes estaban tratados con IECA, BRA II o inhibidor del receptor de angiotensina-nepirilina (ARNI, 11%), 96% con betabloqueantes, 71% con antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM), el 93% con diurético y el 26% tenía un dispositivo implantable.

Se incluyeron en el estudio pacientes con TFGe ≥ 30 ml / min / 1,73 m² en el momento de la inscripción. La TFGe promedio fue de 66 ml / min / 1,73 m², el 41% de los pacientes tenía una TFGe <60 ml / min / 1,73 m² y el 15% TFGe <45 ml / min / 1,73 m².

Muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca

Dapagliflozina fue superior al placebo en la prevención del criterio de valoración primario compuesto por muerte por enfermedades cardiovasculares, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca (HR 0,74 [IC 95% 0,65, 0,85], $p < 0,0001$). El efecto fue observado temprano y se mantuvo a lo largo de la duración del estudio (Figura 3).

Figura 3: Tiempo hasta la primera ocurrencia del compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por visita urgente por insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca

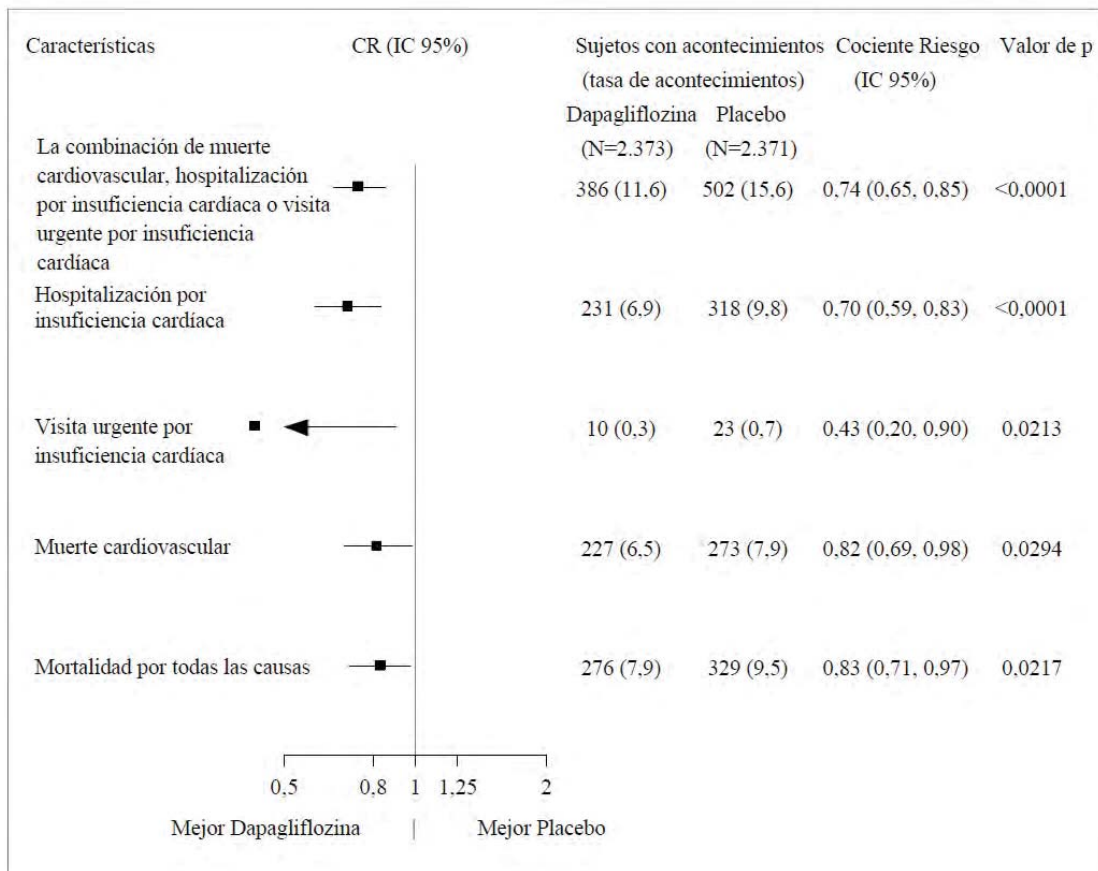


Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente y no planificada por un médico, por ej. en una emergencia y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento de diuréticos orales).

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Los tres componentes del compuesto de valoración primario compuesto contribuyeron individualmente al tratamiento efecto (Figura 4). Hubo pocas visitas urgentes por insuficiencia cardíaca.

Figura 4: Efectos del tratamiento para el criterio de valoración principal compuesto, sus componentes y todas las causas mortalidad.



Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente y no planificada por un médico, por ej. en una emergencia y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento de diuréticos orales). El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento. Los valores p para componentes individuales y mortalidad por todas las causas son nominales.

Dapagliflozina también redujo el número total de eventos de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (primera y recurrente) y muerte cardiovascular; hubo 567 eventos en el grupo de dapagliflozina versus 742 eventos en el grupo de placebo (cociente de riesgo 0,75 [IC del 95%: 0,65; 0,88]; p = 0,0002).

El beneficio del tratamiento con dapagliflozina se observó en pacientes con insuficiencia cardíaca tanto con diabetes tipo 2 mellitus y sin diabetes mellitus. La dapagliflozina redujo el compuesto de valoración primario compuesto de incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca con un HR de 0,75 (IC del 95%: 0,63; 0,90) en pacientes con diabetes y 0,73 (IC del 95%: 0,60, 0,88) en pacientes sin diabetes.

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo en el criterio de valoración primario también fue consistente en otros subgrupos clave, incluido el tratamiento concomitante de la insuficiencia cardíaca, la función renal (TFGe), edad, sexo y región.

Resultado informado por el paciente: síntomas de insuficiencia cardíaca

El efecto del tratamiento con dapagliflozina sobre los síntomas de insuficiencia cardíaca fue evaluado por el Puntaje Total de Síntomas del Cuestionario de miocardiopatía de Kansas City (Total Symptom Score of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

(KCCQ-TSS)), que cuantifica la frecuencia y gravedad de los síntomas de la insuficiencia cardíaca, que incluyen fatiga, edema periférico, disnea y ortopnea. La puntuación varía de 0 a 100, y las puntuaciones más altas representan un mejor estado de salud.

El tratamiento con dapagliflozina resultó en un beneficio estadística y clínicamente significativo sobre el placebo en los síntomas de insuficiencia cardíaca, medido por el cambio desde el inicio en el mes 8 en el KCCQ-TSS, (Relación de ganancia 1,18 [IC del 95% 1,11, 1,26]; $p < 0,0001$). Tanto la frecuencia de los síntomas como la carga de síntomas contribuyó a los resultados. Se observaron beneficios tanto en la mejora de los síntomas de insuficiencia cardíaca y en la prevención del deterioro de los síntomas de insuficiencia cardíaca.

En los análisis de respondedores, la proporción de pacientes con una mejoría clínicamente significativa en el KCCQ-TSS desde el inicio a los 8 meses, definido como 5 puntos o más, fue mayor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con placebo. La proporción de pacientes con un deterioro, definido como 5 puntos o más, fue menor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con placebo. Los beneficios observados con dapagliflozina se mantuvieron al aplicar límites más conservadores para un cambio clínicamente significativo más grande (Tabla 9).

Tabla 9: Número y porcentaje de pacientes con mejoría clínica significativa y deterioro en el KCCQ-TSS a 8 meses.

Cambio desde el estado inicial a los	Dapagliflozina	Placebo	Ratio de probabilidad ^c (95% IC)	Valor p ^f
	10 mg n ^a =2086	n ^a =2062		
<i>Mejora</i>	n (%) mejora ^b	n (%) mejora ^b		
≥ 5 puntos	933 (44,7)	794 (38,5)	1,14 (1,06; 1,22)	0,0002
≥ 10 puntos	689 (33,0)	579 (28,1)	1,13 (1,05; 1,22)	0,0018
≥ 15 puntos	474 (22,7)	406 (19,7)	1,10 (1,01; 1,19)	0,0300
<i>Deterioro</i>	n (%) deterioro ^d	n (%) deterioro ^d	Ratio de probabilidad ^e (95% IC)	Valor p ^f
≥ 5 puntos	537 (25,7)	693 (33,6)	0,84 (0,78; 0,89)	<0,0001
≥ 10 puntos	395 (18,9)	506 (24,5)	0,85 (0,79; 0,92)	<0,0001

^a Número de pacientes con un KCCQ-TSS observado o que fallecieron antes de los 8 meses.

^b Número de pacientes que tuvieron una mejoría observada de al menos 5, 10 o 15 puntos desde el inicio. Pacientes que fallecieron antes del momento dado se cuentan como no mejoradas. Pacientes con un KCCQ-TSS al inicio del estudio que era demasiado alto para que experimentaron una mejoría se definieron como mejoradas si permanecían allí a los 8 meses.

^c Para mejorar, una razón de posibilidades > 1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

^d Número de pacientes que tuvieron un deterioro observado de al menos 5 o 10 puntos desde el inicio. Pacientes que fallecieron antes

al momento dado se cuentan como deteriorados. Pacientes con un KCCQ-TSS al inicio del estudio que era demasiado bajo para experimentar un deterioro se definieron como deteriorados si permanecían allí a los 8 meses. e Para el deterioro, una razón de posibilidades <1 favorece a dapagliflozina 10 mg. f Los valores p son nominales.

Nefropatía

Hubo pocos eventos del criterio de valoración renal combinado (disminución sostenida confirmada $\geq 50\%$ de la TFGe, enfermedad renal terminal o muerte renal); la incidencia fue del 1,2% en el grupo de dapagliflozina y del 1,6% en el grupo de placebo grupo.

Estudio DELIVER: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 40%

La evaluación de dapagliflozina para mejorar las vidas de los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (DELIVER) fue un estudio internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en pacientes de ≥ 40 años con insuficiencia cardíaca (NYHA clase II-IV) con FEVI > 40 % y evidencia de cardiopatía estructural, para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo sobre la incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

De 6263 pacientes, 3131 fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 3132 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 28 meses. El estudio incluyó a 654 (10 %) pacientes con insuficiencia cardíaca subaguda (definidos como aleatorizados durante la hospitalización por insuficiencia cardíaca o dentro de los 30 días posteriores al alta). La edad media de la población de estudio fue de 72 años y el 56% eran hombres.

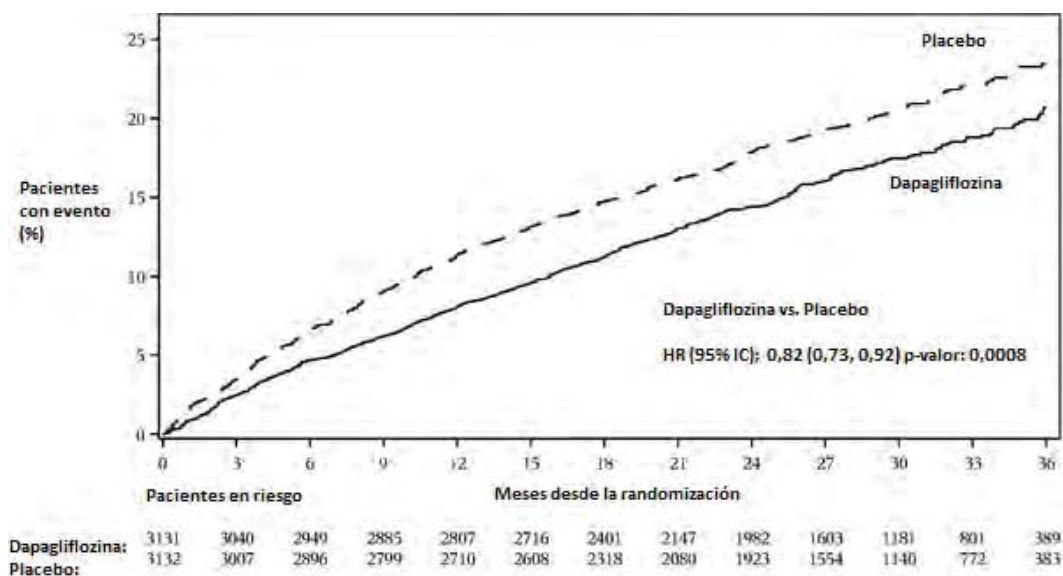
Al inicio del estudio, el 75 % de los pacientes se clasificaron como clase II de la NYHA, el 24 % clase III y el 0,3 % clase IV. La mediana de FEVI fue del 54%, el 34% de los pacientes tenían FEVI $\leq 49\%$, el 36% tenían FEVI 50-59% y el 30% tenían FEVI $\geq 60\%$. En cada grupo de tratamiento, el 45% tenía antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. La terapia inicial incluía ACEi/ARB/ARNI (77 %), betabloqueantes (83 %), diuréticos (98 %) y MRA (43 %).

Se incluyeron en el estudio pacientes con TFGe ≥ 25 ml/min/1,73 m² en el momento de enrolamiento. La TFGe media fue de 61 ml/min/1,73 m², el 49 % de los pacientes tenían TFGe < 60 ml/min/1,73 m², el 23 % tenían eGFR < 45 ml/min/1,73 m² y el 3 % tenían TFGe < 30 ml/min/ 1,73 m².

Muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca

La dapagliflozina fue superior al placebo en la reducción de la incidencia del criterio principal de valoración compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca (HR 0,82 [IC del 95 %: 0,73; 0,92]; p=0,0008). Las curvas de eventos de dapagliflozina y placebo divergieron pronto y la separación se mantuvo durante todo el estudio (Figura 5).

Figura 5: Tiempo hasta la primera aparición del compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca

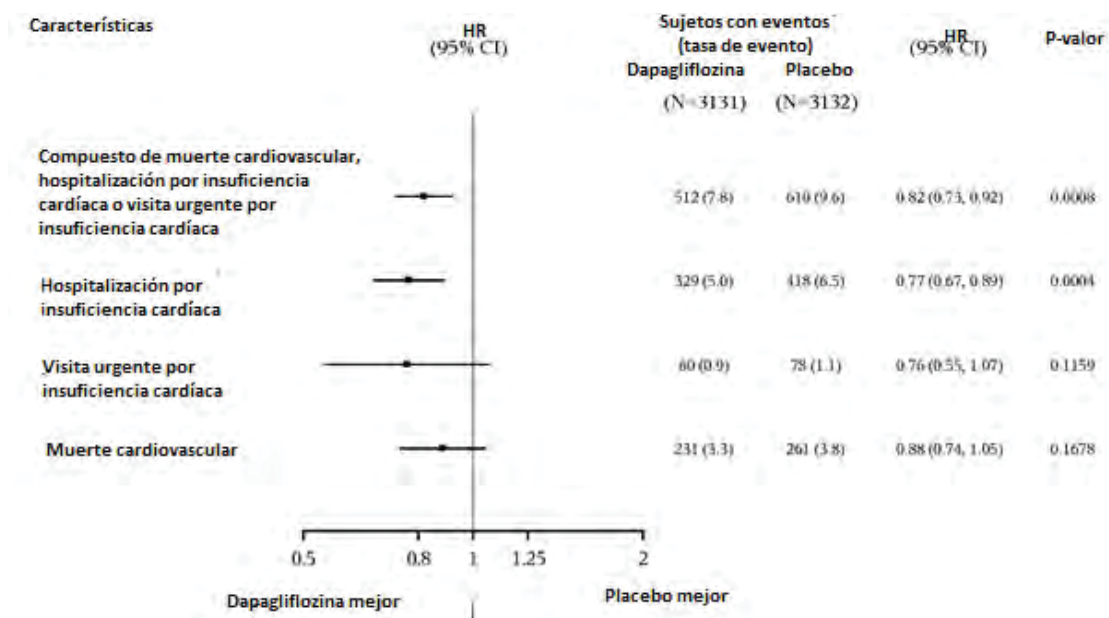


Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente, no planificada, realizada por un médico, p. en un departamento de emergencias y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento en los diuréticos orales).

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Los tres componentes del criterio principal de valoración compuesto contribuyeron individualmente al efecto del tratamiento (Figura 6).

Figura 6: Efectos del tratamiento para el criterio principal de valoración compuesto y sus componentes



Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente, no planificada, realizada por un médico, p. en un departamento de emergencias y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento en los diuréticos orales).

El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no suma el número de eventos en el criterio de valoración compuesto.

Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por 100 años de seguimiento.

Los valores de p para componentes individuales son nominales. La muerte cardiovascular, que aquí se presenta como un componente del criterio de valoración principal, también se probó bajo el control de error tipo 1 formal como criterio de valoración secundario.

La dapagliflozina fue superior al placebo en la reducción del número total de eventos de insuficiencia cardíaca (hospitalización inicial y recurrente por insuficiencia cardíaca o visitas urgentes por insuficiencia cardíaca) y muerte cardiovascular; hubo 815 eventos en el grupo de dapagliflozina versus 1057 eventos en el grupo de placebo (Cociente de tasas 0,77 [IC del 95 %: 0,67; 0,89]; p = 0,0003).

El beneficio del tratamiento con dapagliflozina sobre el placebo en el criterio principal de valoración se observó en subgrupos de pacientes con FEVI \leq 49 %, 50–59 % y \geq 60 %. Los efectos también fueron consistentes en otros subgrupos clave categorizados por, ej. edad, sexo, clase NYHA, nivel de NT-proBNP, estado subagudo y estado de diabetes mellitus tipo 2.

Resultado informado por el paciente: síntomas de insuficiencia cardíaca

El tratamiento con dapagliflozina dio como resultado un beneficio estadísticamente significativo sobre el placebo en los síntomas de insuficiencia cardíaca, según lo medido por el cambio desde el inicio en el mes 8 en el KCCQ-TSS (ratio de victoria 1,11 [IC del 95 %: 1,03, 1,21]; p = 0,0086). Tanto la frecuencia de los síntomas como la carga de los síntomas contribuyeron a los resultados.

En los análisis de respondedores, el deterioro clínicamente significativo, definido como 5 puntos o más, fue menor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con el placebo. El beneficio observado con dapagliflozina se mantuvo al aplicar un punto de corte más conservador. La proporción de pacientes con una mejoría clínicamente significativa en el KCCQ-TSS desde el inicio a los 8 meses no difirió entre los grupos de tratamiento (Tabla 10).

Tabla 10. Número y porcentaje de pacientes con deterioro y mejoría clínicamente significativos en el KCCQ-TSS a los 8 meses

Cambio desde el estado inicial a los 8 meses	Dapagliflozina	Placebo	Ratio de probabilidad ^c (95% IC)	Valor p ^f
	10 mg n ^a =1316	n ^a =1311		
Deterioro	n (%) deterioro^b	n (%) deterioro^b		
\geq 5 puntos (deterioro moderado)	264 (24,1)	317 (29,1)	0,78 (0,64; 0,95)	0,0127
\geq 14 puntos (deterioro grande)	148 (13,5)	201 (18,4)	0,70 (0,55; 0,88)	0,0026
Mejora	n (%) mejora^d	n (%) mejora^d	Ratio de probabilidad^e (95% IC)	Valor p^f
\geq 13 puntos (mejora pequeña a moderada)	531 (48,4)	498 (45,6)	1,13 (0,95; 1,33)	0,1608

≥ 17 puntos (mejora grande)	486 (44,3)	478 (43,8)	1,06	0,5137
			(0,89; 1,26)	

^a Número de pacientes con un KCCQ-TSS observado o que fallecieron antes de 8 meses. El número incluye pacientes con una evaluación de 8 meses (Visita 5) planificada o realizada antes del 11 de marzo de 2020; cuando se declaró COVID-19 como pandemia por la OMS. Se imputaron los datos para los pacientes con evaluación planificada pero no realizada antes del 11 de marzo de 2020.

^b El número de sujetos que fallecieron antes del período de tiempo establecido o presentan un deterioro observado desde el estado basal igual o que excede el umbral determinado. Los pacientes con KCCQ-TSS en estado basal que fue demasiado bajo para experimentar posiblemente un deterioro fueron definidos como deteriorados si el puntaje a los 8 meses no fue superior al estado basal.

^c Para obtener deterioro, un ratio de probabilidad < 1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

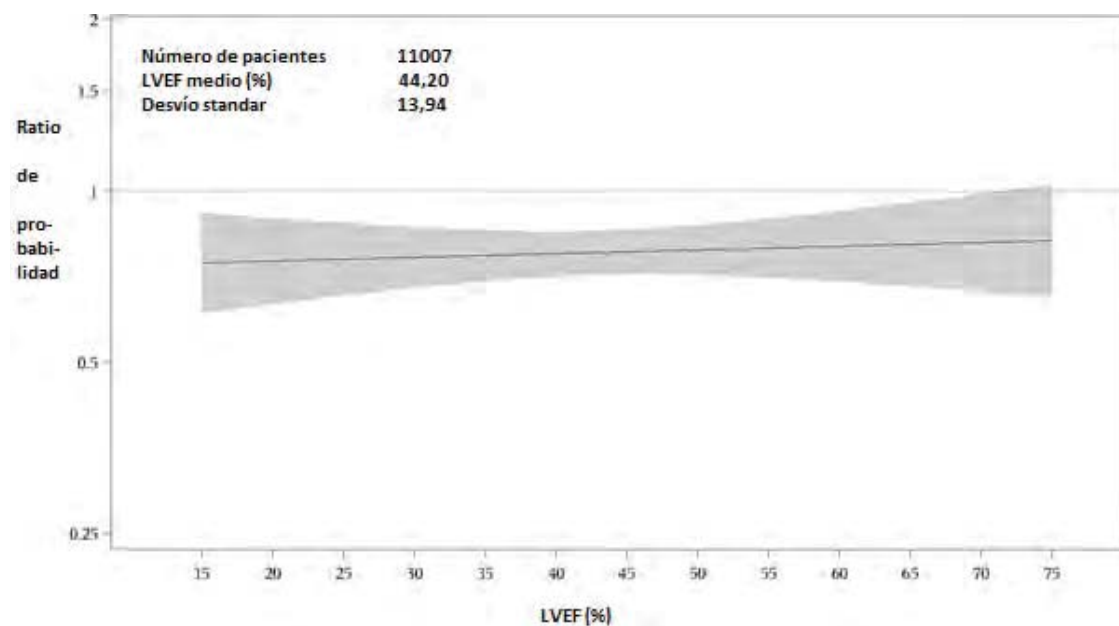
^d Número de pacientes que tuvieron una mejora observada de al menos 13 ó 17 puntos desde el estado basal. Los pacientes que fallecieron antes del periodo de tiempo establecido se cuentan como no mejorados. Los pacientes con KCCQ-TSS en estado basal ~~que fue~~ demasiado alta para experimentar posiblemente una mejora fueron definidos como mejorados si el puntaje a los 8 meses no fue inferior que al estado basal.

^e Para obtener mejora un ratio de probabilidad >1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

Insuficiencia cardíaca en los estudios DAPA-HF y DELIVER

En un análisis combinado de DAPA-HF y DELIVER, el efecto del tratamiento con dapagliflozina en el criterio de valoración compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca fue consistente en todo el rango de FEVI (Figura 7).

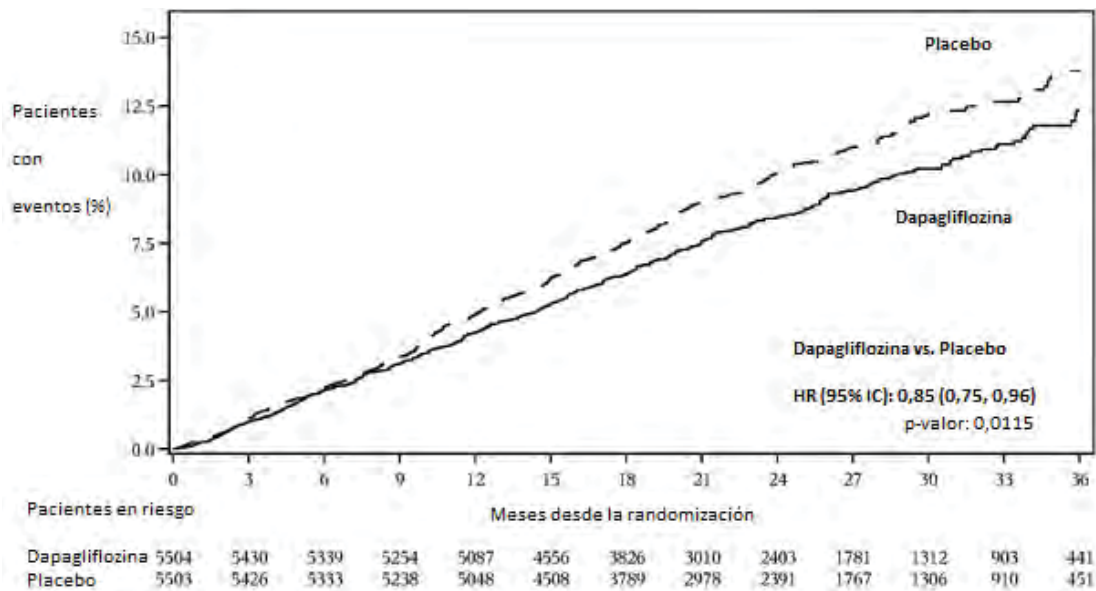
Figura 7: Efecto del tratamiento para el criterio principal de valoración compuesto según la FEVI inicial



Se utilizan las definiciones de los criterios de valoración primarios de cada estudio. En DAPA-HF el punto final primario incluyó muerte con causa de muerte indeterminada. En DELIVER, el criterio principal de valoración no incluía la muerte con causa de muerte indeterminada. Los datos de FEVI entre 15% y 75% se presentan en la figura. En la línea de base; El 0,5 % de los pacientes tenía FEVI < 15 % y el 0,7 % tenía FEVI > 75 %.

En un análisis agrupado a nivel de sujetos preespecificados de los estudios DAPA-HF y DELIVER, la dapagliflozina en comparación con el placebo redujo el riesgo de muerte cardiovascular (HR 0,85 [IC del 95%: 0,75, 0,96], p = 0,0115) (Figura 8). Ambos estudios contribuyeron al efecto.

Figura 8: Tiempo hasta la primera aparición de muerte cardiovascular (análisis agrupado de los estudios DAPA-HF y DELIVER)



Se utilizan las definiciones de muerte CV de cada estudio. En DAPA-HF, la muerte CV incluyó la muerte con causa de muerte indeterminada. En DELIVER, la muerte CV no incluyó la muerte con causa de muerte indeterminada.

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Enfermedad renal crónica

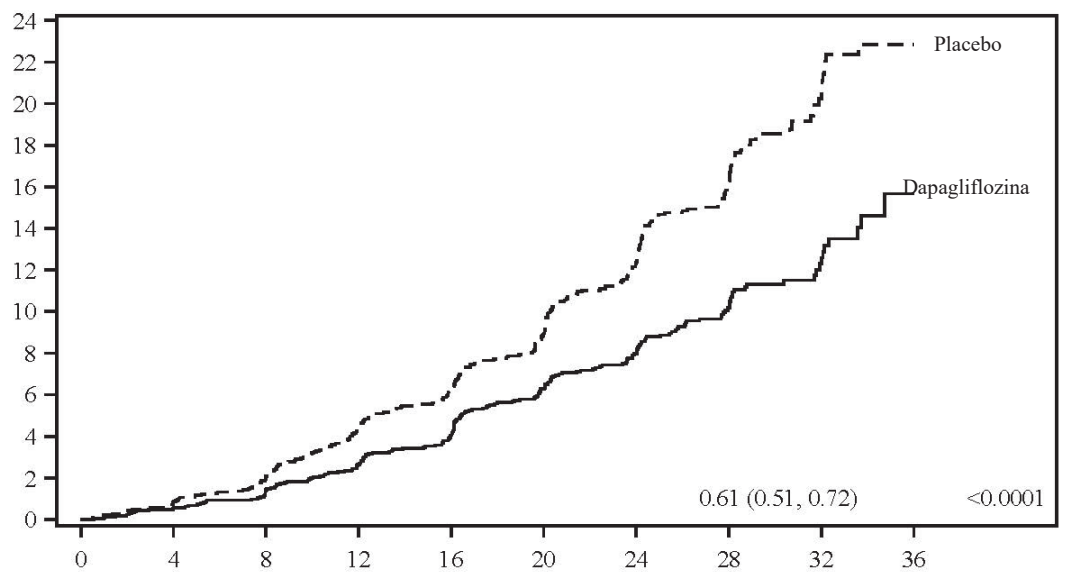
El estudio para evaluar el efecto de dapagliflozina sobre los resultados renales y la mortalidad cardiovascular en los pacientes con enfermedad renal crónica (DAPA-CKD) fue un estudio internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) con TFGe ≥ 25 a ≤ 75 ml / min / $1,73$ m² y albuminuria (RAC ≥ 200 y ≤ 5000 mg / g) para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo, cuando se agrega al tratamiento estándar, en la incidencia del criterio de valoración combinado de $\geq 50\%$ de disminución sostenida de la TFGe, enfermedad renal en etapa terminal (ERT) (definida como TFGe sostenida <15 ml / min / $1,73$ m², tratamiento de diálisis crónica o recibir un trasplante renal), muerte cardiovascular o renal.

De 4.304 pacientes, 2.152 fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 2.152 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 28,5 meses. El tratamiento se mantuvo si la TFGe descendía a niveles por debajo de 25 ml / min / $1,73$ m² durante el estudio y podría continuarse en los casos en que se requiriera diálisis.

La edad promedio de la población de estudio fue de 61,8 años, el 66,9% eran varones. Al inicio del estudio, la TFGe promedio fue 43,1 ml / min / $1,73$ m² y la mediana del RAC fue de 949,3 mg / g, el 44,1% de los pacientes tenía una TFGe de 30 a <45 ml / min / $1,73$ m² y el 14,5% tenía TFGe <30 ml / min / $1,73$ m². 67,5% de los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes estaban en terapia estándar de atención (SOC); 97,0% de los pacientes fueron tratados con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (BRA).

Dapagliflozina fue superior al placebo en la prevención del criterio de valoración primario compuesto de $\geq 50\%$ disminución sostenida de la TFGe, la llegada a la enfermedad renal en etapa terminal, muerte cardiovascular o renal (HR 0,61 [IC del 95%: 0,51; 0,72]; $p < 0,0001$). El número necesario a tratar por 27 meses fue 19 (IC del 95%: 15, 27). Según el gráfico de Kaplan-Meier, las curvas de eventos de dapagliflozina y placebo comenzaron a separarse tempranamente (4 meses) y continuaron divergiendo durante el período de estudio (Figura 9).

Figura 9: Tiempo hasta la primera aparición del criterio de valoración principal compuesto, disminución sostenida $\geq 50\%$ en TFGe, enfermedad renal terminal, muerte cardiovascular o renal.

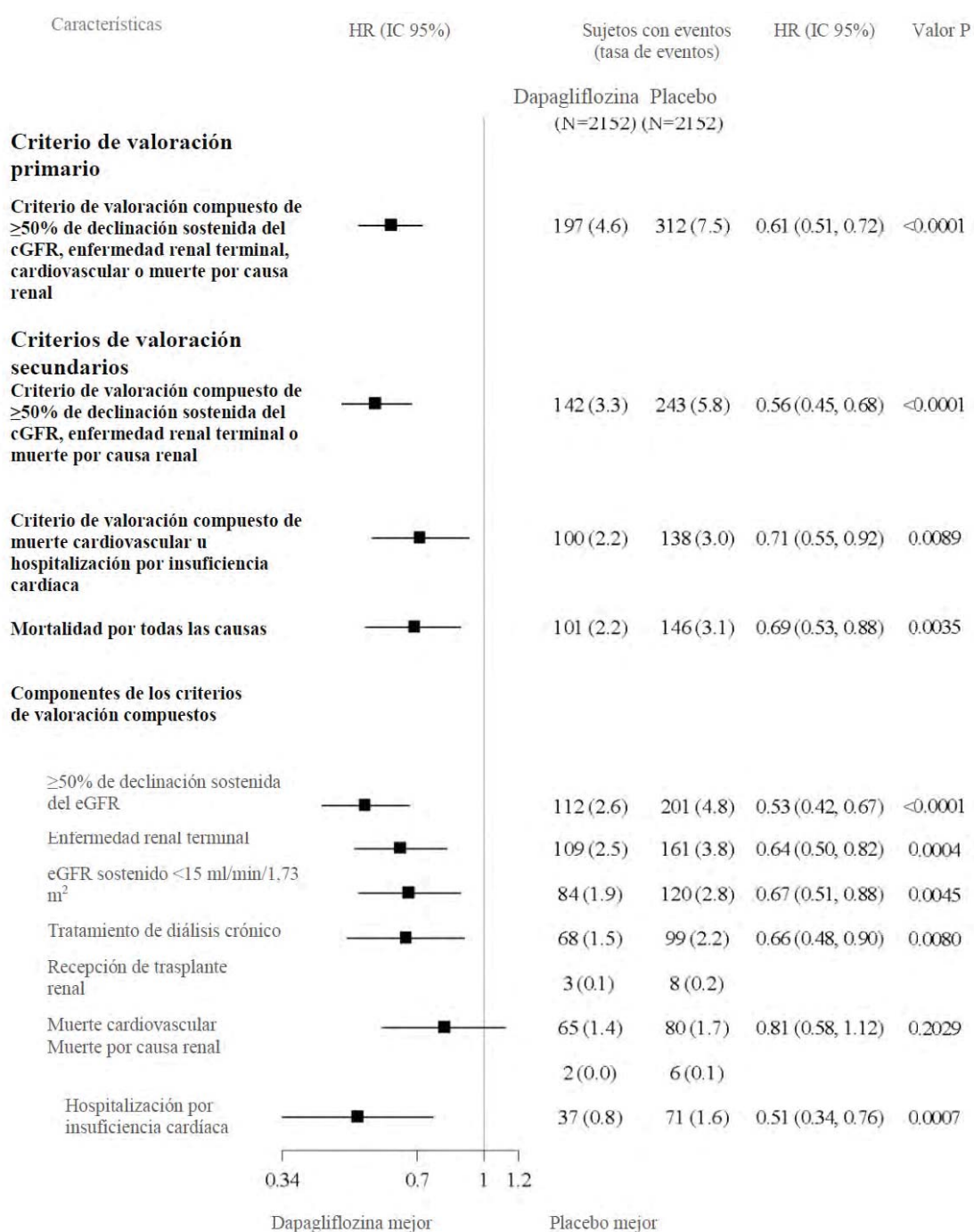


Pacientes en riesgo

Dapagliflozina	2152	2001	1955	1898	1841	1701	1288	831	309	31
Placebo	2152	1993	1936	1858	1791	1664	1232	774	270	24

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.
 Los cuatro componentes del criterio de valoración primario compuesto contribuyeron individualmente al efecto del tratamiento. Dapagliflozina también redujo la incidencia del criterio de valoración combinado de disminución sostenida $\geq 50\%$ en la TFGe, enfermedad renal terminal o muerte renal (HR 0,56 [IC 95% 0,45; 0,68], $p < 0,0001$) y el criterio de valoración combinado de muerte cardiovascular y hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR 0,71 [IC del 95%: 0,55; 0,92], $p = 0,0089$) (Figura 10).

Figura 10: Efectos del tratamiento para los criterios de valoración compuestos primarios y secundarios, su componentes y mortalidad por todas las causas



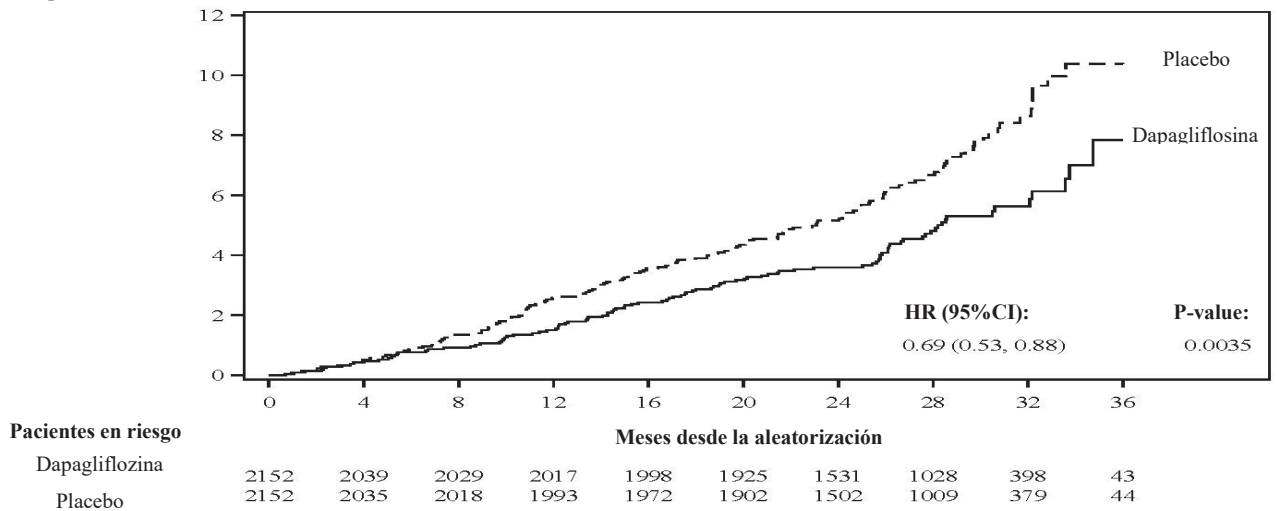
El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento.

Las estimaciones del cociente de riesgos instantáneos no se presentan para los subgrupos con menos de 15 eventos en total, ambos brazos combinados.

Los valores p para los componentes de los puntos finales compuestos son nominales.

El tratamiento con dapagliflozina mejoró la supervivencia global en pacientes con enfermedad renal crónica con reducción significativa de la mortalidad por todas las causas (HR 0,69 [IC del 95%: 0,53; 0,88], p = 0,0035) (Figura 11).

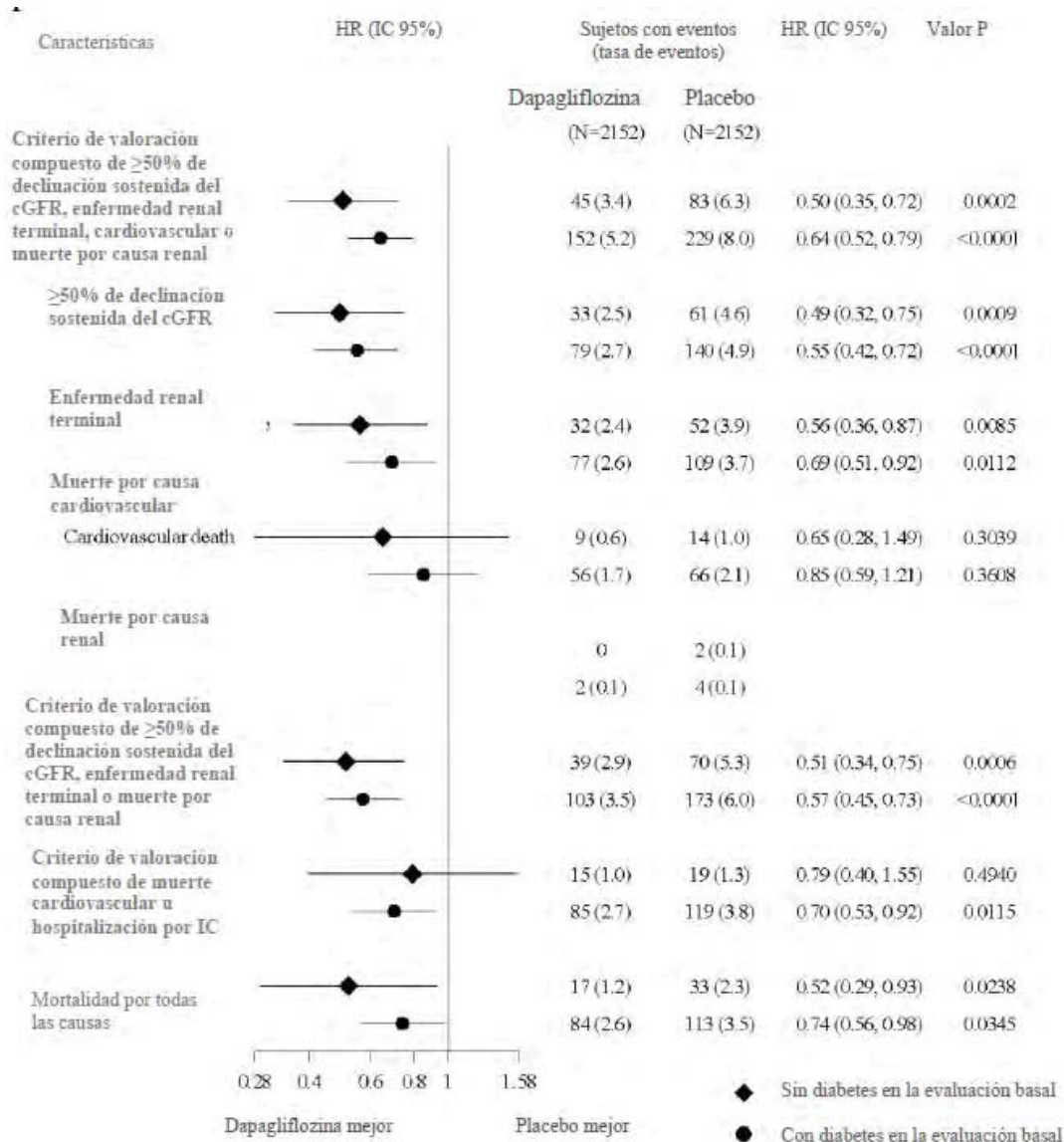
Figura 11: Tiempo hasta la primera aparición de la muerte por cualquier causa



Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

El efecto del tratamiento con dapagliflozina fue consistente en pacientes con enfermedad renal crónica con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes mellitus (Figura 12).

Figura 12: Efectos del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y en pacientes sin diabetes.



El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las estimaciones del cociente de riesgos instantáneos no se presentan para los subgrupos con menos de 15 eventos en total, ambos brazos combinados. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento. Los valores p son nominales.

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo en el criterio de valoración primario también fue consistente en otros subgrupos clave, incluidos los niveles de TFGe y RAC, edad, sexo y región.

El tratamiento con dapagliflozina condujo a una mayor reducción de la albuminuria. El efecto se observó tan pronto como a los 14 días y se mantuvo durante todo el estudio. A los 36 meses, el porcentaje promedio ajustado del cambio desde el valor inicial en RAC (mg / g) fue del -41% en pacientes tratados con dapagliflozina y del -20% en pacientes tratados con placebo, con una diferencia entre los grupos de tratamiento del -26,3% ([IC del 95% -36,8, -14,0], p nominal = 0,0001).

La incidencia de duplicación de la creatinina sérica desde la medición de laboratorio más reciente (una evaluación del empeoramiento agudo de la función renal), se redujo en el

grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo placebo (HR 0,68 [IC del 95%: 0,49; 0,94], p nominal = 0,0187).

Hubo menos pacientes con eventos adversos renales en el grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo de placebo, 144 (6,7%) y 169 (7,9%) en los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente.

Población pediátrica

Diabetes mellitus tipo 2

En un estudio clínico en niños y adolescentes de 10-24 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, 39 pacientes fueron randomizados a dapagliflozina 10 mg y 33 a placebo, como tratamiento adicional a metformina, insulina o una combinación de metformina e insulina. En la randomización, el 74% de los pacientes eran <18 años de edad. El cambio medio ajustado en HbA1c para dapagliflozina en relación con placebo desde el valor inicial hasta la semana 24 fue de -0,75% (95% IC -1,65, 0,15). En el grupo de edad <18 años, el cambio medio ajustado en HbA1c para dapagliflozina en relación con placebo fue -0,59% (95% IC -1,66, 0,48). En el grupo de edad ≥18 años, el cambio medio desde el valor inicial en HbA1c fue de -1,52% en el grupo tratado con dapagliflozina (n=9) y 0,17% en el grupo tratado con placebo (n=6). La eficacia y seguridad fueron similares a las observadas en la población adulta tratada con dapagliflozina. La seguridad y tolerabilidad fueron confirmadas también en una extensión de seguridad del estudio de 28 semanas.

Insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido la obligación de presentar los resultados de los estudios con dapagliflozina en todos los subconjuntos de la población pediátrica en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ver sección Posología y Modo de Administración para información sobre el uso en población pediátrica).

Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Después de su administración oral, dapagliflozina mostró una absorción buena y rápida. En general, las concentraciones plasmáticas máximas de dapagliflozina (C_{max}) se alcanzaron en un plazo de 2 horas después de la administración en ayunas. En el estado de equilibrio, las medias geométricas de C_{max} y ABC_t (área bajo la curva de concentraciones plasmáticas en función del tiempo) fueron de 158 ng/ml y 628 ng h/ml, respectivamente, tras la administración de dosis de dapagliflozina de 10 mg una vez al día. La biodisponibilidad oral absoluta de dapagliflozina es del 78% tras la administración de una dosis de 10 mg. La administración de dapagliflozina junto con una comida con un alto contenido de grasas redujo la C_{max} hasta un 50% y prolongó el T_{max} aproximadamente 1 hora, sin modificar el ABC con respecto a la administración en ayunas. Se considera que estos cambios carecen de importancia clínica y que **Dactilus**[®] puede tomarse con o sin alimentos.

Distribución

Dapagliflozina se une aproximadamente un 91% a las proteínas. La unión a las proteínas no se vio afectada por distintos estados patológicos (por ejemplo, disfunción renal o hepática).

El volumen de distribución medio de dapagliflozina fue de 118 litros en el estado de equilibrio.

Biotransformación

Dapagliflozina es objeto de un extenso metabolismo que da lugar básicamente a la formación del metabolito inactivo 3-O-glucurónido de dapagliflozina. Ni el 3-O-glucurónido de dapagliflozina ni otros metabolitos contribuyen a los efectos hipoglucemiantes del medicamento. La formación del 3-O-glucurónido de dapagliflozina es mediada por la enzima UGT1A9 presente en el hígado y los riñones, y el metabolismo mediado por el citocromo P 450 (CYP) representa una vía de eliminación poco importante en el ser humano.

Eliminación

La vida media terminal plasmática ($t_{1/2}$) de dapagliflozina fue de 12.9 horas en promedio tras la administración de una dosis oral única de 10 mg de dapagliflozina a voluntarios sanos. La depuración sistemática total promedio de dapagliflozina administrada por vía intravenosa fue de 207 mL/minuto. Dapagliflozina y sus metabolitos relacionados se eliminan básicamente por excreción urinaria, mientras que menos del 2% se elimina en forma de dapagliflozina intacta. Después de la administración de 50 mg de [¹⁴C]-dapagliflozina, se recuperó el 96% de la dosis: el 75% en la orina y el 21% en las heces. En las heces, alrededor del 15% de la dosis se excretó en forma del fármaco original.

Linealidad

La exposición a dapagliflozina aumentó proporcionalmente a la dosis entre 0.1 y 500 mg, y su farmacocinética no varió en función del tiempo tras la administración diaria durante un período de hasta 24 semanas.

Poblaciones especiales

Disfunción renal

En el estado de equilibrio (20 mg de dapagliflozina una vez al día durante 7 días), los pacientes con diabetes tipo 2 y disfunción renal leve, moderada o grave (determinada por la depuración plasmática de iohexol) presentaron exposiciones sistémicas medias a dapagliflozina un 32%, un 60% y un 87% mayores, respectivamente, que los pacientes con diabetes tipo 2 y una función renal normal. La excreción urinaria de glucosa en 24 horas en el estado de equilibrio dependió en gran medida de la función renal, y los pacientes con diabetes tipo 2 y una función renal normal o con disfunción renal leve, moderada o grave excretaron 85, 52, 18 y 11 gramos de glucosa al día, respectivamente. Se desconocen los efectos de la hemodiálisis en la exposición a dapagliflozina. El efecto de la función renal reducida sobre la exposición sistémica se evaluó en una población farmacocinética modelo. De acuerdo con los resultados anteriores, el modelo predijo que el ABC era mayor en pacientes con enfermedad renal en comparación con pacientes con función renal normal, y no fue significativamente diferente en pacientes con enfermedad renal crónica con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes.

Disfunción hepática

En pacientes con disfunción hepática leve o moderada (clases A y B según la escala de Child-Pugh), los valores medios de C_{max} y ABC de dapagliflozina aumentaron un 12% y un 36%, respectivamente, frente a los de controles sanos equiparados. Se considera que estas diferencias carecen de importancia clínica. En pacientes con disfunción hepática grave (clase C según la escala de Child-Pugh), los valores medios de C_{max} y ABC de dapagliflozina aumentaron un 40% y un 67%, respectivamente, con respecto a los de controles sanos equiparados.

Edad

No se recomienda ajustar la dosis de dapagliflozina a partir de la dosis de 10 mg una vez al día en función de la edad.

El efecto de la edad (jóvenes: ≥18 a <40 años [n=105] y ancianos: ≥65 años [n=224]) se evaluó como covariable en un modelo farmacocinético poblacional y se comparó con

pacientes de ≥ 40 a < 65 años utilizando datos de sujetos sanos y estudios de pacientes). Se estimó que la exposición sistémica media (AUC) de dapagliflozina en pacientes jóvenes fue un 10,4 % más baja que en el grupo de referencia (IC del 90 %; 87,9, 92,2 %) y un 25 % más alta en pacientes de edad avanzada en comparación con el grupo de referencia (IC del 90 %; 123, 129%). Se consideró que estas diferencias en la exposición sistémica no eran clínicamente significativas.

Población pediátrica

La farmacocinética y farmacodinámica (glucosuria) en niños con diabetes mellitus tipo 2 con edad 10-17 años fue similar a las observadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2

Sexo

Se estima que el ABC_{ss} promedio de dapagliflozina en mujeres es aproximadamente un 22% mayor que en varones.

Raza

No existen diferencias de exposición que revistan alguna importancia clínica entre pacientes de raza blanca, de raza negra o asiáticos.

Peso corporal

Se determinó que la exposición a dapagliflozina disminuye en los pacientes con un mayor peso corporal. Por consiguiente, los pacientes de bajo peso pueden mostrar una exposición un poco mayor y los pacientes de mayor peso una pequeña disminución de la exposición. Sin embargo, se considera que estas diferencias de exposición carecen de importancia clínica.

Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos preclínicos obtenidos en estudios convencionales de seguridad farmacológica, toxicidad tras dosis repetidas, genotoxicidad, potencial cancerígeno y fecundidad, no revelan ningún riesgo especial para el ser humano. Dapagliflozina no produjo tumores ni en ratones ni en ratas con ninguna de las dosis examinadas en los estudios de 2 años de duración sobre el poder cancerígeno.

Toxicidad para la reproducción y el desarrollo

La administración directa de dapagliflozina a ratas jóvenes recién destetadas y la exposición indirecta durante la última fase del embarazo (período correspondiente al segundo y tercer trimestre de la gestación con respecto a la maduración renal humana) y la lactancia, se asocian, cada una, con un aumento de la incidencia y/o intensidad de dilataciones pélvicas y tubulares renales en las crías.

En un estudio de toxicidad en ratas jóvenes en el que dapagliflozina se administró directamente desde el día posnatal 21 hasta el día posnatal 90, se observaron dilataciones pélvicas y tubulares renales con todas las dosis; con la dosis más baja examinada, las exposiciones de las crías fueron ≥ 15 veces la dosis máxima recomendada para el ser humano.

Estos hallazgos se acompañaron de aumentos del peso de los riñones y de hipertrofia renal macroscópica, en función de la dosis, con todos los niveles de dosis examinados. Las dilataciones pélvicas y tubulares renales observadas en animales jóvenes no fueron totalmente reversibles durante el período de recuperación de aproximadamente 1 mes. En un estudio separado sobre el desarrollo prenatal y posnatal también se administró dapagliflozina a ratas hembras desde el día 6 hasta el día 21 de la gestación y las crías fueron expuestas indirectamente *in utero* y a través de la lactancia. (Se llevó a cabo un estudio satélite para evaluar la excreción de dapagliflozina en la leche y la exposición de las crías).

Se observó un aumento de la incidencia o intensidad de dilataciones pélvicas renales en la progenie adulta de las ratas tratadas, aunque sólo con la dosis máxima examinada (las exposiciones asociadas de las madres y de las crías fueron, respectivamente, de 1415 y 137 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada). Los demás efectos tóxicos en el desarrollo se limitaron a reducciones del peso corporal de las crías en función de la dosis, pero solamente con dosis ≥ 15 mg/kg/día (asociadas con exposiciones de las crías ≥ 29 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada).

La toxicidad materna, que se observó únicamente con la máxima dosis examinada, se limitó a reducciones pasajeras del peso corporal y del consumo de alimentos al principio del tratamiento. El grado de exposición (NOAEL) en el que no se observaron efectos tóxicos en el desarrollo, que corresponde a la dosis más baja examinada, se asocia con una exposición sistémica de las madres de aproximadamente 19 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada.

En otros estudios sobre el desarrollo embrionario y fetal en ratas y conejos, dapagliflozina se administró durante los intervalos correspondientes a los períodos de organogénesis más importantes de cada especie. En conejos no se observaron efectos tóxicos ni en las madres ni en el desarrollo con ninguna de las dosis examinadas; la dosis máxima examinada produjo una exposición sistémica de aproximadamente 1191 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada. En ratas, dapagliflozina no tuvo efectos embrioletales ni teratógenos con exposiciones de hasta 1441 veces la exposición correspondiente a la dosis máxima recomendada.

POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

Posología

Diabetes mellitus tipo 2:

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Cuando dapagliflozina se coadministra con insulina o con un secretagogo de insulina, por ejemplo una sulfonilurea, puede administrarse una dosis menor de insulina o del secretagogo para reducir el riesgo de hipoglucemia (ver las secciones *Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y Reacciones adversas*).

Insuficiencia cardíaca:

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Enfermedad renal crónica:

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

No se requiere ajuste de dosis en función de la función renal.

No se recomienda inicial el tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <15 ml/min / 1.73m^2 .

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la eficacia hipoglucemiante de dapagliflozina depende de la función renal y se reduce en pacientes con TFGe <45 ml/min/ 1.73m^2 y es probable que esté ausente en pacientes con insuficiencia renal grave. Por tanto, si la TFGe cae por debajo de 45 ml / min / $1,73\text{ m}^2$, se debe considerar un tratamiento hipoglucemiante adicional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (véanse las secciones Indicaciones Terapéuticas, Reacciones Adversas y Propiedades farmacodinámicas y Propiedades farmacocinéticas).

Disfunción hepática

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con disfunción hepática leve o moderada. En pacientes con disfunción hepática grave se recomienda una dosis inicial de 5 mg. Si el paciente tolera bien esta dosis, puede aumentarse hasta 10 mg cuando se indique (véanse las secciones *Indicaciones Terapéuticas*, *Advertencias y precauciones especiales de uso* y *Propiedades farmacocinéticas*).

Pacientes de edad avanzada (≥ 65 años)

No se recomienda ajustar la dosis en función de la edad de los pacientes.

Población pediátrica

No es necesario ajustar la dosis para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en niños de 10 años de edad o más (ver secciones *Propiedades farmacodinámicas* y *Propiedades farmacocinéticas*). No se dispone de datos en niños menores de 10 años de edad.

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de dapagliflozina para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca o para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en niños de <18 años. No hay datos disponibles.

Modo de administración

Dactilus® puede tomarse una vez al día a cualquier hora por vía oral, con alimentos o sin ellos. Los comprimidos deben ingerirse enteros.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

Uso en pacientes con disfunción renal

Existe una experiencia limitada para el inicio de tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <25 ml / min /1.73 m² y no hay experiencia del inicio de tratamiento en pacientes con TFGe <15 ml / min /1.73 m². Por lo tanto, no se recomienda iniciar el tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <15 ml / min /1.73 m² (ver sección *Posología y Modo de Administración*).

La eficacia hipoglucemiante de dapagliflozina depende de la función renal y se reduce en pacientes con TFGe <45 ml / min /1.73 m² y es probable que esté ausente en pacientes con insuficiencia renal grave (véase secciones *Posología y Modo de Administración*; *Propiedades farmacocinéticas* y *Propiedades farmacodinámicas*).

En pacientes con insuficiencia renal moderada (TFGe <60 ml / min / 1,73 m²), una mayor proporción de los pacientes tratados con dapagliflozina tuvieron reacciones adversas de aumento de la hormona paratiroidea (PTH) e hipotensión, en comparación con placebo.

Uso en pacientes con disfunción hepática

Es escasa la experiencia adquirida en estudios clínicos en pacientes con disfunción hepática. La exposición a dapagliflozina es mayor en los pacientes con disfunción hepática grave (véanse las secciones *Posología y forma de administración* y *Propiedades farmacocinéticas*).

Uso en pacientes con riesgo de hipotensión y/o depleción del volumen

Debido a su modo de acción, dapagliflozina aumenta la diuresis, lo que puede conducir a una ligera reducción de la presión arterial observada en estudios clínicos (véase la sección *Propiedades farmacodinámicas*), puede ser más pronunciada en pacientes con hiperglucemia muy marcada.

Debe tenerse cautela si la reducción de la presión arterial provocada por dapagliflozina podría plantear un riesgo, por ejemplo, pacientes tratados con un antihipertensivo con antecedentes de o en pacientes de edad avanzada.

En caso de afecciones intercurrentes que puedan provocar una depleción de volumen (p. Ej., Enfermedad gastrointestinal), se recomienda un monitoreo cuidadoso del estado del volumen (p. Ej., Examen físico, mediciones de la presión arterial, pruebas de laboratorio que incluyan hematocrito y electrolitos). Se recomienda la interrupción temporal del tratamiento con dapagliflozina en pacientes que desarrollen depleción de volumen hasta que se corrija (ver sección Reacciones Adversas).

Cetoacidosis diabética

Se han reportado casos raros de cetoacidosis diabética (CAD), incluyendo casos mortales y potencialmente mortales, en pacientes tratados con inhibidores del cotransportador de sodio glucosa 2 (SGLT2), incluida dapagliflozina. En varios casos, la presentación del cuadro clínico fue atípico con ascenso moderado de los niveles de glucosa en sangre, por debajo de 14 mmol/l (250 mg/dl).

El riesgo de cetoacidosis diabética se debe considerar en el caso de síntomas inespecíficos tales como náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal, sed excesiva, dificultad respiratoria, confusión, fatiga o somnolencia inusuales. Si estos síntomas aparecen, se debe evaluar de forma inmediata a los pacientes para valorar si se trata de una cetoacidosis, independientemente de los niveles de glucosa en sangre.

En pacientes en los que se sospeche o diagnostique CAD, se debe interrumpir el tratamiento con dapagliflozina de inmediato.

Se debe de interrumpir el tratamiento en pacientes que están hospitalizados por un procedimiento quirúrgico mayor o enfermedades médicas agudas graves. Se recomienda controlar las cetonas en estos pacientes. Se prefiere la determinación de los niveles de cuerpos cetónicos en sangre a la determinación en orina. El tratamiento con dapagliflozina se puede reanudar cuando los valores de cuerpos cetónicos sean normales y el estado del paciente se haya estabilizado.

Antes de iniciar dapagliflozina, se deben considerar los factores en la historia clínica del paciente que predispongan a la cetoacidosis.

Los pacientes que pueden tener mayor riesgo de CAD incluyen pacientes con una baja reserva funcional de las células beta (por ej., pacientes con diabetes tipo 2 con péptido-C disminuido o diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) o pacientes con antecedentes de pancreatitis), pacientes con cuadros que conducen a una ingesta restringida de alimentos o deshidratación grave, pacientes para los cuales las dosis de insulina estén reducidas y pacientes con requerimientos aumentados de insulina debido a enfermedad médica aguda, cirugía o alcoholismo. Los inhibidores SGLT2 se deben usar con precaución en estos pacientes.

No se recomienda reiniciar el tratamiento con el inhibidor del SGLT2 en pacientes que experimenten CAD durante el tratamiento con un inhibidor del SGLT2, a menos que se identifique otro factor bien definido que lo desencadenara y se haya resuelto.

En los estudios en diabetes mellitus tipo 1 con dapagliflozina, la CAD fue reportada con frecuencia categoría: frecuente. Dapagliflozina no se debe usar para el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1.

Fascitis necrotizante perineal (gangrena de Fournier)

Se han notificado casos posteriores a la comercialización de fascitis necrotizante del perineo (también conocida como gangrena de Fournier) en pacientes de sexo femenino y masculino que tomaban inhibidores de SGL T2. Este es un evento raro pero grave y potencialmente mortal que requiere intervención quirúrgica urgente y tratamiento con antibióticos.

Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica si experimentan una combinación de síntomas de dolor, sensibilidad, eritema o inflamación en el área genital o perineal, con fiebre o malestar. Tenga en cuenta que la infección urogenital o el absceso perineal pueden preceder a la fascitis necrotizante. Si se sospecha gangrena de Fournier, se debe suspender la administración de **Dactilus**[®] y debe instituirse un tratamiento inmediato (incluyendo antibióticos y el desbridamiento quirúrgico).

Infecciones del tracto urinario

La excreción urinaria de glucosa puede asociarse con un aumento del riesgo de infección urinaria; por lo tanto, debe considerarse la posibilidad de interrumpir temporalmente dapagliflozina durante el tratamiento de la pielonefritis o la urosepsis.

Edad avanzada (≥65 años)

Los pacientes de edad avanzada pueden tener un mayor riesgo de depleción de volumen y es más probable que sean tratados con diuréticos.

Es más probable que los pacientes de edad avanzada presenten una función renal alterada, y/o estén en tratamiento con medicamentos antihipertensivos que pueden provocar cambios en la función renal tales como inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas del receptor tipo 1 de la angiotensina II (ARA). Las mismas recomendaciones para la función renal en pacientes de edad avanzada, se aplican para los demás pacientes (ver secciones Posología y Modo de Administración, Advertencias y Precauciones, Reacciones Adversas y Propiedades Farmacodinámicas).

Insuficiencia cardíaca

La experiencia en estudios clínicos con dapagliflozina en la clase IV de la NYHA es limitada.

Enfermedad renal crónica

No hay experiencia con dapagliflozina para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en pacientes sin diabetes que no tienen albuminuria.

No se ha estudiado dapagliflozina para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en pacientes con enfermedad renal poliquística, glomerulonefritis con brotes (nefritis lúpica o vasculitis asociadas a ANCA), requerimientos actuales o recientes de citotóxicos, inmunosupresores u otra terapia renal inmunomoduladora, o en pacientes que recibieron un trasplante de órgano.

Amputaciones de miembros inferiores

Se ha observado un aumento de casos de amputación de miembros inferiores (principalmente del dedo del pie) en ensayos clínicos en diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo con otro inhibidor SGLT2. Se desconoce si esto constituye un efecto de clase. Es importante aconsejar a los pacientes acerca del cuidado rutinario preventivo de los pies.

Análisis de orina

De acuerdo con el mecanismo de acción de **Dactilus**[®], se detectará la presencia de glucosa en la orina de los pacientes tratados con este medicamento.

Lactosa

Los comprimidos contienen lactosa anhidra. No deben tomar este medicamento los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la lactosa total, deficiencia de lactasa o malabsorción de glucosa-galactosa.

Gluten

Dactilus® no contiene gluten.

INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:

Interacciones farmacodinámicas

Diuréticos

Dapagliflozina podría potenciar el efecto diurético de las tiazidas y de los diuréticos de asa y aumentar el riesgo de deshidratación e hipotensión (véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*).

Insulina y secretagogos de insulina

La insulina y los secretagogos de insulina, como las sulfonilureas, causan hipoglucemia. En consecuencia, en caso de coadministración con dapagliflozina, puede ser necesario reducir la dosis de insulina o del secretagogo de insulina para reducir el riesgo de hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2 (véanse las secciones *Posología y forma de administración* y *Reacciones adversas*).

Interacciones farmacocinéticas

El metabolismo de dapagliflozina consiste básicamente en glucuronidación dependiente de la UDP glucuronosiltransferasa 1^a9 (UGT1A9).

En estudios *in vitro*, dapagliflozina no inhibió las siguientes formas del citocromo P450 (CYP): CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4, y no indujo las formas CYP1A2, CYP2B6 o CYP3A4. En consecuencia, se prevé que dapagliflozina no alterará la depuración metabólica de los fármacos coadministrados cuyo metabolismo depende de estas enzimas.

Efectos de otros fármacos en dapagliflozina

Los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis únicas, indican que los siguientes fármacos no alteran la farmacocinética de dapagliflozina: metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, voglibosa, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán y simvastatina.

Tras la coadministración de dapagliflozina con la rifampicina (un inductor de distintos transportadores activos y de enzimas que metabolizan medicamentos) se observó una disminución del 22% de la exposición sistémica a dapagliflozina (ABC), aunque no se observó un efecto de importancia clínica en la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No es necesario ajustar la dosis. No se anticipa ningún efecto de importancia clínica con otros inductores (por ejemplo, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital).

Tras la coadministración de dapagliflozina con el ácido mefenámico (un inhibidor de UGT1A9) se observó un aumento del 55% de la exposición sistémica a dapagliflozina, aunque no se observó un efecto de importancia clínica en la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No es necesario ajustar la dosis de dapagliflozina.

Efecto de dapagliflozina en otros fármacos

La dapagliflozina puede aumentar la excreción renal de litio y los niveles de litio en sangre pueden disminuir. La concentración sérica de litio debe controlarse con más frecuencia después del inicio de dapagliflozina y los cambios de dosis. Remita al paciente al médico que le recetó litio para controlar la concentración sérica de litio.

En los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis únicas, dapagliflozina no alteró la farmacocinética

de los siguientes fármacos: metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán, digoxina (sustrato de la glucoproteína P) y 35arfarina (S-warfarina, sustrato de la CYP2C9); o el efecto anticoagulante de Warfarina medido por el INR; dapagliflozina tampoco alteró el efecto anticoagulante de la 35arfarina medido por el índice normalizado internacional [INR]. La coadministración de una dosis única de dapagliflozina de 20 mg y de simvastatina (un sustrato de CYP3A4) elevó un 19% el ABC de la simvastatina y un 31% el ABC del ácido de simvastatina. Se considera que la elevación de las exposiciones a la simvastatina y al ácido de simvastatina carece de importancia clínica.

Interferencia con el ensayo de 1,5-anhidroglucitol (1,5-AG)

No se recomienda controlar el control glucémico con el ensayo 1,5-AG, ya que las mediciones de 1,5-AG no son confiables para evaluar el control glucémico en pacientes que toman inhibidores de SGLT2. Se aconseja el uso de métodos alternativos para controlar el control glucémico.

Población pediátrica

Sólo se han realizado estudios de interacciones en adultos.

Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

Se carece de información sobre el uso de dapagliflozina en mujeres embarazadas. Estudios en ratas revelaron una toxicidad de dapagliflozina en el riñón en desarrollo durante el período correspondiente al segundo y tercer trimestre de la gestación humana (véase la sección *Datos de seguridad preclínica*). Por consiguiente, no se recomienda utilizar dapagliflozina durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Si se detecta un embarazo, debe suspenderse el tratamiento con dapagliflozina.

Lactancia

No se sabe si dapagliflozina y/o sus metabolitos se excretan en la leche materna humana. Los datos toxicológicos y farmacodinámicos en animales han demostrado que dapagliflozina y sus metabolitos sí se excretan en la leche y ejercen efectos farmacológicos en los animales lactantes (véase la sección *Datos de seguridad preclínica*). Como no se puede descartar un riesgo para los recién nacidos o lactantes, las mujeres que amamantan no deben utilizar dapagliflozina.

Fertilidad

No se ha estudiado el efecto de dapagliflozina en la fecundidad de seres humanos. En ratas no se detectó ningún efecto en la fecundidad de machos y hembras, independientemente de la dosis de dapagliflozina administrada.

Efectos en la capacidad para conducir o utilizar máquinas

Dactilus® no afecta, o sólo de manera insignificante, la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se debe alertar a los pacientes sobre el riesgo de hipoglucemia al coadministrar dapagliflozina con una sulfonilurea o con insulina.

REACCIONES ADVERSAS:

Resumen del perfil de seguridad.

Diabetes tipo 2

En estudios clínicos en diabetes tipo 2, más de 15,000 pacientes han sido tratados con dapagliflozina.

La evaluación primaria de seguridad y tolerabilidad se realizó en un análisis agrupado predefinido de 13 estudios clínicos controlados con placebo a corto plazo, (hasta 24

semanas) en 2360 pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina y 2295 fueron tratados con placebo.

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en diabetes mellitus tipo 2 (estudio DECLARE, véase la sección Propiedades farmacodinámicas), 8.574 pacientes recibieron 10 mg de dapagliflozina y 8.569 recibieron placebo durante un tiempo medio de exposición de 48 meses. En total, hubo 30,623 pacientes-años de exposición a dapagliflozina.

La reacción adversa más frecuente en los estudios clínicos fueron las infecciones genitales.

Insuficiencia cardíaca

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (estudio DAPA-HF), 2.368 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 2.368 pacientes con placebo durante un tiempo medio de exposición de 18 meses. La población de pacientes incluyó pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes, y pacientes con TFGe \geq 30 ml / min / 1,73 m².

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $>$ 40 % (DELIVER), 3.126 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 3.127 pacientes con placebo durante una mediana de tiempo de exposición de 27 meses. La población de pacientes incluía pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes, y pacientes con TFGe \geq 25 ml / min / 1,73 m².

El perfil de seguridad global de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca fue consistente con el conocido perfil de seguridad de dapagliflozina.

Enfermedad renal crónica.

En el estudio de resultados renales de dapagliflozina en pacientes con enfermedad renal crónica (DAPA-CKD), 2.149 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 2.149 pacientes con placebo durante una mediana de tiempo de exposición de 27 meses. La población de pacientes incluyó pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2, con TFGe \geq 25 y \leq 75 ml / min / 1,73 m². El tratamiento se mantuvo si la TFGe descendía a niveles por debajo de 25 ml / min / 1,73 m².

El perfil de seguridad global de dapagliflozina en pacientes con enfermedad renal crónica fue consistente con el perfil de seguridad conocido de dapagliflozina.

Lista de reacciones adversas

Las reacciones adversas descritas a continuación se identificaron durante los estudios clínicos controlados con placebo y post-comercialización. Ninguna mostró alguna relación con la dosis administrada. Las reacciones adversas se clasificaron por clases de trastornos (por órgano y sistema) y las categorías de frecuencia se definieron de la siguiente manera: reacciones muy frecuentes (\geq 1/10), frecuentes (\geq 1/100, $<$ 1/10), poco frecuentes (\geq 1/1.000, $<$ 1/100), raras (\geq 1/10.000, $<$ 1/1.000), muy raras ($<$ 1/10.000), y de frecuencia desconocida (imposible de calcular a partir de los datos disponibles).

Tabla 11. Reacciones adversas observadas en estudios clínicos controlados con placebo^a y experiencia post comercialización

Clase de trastornos (por	Muy frecuentes	Frecuentes*	Poco frecuentes**	Raras	Muy Raras
--------------------------	----------------	-------------	-------------------	-------	-----------

órgano y sistema)					
<i>Infecciones e infestaciones</i>		Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas ^{b,c} Infección urinaria ^{b,d}	Infección por hongos**		Fascitis necrotizante del perineo (Gangrena de Fournier) ^b ,
<i>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</i>	Hipoglucemia (en caso de coadministración con una SU o insulina) ^b		Hipovolemia ^{b,e} Sensación de sed**	Cetoacidosis diabética (cuando se usa en diabetes mellitus tipo 2) ^{b,i,k}	
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>		Mareos			
<i>Trastornos gastrointestinales</i>			Estreñimiento** Sequedad de boca**		
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>		Erupción ^{h,j}			Angioedema
<i>Trastornos osteomusculares y del tejido conjuntivo</i>		Lumbalgia*			
<i>Trastornos renales y urinarios</i>		Disuria Poliuria ^{*,f}	Nicturia**		
<i>Trastornos del sistema reproductor y de las mamas</i>			Prurito vulvovaginal** Prurito genital**		
<i>Exploraciones complementarias</i>		Elevación del hematocrito ^g Disminución del aclaramiento renal de creatinina durante el inicio del tratamiento ^b Dislipemia ^h	Elevación de la Creatininemia durante el inicio del tratamiento ^{**,b} Elevación de la concentración de urea en sangre** Disminución de peso**		

^a La tabla muestra datos que abarcan un período de hasta 24 semanas (corto plazo), independientemente del rescate glucémico.

^b Para más información, véase el apartado correspondiente a continuación.

^c “Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas” incluye, por ejemplo, los siguientes términos preferidos predefinidos: micosis vulvovaginal, infección vaginal, balanitis, micosis genital, candidiasis vulvovaginal, vulvovaginitis, balanitis por *Candida*, candidiasis genital, infección genital, infección genital masculina, infección del pene, vulvitis, vaginitis bacteriana y absceso vulvar.

^d Infección del tracto urinario incluye los siguientes términos preferentes, listados en orden de frecuencia notificada: infección del tracto urinario, cistitis, infección del tracto urinario por *Escherichia*, infección del tracto genitourinario, pielonefritis, trigonitis, uretritis, infección renal y prostatitis.

^e "Hipovolemia" incluye, por ejemplo, los siguientes términos preferidos predefinidos: deshidratación, hipovolemia, hipotensión.

^f "Poliuria" incluye los términos preferidos de polaquiuria, poliuria y aumento de la diuresis.

^g La variación media del hematocrito con respecto al valor inicial fue del 2.30% en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y del -0.33% en el grupo placebo. Los valores de hematocrito > 55% fueron notificados en el 1.3% de los pacientes tratados con dapagliflozina 10 mg frente al 0.4% de los pacientes tratados con placebo.

^h La variación media con respecto al valor inicial fue, en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina frente al grupo placebo, respectivamente: colesterol total 2.5% frente a -0.0%; HDL 6.0% frente a 2.7%; LDL 2.9% frente a -1.0%; triglicéridos -2.7% frente a -0.7%.

ⁱ Ver *Advertencias y precauciones*

^j La reacción adversa fue identificada durante la vigilancia post comercialización. Erupción incluye los siguientes términos preferentes, listados en orden de frecuencia en los ensayos clínicos: erupción, erupción generalizada, erupción prurítica, erupción macular, erupción maculo-papular, erupción pustular, erupción vesicular y erupción eritematosa. En ensayos clínicos controlados con activo o con placebo (dapagliflozina, N=5936, Control total, N=3403), la frecuencia de la erupción fue similar en dapagliflozina (1,4%) y en el control total (1,4%), respectivamente.

^k Informado en el estudio de resultados cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2 (DECLARE). La frecuencia se basa en la tasa anual.

* Reacciones adversas notificadas en $\geq 2\%$ de los pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, con una frecuencia $\geq 1\%$ mayor que en el grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

** Reacciones adversas notificadas por el investigador como posiblemente relacionadas, probablemente relacionadas o relacionadas con el tratamiento del ensayo y notificadas en $\geq 0.2\%$ de los pacientes, con una frecuencia $\geq 0.1\%$ mayor que en los pacientes del grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

Descripción de algunas reacciones adversas seleccionadas

Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas.

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad, se informaron vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas en el 5,5% y el 0,6% de los pacientes que recibieron dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. La mayoría de las infecciones fueron leves a moderadas, y los pacientes respondieron a un ciclo inicial de tratamiento estándar y rara vez dieron como resultado la interrupción del tratamiento con dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en las mujeres (8,4% y 1,2% para dapagliflozina y el placebo, respectivamente), y los pacientes con antecedentes tenían más probabilidades de tener una infección recurrente.

En el estudio DECLARE, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones genitales fue escaso y equilibrado: 2 pacientes en cada uno de los grupos de dapagliflozina y placebo.

En el estudio DAPA-HF, ningún paciente informó eventos adversos graves de infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y uno en el grupo de placebo. Hubieron 7 (0,3%) pacientes con eventos adversos que llevaron a interrupciones debido a infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguna en el grupo de placebo grupo.

En el estudio DAPA-CKD, hubo 3 (0,1%) pacientes con eventos adversos graves de infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguna en el grupo de placebo. Hubo 3 (0,1%) pacientes con eventos adversos que llevaron a la interrupción debido a infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguno en el grupo de placebo. No se informaron eventos adversos graves de infecciones genitales o eventos adversos

que llevaron a la interrupción debido a infecciones genitales en ningún paciente sin diabetes.

Fascitis necrotizante del perineo (gangrenas de Fournier)

Se han notificado casos de gangrena de Fournier después de la comercialización en pacientes que reciben inhibidores de SGLT2, incluyendo dapagliflozina (ver sección 4.4).

En el estudio DECLARE con 17.160 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y un tiempo medio de exposición de 48 meses, un total de 6 casos de gangrena de Fournier fueron informados, uno en el grupo tratado con dapagliflozina y cinco en el grupo placebo.

Hipoglucemia

La frecuencia de hipoglucemia dependió del tipo de tratamiento de base utilizado en los estudios clínicos en diabetes mellitus.

Para estudios de dapagliflozina en monoterapia, de adición a metformina o de adición a sitagliptina (con o sin metformina), la frecuencia de episodios menores de hipoglucemia fue similar entre los distintos grupos de tratamiento (< 5%), incluido el grupo placebo hasta la semana 102 de tratamiento. En todos los estudios, los episodios mayores de hipoglucemia fueron poco frecuentes y se repartieron de manera equitativa entre los grupos de dapagliflozina y el placebo. En los estudios sobre la adición de dapagliflozina a una sulfonilurea o insulina, fue mayor la incidencia de hipoglucemia (véase la sección *Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción*).

En un estudio sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con glimepirida, en las semanas 24 y 48, los episodios menores de hipoglucemia fueron más frecuentes en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina + glimepirida (6.0% y 7.9% respectivamente) que en el grupo que recibió el placebo + glimepirida (2.1% y 2.1% respectivamente).

En un estudio sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con insulina, se notificaron episodios de hipoglucemia grave en 0.5% y 1.0% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina + insulina para la semana 24 y 104, respectivamente, y en 0.5% del grupo de pacientes tratados con placebo + insulina para las semanas 24 y 104. En las semanas 24 y 104, se notificaron episodios de hipoglucemia leve en el 40.3% y 53.1%, respectivamente, del grupo de pacientes que recibió 10 mg de dapagliflozina + insulina, y en el 34.0% y 41.6 %, respectivamente, del grupo que recibió placebo + insulina.

En un estudio de hasta 24 semanas sobre la adición de dapagliflozina a metformina y una sulfonilurea, no se reportaron episodios mayores de hipoglucemia. Se reportaron episodios menores de hipoglucemia en 12.8% de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina + metformina y una sulfonilurea, y en 3.7% de pacientes tratados con placebo + metformina y una sulfonilurea.

En el estudio DECLARE no se observó un aumento del riesgo de hipoglucemia importante con el tratamiento con dapagliflozina en comparación con el placebo. Se notificaron eventos importantes de hipoglucemia en 58 pacientes (0,7%) de los pacientes tratados con dapagliflozina y en 83 (1,0%) de los pacientes tratados con placebo.

En el estudio DAPA-HF, se notificaron episodios importantes de hipoglucemia en 4 (0,2%) pacientes en ambos grupos de tratamiento con dapagliflozina y placebo. En el estudio DELIVER, se informaron eventos mayores de hipoglucemia en 6 (0,2 %) pacientes en el grupo de dapagliflozina y 7 (0,2 %) en el grupo de placebo. Los principales eventos de hipoglucemia fueron sólo observados en pacientes con diabetes tipo 2 mellitus.

En el estudio DAPA-CKD, se notificaron eventos importantes de hipoglucemia en 14 (0,7%) pacientes en el grupo de dapagliflozina y 28 (1,3%) pacientes en el grupo de placebo y observado sólo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Hipovolemia

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad las reacciones adversas sugestivas de hipovolemia (incluyendo los casos de deshidratación, hipovolemia o hipotensión) fueron del 1.1% en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y del 0.7% en el grupo placebo; menos del 0.2% de los pacientes presentaron reacciones adversas graves, que se repartieron equitativamente entre el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y el grupo placebo (véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*).

En el estudio DECLARE, el número de pacientes con eventos sugestivos de hipovolemia se equilibró entre los grupos de tratamiento: 213 (2,5%) y 207 (2,4%) en los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente. Se informaron eventos adversos graves en 81 (0,9%) y 70 (0,8%) en el grupo de dapagliflozina y placebo, respectivamente. En general, los eventos se equilibraron entre los grupos de tratamiento a través de subgrupos de edad, uso de diuréticos, presión arterial y uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA-I) / bloqueadores del receptor de angiotensina II tipo 1 (BRA). En pacientes con TFGe <60 ml / min / 1.73 m² al inicio del estudio, hubo 19 eventos de eventos adversos graves que sugieren una disminución del volumen en el grupo de dapagliflozina y 13 eventos en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-HF, el número de pacientes con eventos sugerentes de depleción de volumen fue 170 (7,2%) en el grupo de dapagliflozina y 153 (6,5%) en el grupo de placebo. Había menos pacientes con acontecimientos graves de síntomas que sugieran depleción de volumen en el grupo de dapagliflozina (23 [1,0%]) en comparación con el grupo de placebo (38 [1,6%]). Los resultados fueron similares independientemente de la presencia de diabetes al inicio y la TFGe.inicial

En el estudio DAPA-CKD, el número de pacientes con eventos sugestivos de depleción de volumen fueron 120 (5,6%) en el grupo de dapagliflozina y 84 (3,9%) en el grupo de placebo. Hubieron 16 (0,7%) pacientes con eventos graves de síntomas sugestivos de depleción de volumen en el grupo de dapagliflozina y 15 (0,7%) pacientes en el grupo de placebo.

Cetoacidosis diabética en diabetes mellitus tipo 2

En el estudio DECLARE, con una mediana de tiempo de exposición de 48 meses, se informaron eventos de CAD en 27 pacientes en el grupo de 10 mg de dapagliflozina y 12 pacientes en el grupo de placebo. Los eventos ocurrieron distribuidos uniformemente durante el período de estudio. De los 27 pacientes con eventos de CAD en el grupo de dapagliflozina, 22 recibían tratamiento concomitante con insulina en el momento del evento. Los factores precipitantes para la CAD fueron los esperados en una población con diabetes mellitus tipo 2 (véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*).

En el estudio DAPA-HF, se notificaron eventos de CAD en 3 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el grupo de dapagliflozina y ninguno en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, no se informaron eventos de CAD en ningún paciente del grupo de dapagliflozina y en 2 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el grupo placebo.

Infecciones urinarias

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad las infecciones urinarias fueron más frecuentes en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina que en el grupo placebo (4.7% frente al 3.5%, respectivamente; véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*). La mayoría de las infecciones fueron de intensidad leve a moderada y los pacientes respondieron a un ciclo inicial de tratamiento convencional y sólo en raras ocasiones provocaron la suspensión del tratamiento con dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en las mujeres y la probabilidad de una infección recurrente fue mayor en los pacientes que tenían antecedentes de estas infecciones.

En el estudio DECLARE, los eventos graves de infecciones del tracto urinario se informaron con menor frecuencia de dapagliflozina 10 mg en comparación con placebo, 79 eventos (0,9%) versus 109 eventos (1,3%), respectivamente.

En el estudio DAPA-HF, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fueron 14 (0,6%) en el grupo de dapagliflozina y 17 (0,7%) en el grupo de placebo. Hubieron 5 (0,2%) pacientes con eventos adversos que condujeron a interrupciones debido a infecciones del tracto urinario en cada uno de los grupos de dapagliflozina y placebo. En el estudio DELIVER, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fue de 41 (1,3 %) en el grupo de dapagliflozina y 37 (1,2 %) en el grupo de placebo. Hubo 13 (0,4 %) pacientes con eventos adversos que llevaron a discontinuaciones debido a infecciones del tracto urinario en el grupo de dapagliflozina y 9 (0,3 %) en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fueron 29 (1,3%) en el grupo de dapagliflozina y 18 (0,8%) en el grupo de placebo. Hubieron 8 (0,4%) pacientes con eventos adversos que llevaron a interrupciones debido a infecciones del tracto urinario en el grupo de dapagliflozina y 3 (0,1%) en el grupo de placebo. El número de pacientes sin diabetes en los cuales se informaron eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario o eventos adversos que condujeron a la interrupción debido a infecciones del tracto urinario fueron similares entre los grupos de tratamiento (6 [0,9%] versus 4 [0,6%] para eventos adversos graves, y 1 [0,1%] versus 0 para los eventos adversos que llevaron a la interrupción, en el grupo de dapagliflozina y placebo, respectivamente).

Aumento de la creatinina

Las reacciones adversas al medicamento relacionadas con el aumento de creatinina fueron agrupadas (disminución del clearance renal de creatinina, insuficiencia renal, incremento de la creatinina sérica, descenso de la tasa de filtración glomerular). En el grupo de seguridad de 13 estudios, esta agrupación de reacciones se notificó en 3.2% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, y en 1.8% del grupo de pacientes tratados con placebo. En pacientes con función renal normal o insuficiencia renal leve (valor inicial de TFGe ≥ 60 ml/min/1,73m²) esta agrupación de reacciones adversas se notificó en 1.3% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, y en 0.8% del grupo de pacientes tratados con placebo, estas reacciones fueron más comunes en pacientes con un valor inicial de TFGe ≥ 30 y < 60 ml/min/1,73m² (18,5% dapagliflozina 10 mg frente a 9.3% con placebo).

Una evaluación adicional de los pacientes que presentaban eventos adversos relacionados con el riñón mostró que la mayoría presentaba cambios en la creatinina sérica de ≤ 0.5 mg/dl desde el valor inicial. Los aumentos en la creatinina fueron generalmente transitorios durante el tratamiento o reversibles después de la interrupción del tratamiento.

En el estudio DECLARE, incluidos pacientes de edad avanzada y pacientes con insuficiencia renal (TFGe inferior a 60 ml/min / 1,73 m²), la TFGe disminuyó con el tiempo en ambos grupos de tratamiento.

Al año, la TFGe promedio fue ligeramente más baja, y a los 4 años, la TFGe promedio fue ligeramente más alta en el grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo placebo.

En el estudio DAPA-HF y DELIVER, la TFGe disminuyó con el tiempo tanto en el grupo de dapagliflozina como en el grupo placebo. En el estudio DAPA-HF, La disminución inicial de la TFGe promedio fue de -4,3 ml / min / 1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y -1,1 ml / min / 1,73 m² en el grupo placebo. A los 20 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue similar entre los grupos de tratamiento: -5,3 ml / min / 1,73 m² para dapagliflozina y -4,5 ml / min / 1,73 m² para placebo. En DELIVER, la disminución de la TFGe media al mes fue de -3,7 ml/min/1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y de -0,4 ml/min/1,73 m² en el grupo de placebo. A los 24 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue similar entre los grupos de tratamiento: -4,2 ml/min/1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y -3,2 ml/min/1,73 m² en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, la TFGe disminuyó con el tiempo tanto en el grupo de dapagliflozina como en el placebo grupo. La disminución inicial (día 14) de la TFGe promedio fue de -4,0 ml / min / 1,73 m² en el grupo dapagliflozina y -0,8 ml / min / 1,73 m² en el grupo placebo. A los 28 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue de -7,4 ml / min / 1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y de -8,6 ml / min / 1,73 m² en el grupo de placebo.

Población pediátrica

El perfil de seguridad de dapagliflozina observado en un estudio clínico con niños de 10 años de edad o más con diabetes mellitus tipo 2 (ver sección Propiedades Farmacodinámicas) fue similar al observado en los estudios en adultos.

Reporte de sospecha de reacciones adversas:

El reporte de la sospecha de reacciones adversas luego de la autorización de un producto medicinal es importante. Esto permite el monitoreo continuo del balance riesgo/beneficio del producto médico. Se les solicita a los profesionales de la salud que reporten cualquier reacción adversa sospechosa.

“Ante cualquier inconveniente con el producto el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:

<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234”

SOBREDOSIS:

Dapagliflozina no mostró ningún indicio de toxicidad en voluntarios sanos, con dosis únicas de hasta 500 mg (50 veces la dosis máxima recomendada en el ser humano). Se detectó la presencia de glucosa en la orina de estos pacientes durante un período que dependió de la dosis administrada (al menos 5 días con la dosis de 500 mg), sin que se notificaran casos de deshidratación, hipotensión o desequilibrio electrolítico, y sin efectos de importancia clínica en el intervalo QTc. La incidencia de hipoglucemia fue similar a la registrada con un placebo.

En los estudios clínicos en los que se administraron dosis de hasta 100 mg una vez al día (10 veces la dosis máxima recomendada en el ser humano) durante 2 semanas a voluntarios sanos y a pacientes con diabetes tipo 2, la incidencia de hipoglucemia fue ligeramente mayor que con el placebo y no dependió de la dosis. Las tasas de eventos adversos de deshidratación o hipotensión fueron similares a las registradas con el placebo, y no hubo variaciones de importancia clínica en función de la dosis en los

parámetros de laboratorio tales como las concentraciones séricas de electrolitos y biomarcadores de la función renal.

En caso de sobredosis, debe administrarse un tratamiento de apoyo adecuado que depende del estado clínico del paciente. No se ha investigado la eliminación de dapagliflozina mediante hemodiálisis.

Ante la eventualidad de una sobredosificación concorra al Hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez": (011) 4962-6666/2247

Hospital Nacional "Profesor Dr. Alejandro Posadas": (011) 4654-6648/4658-7777.

PRESENTACIONES:

Dactilus® 5 mg: blísteres de aluminio con calendario no precortado de 14, 28 y 98 comprimidos recubiertos o en blísteres precortados por unidad de 30 y 90 comprimidos recubiertos.

PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:

Conservar a temperatura ambiente por debajo de 30°C, en su envase original.

MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

Elaborado y acondicionado en: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana 47620, Estados Unidos.

Importado y distribuido en Argentina por: **AstraZeneca S.A.**, Avenida Sargento Cayetano Beliera (RN8) 3025 (B1629), Edificio M1 Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina Tel.: 0800-333-1247. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 58.576. Director Técnico: Juan Martin Sauné – Farmacéutico.

Dactilus® es una marca registrada del grupo de compañías AstraZeneca.

Fecha de última revisión:

Disposición ANMAT N°



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Prospecto prod. DACTILUS (5mg)EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 43 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:06 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:08:06 -03:00

**PROYECTO DE PROSPECTO
(Prospecto para prescribir)**

**Dactilus®
Dapagliflozina 10 mg
Comprimidos recubiertos**

Venta bajo receta

Industria Estadounidense

COMPOSICIÓN:

Cada comprimido recubierto de Dactilus® 10 mg contiene: Dapagliflozina (como dapagliflozina propanodiol monohidrato) 10 mg. Excipientes: Celulosa microcristalina; Lactosa anhidra; Crospovidona; Dióxido de silicio; Estearato de magnesio; Opadry II Amarillo^a.

^a Alcohol polivinílico; Dióxido de titanio; Macrogol 3350; Talco; Óxido de hierro amarillo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA:

Grupo farmacoterapéutico: Fármacos usados en diabetes, Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2).

Código ATC: A10BK01

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Diabetes mellitus tipo 2:

Dactilus® está indicado para mejorar el control glucémico en adultos y niños a partir de los 10 años de edad con diabetes tipo 2, como complemento de la dieta y el ejercicio.

- En Monoterapia Cuando la metformina se considera inadecuada debido a la intolerancia.
- Además de otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Para los resultados del estudio con respecto a la combinación de terapias, efectos sobre el control glucémico y eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas. (Ver las secciones Advertencias y precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y Propiedades farmacológicas contienen más información sobre las diferentes combinaciones).

Insuficiencia cardíaca

Dactilus® está indicado en adultos para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica sintomática.

Enfermedad renal crónica:

Dactilus® está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS:

Propiedades farmacodinámicas

Modo de acción

Dapagliflozina es un inhibidor extremadamente potente (K_i: 0.55 nM), selectivo y reversible del cotransportador 2 de sodio – glucosa (SGLT2).

La inhibición de SGLT2 por dapagliflozina reduce la reabsorción de glucosa del filtrado glomerular en el túbulo renal proximal con una reducción concomitante de la reabsorción de sodio que conduce a excreción de glucosa y diuresis osmótica. Por tanto, dapagliflozina aumenta el suministro de sodio al túbulo distal que se cree que aumenta

la retroalimentación tubuloglomerular y reduce la presión intraglomerular. Esto, combinado con la diuresis osmótica, conduce a una reducción de la sobrecarga de volumen, reducción de la presión arterial y menor precarga y poscarga, lo que puede tener efectos beneficiosos sobre la remodelación cardíaca, función diastólica y preservar la función renal. Los beneficios cardíacos y renales de dapagliflozina van más allá del efecto hipoglucemiante y no se limitan a los pacientes con diabetes, tal como fue demostrado en los estudios DAPA-HF, DELIVER y DAPA-CKD. Otros efectos incluyen un aumento del hematocrito y la reducción del peso corporal.

Dapagliflozina mejora tanto la glucemia en ayunas como la glucemia posprandial reduciendo la reabsorción renal de glucosa y provocando su excreción en la orina. Esta excreción de glucosa (efecto glucosúrico) se observa desde la administración de la primera dosis, continúa durante el intervalo de administración de 24 horas y se mantiene durante todo el período de tratamiento. La cantidad de glucosa eliminada por los riñones a través de este mecanismo depende de la concentración de glucosa en la sangre (glucemia) y de la TFG. Así, en sujetos con glucosa normal y/o baja TFG, la dapagliflozina tiene una baja propensión a causar hipoglucemia. Dapagliflozina no altera la producción endógena normal de glucosa en respuesta a la hipoglucemia ya que la cantidad de glucosa filtrada es pequeña y puede reabsorberse por los transportadores SGLT1 y SGLT2 desbloqueados. El efecto de dapagliflozina es independiente de la secreción y acción de la insulina. En los estudios clínicos de dapagliflozina se ha observado que la función de las células beta evaluada con el modelo de homeostasis (HOMA- células beta) mejora con el tiempo.

El SGLT2 se expresa selectivamente en los riñones. Dapagliflozina no inhibe otros transportadores de glucosa importantes para el transporte de la misma a los tejidos periféricos, y su efecto en el SGLT2 es muy selectivo, siendo más de 1400 veces mayor que su efecto en el SGLT1, que es el principal transportador responsable de la absorción de glucosa en el intestino.

Efectos farmacodinámicos

Después de la administración de dapagliflozina se observaron aumentos de la cantidad de glucosa excretada en la orina tanto en voluntarios sanos como en pacientes con diabetes tipo 2. Los pacientes con diabetes tipo 2 excretaron aproximadamente 70 gramos al día de glucosa en la orina (lo que corresponde a 280 kcal/día) durante el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina por día durante 12 semanas. Se comprobó la excreción sostenida de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con 10 mg por día de dapagliflozina durante un período de hasta 2 años.

Esta excreción urinaria de glucosa inducida por dapagliflozina también provoca diuresis osmótica y aumentos del volumen de orina en pacientes con diabetes tipo 2. En pacientes con diabetes tipo 2 tratados con una dosis de dapagliflozina de 10 mg, tales aumentos del volumen de orina se mantuvieron después de 12 semanas y ascendieron a aproximadamente 375 ml al día. El aumento del volumen de orina se acompañó de un incremento pequeño y transitorio de la natriuresis, sin modificaciones de las concentraciones séricas de sodio.

La excreción urinaria de ácido úrico también aumentó de manera transitoria (entre 3 y 7 días) y se acompañó de una reducción de la concentración sérica de ácido úrico. En la semana 24, las disminuciones de las concentraciones séricas de ácido úrico fluctuaron entre -48.3 y -18.3 micromoles/litro (entre -0.87 mg/dl y -0.33 mg/dl).

Eficacia y seguridad clínica

Diabetes mellitus tipo 2

La mejora del control glucémico y la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal son una parte integral del tratamiento de la diabetes tipo 2.

Para evaluar la eficacia glucémica y la seguridad de **Dactilus**[®], se llevaron a cabo 14 estudios clínicos controlados, randomizados, doble ciego, en los que participaron 7056 pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales 4737 recibieron dapagliflozina. Doce estudios incluyeron un período de tratamiento de 24 semanas, 8 incluyeron extensiones de 24 a 80 semanas (hasta una duración total de 104 semanas), uno tuvo una duración de 28 semanas y uno tuvo una duración de 52 semanas con extensiones a largo plazo de 52 y 104 semanas (duración total del estudio 208 semanas). La duración de la diabetes varió de 1.4 a 16.9 años. El 50 % de los pacientes padecían disfunción renal leve y el 11% disfunción renal moderada. El 51% de los pacientes eran varones, el 84% eran de raza blanca, el 8 % asiáticos, el 4% de raza negra y el 4% de otros grupos raciales. El 81 % de los pacientes tenían un índice de masa corporal (IMC) \geq 27. Adicionalmente, se llevaron a cabo dos estudios controlados con placebo de 12 semanas de duración en pacientes con diabetes tipo 2 no controlada adecuadamente e hipertensión.

Se realizó un estudio de resultados cardiovasculares (DECLARE) con dapagliflozina 10 mg en comparación con placebo en 17,160 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con o sin enfermedad cardiovascular establecida para evaluar el efecto sobre eventos cardiovasculares y renales.

Control glucémico

Monoterapia

Se llevó a cabo un estudio controlado con placebo y doble ciego de 24 semanas de duración (con un período de extensión adicional) para evaluar la seguridad y la eficacia de la monoterapia con **Dactilus**[®] en pacientes con diabetes tipo 2 mal controlada. El tratamiento con dapagliflozina una vez al día produjo reducciones estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) frente al placebo (Tabla 1).

Durante el período de extensión, las reducciones de HbA1c se mantuvieron hasta la semana 102 (variación promedio ajustada frente al valor inicial de -0.61% con 10 mg de dapagliflozina y de -0.17% con el placebo).

Tabla 1. Resultados obtenidos después de 24 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con placebo sobre la monoterapia con dapagliflozina

N ^b	Monoterapia	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
	70	75
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.01	7.79
Variación frente al valor inicial ^c	-0.89	-0.23
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.66 ^d	
(IC del 95%)	(-0.96, -0.36)	
Proporción de pacientes (%) que alcanzaron: HbA1c < 7%		
Tras el ajuste en función del valor inicial	50.8 ^s	31.6
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	94.13	88.77
Variación frente al valor inicial ^c	-3.16	-2.19
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.97	
(IC del 95%)	(-2.20, 0.25)	

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes randomizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el período de tratamiento a corto plazo doble ciego.

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial.

^d $p < 0.0001$ frente al placebo.

[§] No se determinó si la diferencia fue estadísticamente significativa debido al procedimiento secuencial empleado para analizar las variables secundarias.

Tratamiento combinado

En un estudio de no inferioridad de 52 semanas controlado con un fármaco de referencia (con períodos de extensión de 52 y 104 semanas), se comparó la adición de **Dactilus**[®] o de una sulfonilurea (glipizida) al tratamiento con metformina en pacientes con un control glucémico inadecuado ($HbA1c > 6.5\%$ y $\leq 10\%$). Los resultados indicaron que la reducción media de HbA1c entre el inicio del estudio y la semana 52 fue similar con dapagliflozina y con la glipizida, demostrando así la no inferioridad (Tabla 2). En la semana 104, la variación media ajustada desde el valor inicial en la HbA1c fue de -0.32% para dapagliflozina y -0.14% para glipizida. En la semana 208, la variación media ajustada desde el valor inicial en la HbA1c fue de -0.10% para dapagliflozina y 0.20% para glipizida. En las semanas 52, 104 y 208, un porcentaje significativamente menor de pacientes en el grupo tratado con dapagliflozina (3.5%, 4.3% y 5.0%, respectivamente) presentó al menos un episodio de hipoglucemia en comparación con el grupo tratado con glipizida (40.8%, 47.0% y 50.0%, respectivamente). La proporción de pacientes que permanecieron en el estudio en la semana 104 y en la semana 208 fue de 56.2% y 39.7% para el grupo tratado con dapagliflozina y 50.0% y 34,6% para el grupo tratado con glipizida.

Tabla 2. Resultados obtenidos después de 52 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con un fármaco de referencia que comparó la adición de dapagliflozina o de glipizida al tratamiento con metformina

Parámetro	Dapagliflozina + metformina	Glipizida + metformina
N^b	400	401
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	7.69	7.74
Variación frente al valor inicial ^c	-0.52	-0.52
Diferencia con respecto a la asociación de glipizida + metformina ^c (IC del 95%)	0.00 ^d (-0.11, 0.11)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	88.44	87.60
Variación frente al valor inicial ^c	-3.22	1.44
Diferencia con respecto a la asociación de glipizida + metformina ^c (IC del 95%)	-4.65* (-5.14, -4.17)	

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes randomizados y tratados con un valor inicial y al menos 1 valor determinado posteriormente

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial

^d No inferior a la asociación de glipizida + metformina

* $p < 0.0001$

Con respecto al placebo, la adición de dapagliflozina a la metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina resultó en reducciones estadísticamente significativas de la HbA1c a las 24 semanas ($p < 0.0001$; Tablas 3, 4 y 5).

Las reducciones de la HbA1c observadas en la semana 24 se mantuvieron en los estudios de adición en combinación (glimepirida e insulina) con datos de 48 semanas (glimepirida) y datos de hasta 104 semanas (insulina). En la semana 48, en adición a sitagliptina (con o sin metformina), la variación media ajustada con respecto al valor basal para dapagliflozina 10 mg y placebo, fue de -0.30% y 0.38%, respectivamente. En el estudio de adición a metformina, las reducciones en la HbA1c se mantuvieron hasta la semana 102 (la variación media ajustada con respecto al valor basal fue del -0.78% con 10 mg de dapagliflozina y 0.02% con placebo). En la semana 104 para insulina (con o sin medicamentos orales adicionales reductores de glucosa), las reducciones en la HbA1c fueron de -0.71% y -0.06% de la variación media ajustada desde el valor inicial para dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. En las semanas 48 y 104, las dosis de insulina permanecieron estables en comparación con los valores iniciales en pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina con una dosis media de 76 UI/día, en el grupo con placebo hubo un incremento medio de 10.5 UI/día y 18.3 UI/día desde los valores iniciales (un promedio de 84 y 92 UI/día de dosis media) en la semana 48 y 104, respectivamente. La proporción de pacientes que permanecieron en el estudio para la semana 104 fue de 72.4% para el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y 54.8% para el grupo con placebo.

Tabla 3. Resultados de los estudios controlados con placebo de 24 semanas (método LOCF^a) sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con metformina o sitagliptina (con o sin metformina).

	Adición de la dapagliflozina al tratamiento			
	Metformina ¹		Inhibidor DPP-4 (sitagliptina ²) ± Metformina ¹	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^b	135	137	223	224
HbA1c (%)				
Valor inicial (media)	7.92	8.11	7.90	7.97
Variación frente al valor inicial ^c	-0.84	-0.30	-0.45	0.04
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.54*		-0.48*	
(IC del 95%)	(-0.74, -0.34)		(-0.62, -0.34)	
Proporción de pacientes (%) que alcanzaron HbA1c < 7%				
Tras el ajuste en función del valor inicial	40.6**	25.9		
Peso corporal (kg)				
Valor inicial (media)	86.28	87.74	1.02	89.23
Variación frente al valor inicial ^c	-2.86	-0.89	-2.14	-0.26
Diferencia con respecto al placebo ^c	-1.97*		-1.89*	
(IC del 95%)	(-2.63, -1.31)		(-2.37, -1.40)	

¹ Metformina: ≥ 1500 mg/día; ² Sitagliptina 100 mg/día

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en este caso antes del tratamiento de rescate).

^b Todos los pacientes aleatorizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el período de tratamiento a corto plazo doble ciego.

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial.
^{*} p < 0.0001 frente a la asociación de placebo + hipoglucemiante oral
^{**} p < 0.05 frente a la asociación de placebo + hipoglucemiante oral

Tabla 4. Resultados obtenidos después de 24 semanas en un estudio controlado con placebo sobre la asociación de dapagliflozina con sulfonilurea (glimepirida) o metformina y una sulfonilurea

	Adición en combinación			
	Sulfonilurea (glimepirida ¹)		Sulfonilurea + Metformina ²	
	Dapagliflozina 10 mg	Placebo	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^a	151	145	108	108
HbA1c (%)^b				
Valor inicial (media)	8.07	8.15	8.08	8.24
Variación frente al valor inicial ^c	-0.82	-0.13	-0.86	-0.17
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.68*		-0.69*	
(IC del 95%)	(-0.86, -0.51)		(-0.89, -0.49)	
% Pacientes que lograron: HbA1c <7% (LOFC)^d				
Ajustado respecto al valor inicial	31.7*	13.0	31.8*	11.1
Peso corporal (kg)				
Valor inicial (media)	80.56	80.94	88.57	90.07
Variación frente al valor inicial ^c	-2.26	-0.72	-2.65	-0.58
Diferencia con respecto al placebo ^c	-1.54*		-2.07*	
(IC el 95%)	(-2.17, -0.92)		(-2.79, -1.35)	

¹Glimepirida 4 mg/día; ²Metformina (formulaciones de liberación inmediata o prolongada) ≥1500 mg/día más la dosis máxima tolerada, que debe ser al menos la mitad de la dosis máxima tolerada, de una sulfonilurea durante al menos 8 semanas antes del reclutamiento.

^aPacientes aleatorizados y tratados con valor inicial y al menos 1 medida de eficacia post-valor inicial.

^bColumnas 1 y 2, HbA1c analizada usando la LOCF (ver nota d); Columnas 3 y 4, HbA1c analizada usando el LRM (ver nota e)

^cMedidas de mínimos cuadrados ajustadas respecto al valor basal

^dLOCF: Última observación considerada (antes del rescate)

^eLRM: análisis longitudinal de medidas repetidas

*p<0,0001 frente a placebo + hipoglucemiante(s) oral(es)

Tabla 5. Resultados obtenidos después de 24 semanas (método LOCF^a) en un estudio controlado con placebo sobre la asociación de dapagliflozina e insulina (sola o combinada con un hipoglucemiante oral)

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg + insulina ± hipoglucemiante oral ²	Placebo + insulina ± hipoglucemiante oral ²
N^a	194	193
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.58	8.46
Variación frente al valor inicial ^c	-0.90	-0.30
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC del 95%)	-0.60* (-0.74, -0.45)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	94.63	94.21
Variación frente al valor inicial ^c	-1.67	0.02
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC el 95%)	-1.68* (-2.19, -1.18)	
Dosis media diaria de insulina (UI)¹		
Valor inicial (media)	77.96	73.96
variación frente al valor inicial ^c	-1.16	5.08
Diferencia con respecto al placebo ^c (IC del 95%)	-6.23* (-8.84, -3.63)	
Porcentaje de pacientes con una reducción ≥ 10% de la dosis media diaria de insulina (%)	19.7**	11.0

^a LOCF: metodología de la última observación realizada (en o antes de la fecha del primer aumento de la dosis de insulina, cuando era necesario).

^b Todos los pacientes randomizados que tomaron al menos una dosis del medicamento en investigación durante el período de tratamiento a corto plazo doble ciego

^c Media de cuadrados mínimos ajustada en función del valor inicial y del tratamiento con un hipoglucemiante oral

* p < 0.0001 frente a la asociación de placebo + insulina ± hipoglucemiante oral

** p < 0.05 frente a la asociación de placebo + insulina ± hipoglucemiante oral

¹ Sólo se permitió aumentar la dosis de insulina (insulina de acción corta, intermedia y basal) en los pacientes que cumplían los criterios predefinidos aplicables a la glucemia en ayunas.

² Al inicio del estudio, el 50% de los pacientes recibían insulina sola y el 50% tomaban 1 o 2 hipoglucemiantes orales además de insulina; en este último grupo, el 80% tomaban metformina sola, el 12% una asociación de metformina y una sulfonilurea y el resto otros hipoglucemiantes orales.

En combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo.

Un total de 1,236 pacientes sin tratamiento previo con diabetes tipo 2 inadecuadamente controlada (HbA1c ≥ 7,5% y ≤ 12%) participaron en dos estudios controlados activos de 24 semanas de duración para evaluar la eficacia y seguridad de dapagliflozina (5 mg o 10 mg) en combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo versus terapia con los monocomponentes.

El tratamiento con dapagliflozina 10 mg en combinación con metformina (hasta 2000 mg por día) proporcionó mejoras significativas en HbA1c en comparación con los componentes individuales (Tabla 6), y condujo a mayores reducciones en la glucosa

plasmática en ayunas (GPA) (en comparación con los componentes individuales) y el peso corporal (en comparación con la metformina).

Tabla 6: Resultados en la semana 24 (LOCFa) en un estudio activo-controlado de dapagliflozina y terapia de combinación con metformina en pacientes sin tratamiento previo.

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg + metformina	Dapagliflozina 10 mg	Metformina
N^a	211 ^b	219 ^b	208 ^b
HbA1c (%)			
Valor inicial (media)	9.10	9.03	9.03
Variación frente al valor inicial ^c	-1.98	-1.45	-1.44
Diferencia con respecto a dapagliflozina ^c (IC del 95%)	-0.53* (-0.74, -0.32)		
Diferencia con respecto a dapagliflozina ^c (IC del 95 %)	-0.54* (-0.75, -0.33)	-0.01 (-0.22, 0.20)	

^aLOCF: última observación (antes del rescate para pacientes rescatados) llevada adelante.

^bTodos los pacientes asignados al azar que tomaron al menos una dosis de la medicación del estudio doble ciego durante el período doble ciego a corto plazo.

^cMedia cuadrática ajustada por el valor de referencia.

* p-valor <0.0001.

Terapia de combinación con exenatida de liberación prolongada

En un estudio controlado por un comparador activo, doble ciego de 28 semanas, la combinación de dapagliflozina y exenatida de liberación prolongada (un agonista del receptor de GLP 1) se comparó con dapagliflozina sola y exenatida de liberación prolongada sola en pacientes con control glucémico inadecuado en Metformina sola (HbA1c \geq 8% y \leq 12%). Todos los grupos de tratamiento tuvieron una reducción de HbA1c en comparación con la línea de base. El tratamiento de combinación con dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada mostró reducciones superiores en la HbA1c desde el inicio en comparación con dapagliflozina sola y la exenatida de liberación prolongada sola (Tabla 7).

Tabla 7. Resultados de un ensayo de 28 semanas de tratamiento con dapagliflozina y exenatida de liberación prolongada versus dapagliflozina sola y exenatida de liberación prolongada sola, en combinación con metformina (intención de tratar a los pacientes)

Parámetro	Dapagliflozina 10 mg QD + Liberación prolongada exenatida 2 mg QW	Dapagliflozina 10 mg QD + Placebo QW	Liberación prolongada exenatida 2 mg QW + Placebo QD
N^a	228	230	227
HbA1c (%)^b			
Valor inicial (media)	9.29	9.25	9.26
Variación frente al valor inicial ^c	-1.98	-1.39	-1.60
Diferencia con respecto al cambio desde el valor		-0.59*	-0.69*

inicial entre combinación y principio activo solo. (IC del 95%)		(-0.84, -0.34)	(-0.63, -0.49)
% Pacientes que lograron: HbA1c <7%	44.7	19.1	26.9
Peso corporal (kg)			
Valor inicial (media)	92.13	90.87	89.12
Variación frente al valor inicial ^c	-3.55	-2.22	-1.56
Diferencia con respecto al cambio desde el valor inicial combinación y principio activo solo. (IC el 95%)		-1.33* (-2.12, -0.55)	-2.07* (-2.79, -1.35)

QD = una vez al día, QW = una vez a la semana, N = número de pacientes, IC = intervalo de confianza.

^aLas medias de mínimos cuadrados ajustados (Medias LS) y las diferencias del grupo de tratamiento en el cambio con respecto a los valores de referencia en la Semana 28 se modelan utilizando un modelo mixto con medidas repetidas (MMRM) que incluye el tratamiento, la región, el estrato de HbA1c inicial (<9.0% o ≥ 9.0%), semana, e interacción de tratamiento por semana como factores fijos, y valor de referencia como covariable.

* p <0,001, ** p <0,01.

Todos los valores P son valores p ajustados para multiplicidad.

Los análisis excluyen las mediciones después de la terapia de rescate y la interrupción prematura del estudio del producto medicinal.

Glucemia en ayunas

El tratamiento con 10 mg de dapagliflozina, ya sea en monoterapia o combinada con metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina, produjo reducciones estadísticamente significativas de la glucemia en ayunas (de -1.90 a -1.20 mmol/l [de -34.2 a -21.7 mg/dl]) frente al placebo (de -0.33 a 0.21 mmol/l [de -6.0 a 3.3 mg/dl]). Este efecto se observó desde la primera semana de tratamiento y se mantuvo en los estudios que abarcaron períodos de hasta 104 semanas.

La terapia de combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada dio como resultado reducciones significativamente mayores en GPA en la Semana 28: -3.66 mmol / lL (-65.8 mg / dlL), en comparación con -2.73 mmol / lL (-49.2 mg / dlL) para dapagliflozina sola (p <0,001) y -2,54 mmol / lL (-45,8 mg / dlL) para exenatida sola (p <0,001).

En un estudio dedicado en pacientes diabéticos con una TFGe ≥ 45 y <60 ml / min / 1.73 m², el tratamiento con dapagliflozina demostró reducciones en GPA en la Semana 24: -1.19 mmol / L (-21.46 mg / dlL) en comparación con -0.27 mmol / L (-4.87 mg / dlL) para el placebo (p = 0.001).

Glucosa posprandial

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con glimepirida produjo, después de 24 semanas, reducciones estadísticamente significativas de la glucosa posprandial medida 2 horas después de comer, que se mantuvieron hasta la semana 48.

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con sitagliptina (con o sin metformina) produjo, después de 24 semanas, reducciones en la glucosa prostprandial medida 2 horas después de comer, que se mantuvieron hasta la semana 48.

La terapia de combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada dio lugar a reducciones significativamente mayores en la glucosa posprandial de 2 horas en la Semana 28 en comparación con cualquiera de los agentes solo.

Peso corporal

La adición de 10 mg de dapagliflozina al tratamiento con metformina, glimepirida, metformina y una sulfonilurea, sitagliptina (con o sin metformina) o insulina produjo reducciones estadísticamente significativas del peso corporal después de 24 semanas ($p < 0.0001$, Tablas 3 y 4). Estos efectos se mantuvieron en estudios a largo plazo. A las 48 semanas, la diferencia para dapagliflozina en adición a sitagliptina (con o sin metformina) en comparación con placebo fue de -2.22 kg. A las 102 semanas, la diferencia para dapagliflozina en adición a metformina en comparación con placebo o en adición a insulina en comparación con placebo fue de -2.14 y -2.88 kg, respectivamente.

Como tratamiento de adición a metformina, en un estudio de no inferioridad con control activo, dapagliflozina tuvo como resultado una reducción estadísticamente significativa del peso corporal en comparación con glipizida de -4.65 kg a las 52 semanas ($p < 0.0001$, tabla 2) que se mantuvo a las 104 y 208 semanas (-5.06 kg y -4.38 kg, respectivamente). La combinación de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada demostró reducciones de peso significativamente mayores en comparación con cualquiera de los agentes solos (Tabla 7).

Un estudio de 24 semanas, que se llevó a cabo en 182 pacientes diabéticos y que utilizó la técnica de absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) para evaluar la composición corporal, reveló que con el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina + metformina vs placebo + metformina las reducciones del peso corporal, eran a expensas de tejido adiposo en comparación con el tejido magro y pérdida de fluidos.

En un subestudio que utilizó imágenes de resonancia magnética, el tratamiento con la asociación de **Dactilus**[®] y metformina produjo una disminución del tejido adiposo visceral frente al tratamiento con placebo + metformina.

Presión arterial

En un meta-análisis predefinido de 13 estudios clínicos controlados con placebo, el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina a las 24 semanas produjo variaciones frente a los valores iniciales de -3.7 mmHg en la presión arterial sistólica y de -1.8 mmHg en la presión arterial diastólica, frente a variaciones respectivas de -0.5 mmHg y -0.5 mmHg en el grupo placebo. Se observaron reducciones similares hasta la semana 104.

La terapia combinada de dapagliflozina 10 mg y exenatida de liberación prolongada produjo una reducción significativamente mayor en la presión arterial sistólica en la Semana 28 (-4.3 mmHg) en comparación con dapagliflozina sola (-1.8 mmHg, $p < 0.05$) y exenatida de liberación prolongada sola (-1.2 mmHg, $p < 0.01$).

En dos estudios controlados con placebo de 12 semanas de duración, un total de 1062 pacientes con diabetes tipo 2 no controlada adecuadamente e hipertensión (a pesar de un tratamiento estable pre-existente con un IECA o un BRA en un estudio y un IECA o un BRA sumado a un tratamiento antihipertensivo adicional en otro estudio) fueron tratados con dapagliflozina 10 mg o placebo. En la semana 12 para ambos estudios, dapagliflozina 10 mg más el tratamiento antidiabético habitual, proporcionó una mejora en la HbA1c y disminuyó la presión arterial sistólica corregida con placebo en promedio de 3.1 y 4.3 mmHg, respectivamente.

En un estudio dedicado en pacientes diabéticos con una TFGe ≥ 45 a < 60 ml / min / 1.73 m², el tratamiento con dapagliflozina demostró reducciones en la presión arterial sistólica en la semana 24: -4.8 mmHg en comparación con -1.7 mmHg para el placebo ($p < 0.05$).

Control glucémico en pacientes con insuficiencia renal moderada ERC 3A (TFGe ≥ 45 - < 60 ml/min/1.73 m²)

La eficacia de dapagliflozina fue evaluada en un estudio dedicado en pacientes con diabetes con TFGe ≥ 45 a <60 ml / min / 1.73 m² quienes tenían un inadecuado control glucémico con el cuidado habitual. El tratamiento con dapagliflozina resultó en reducciones de la HbA1c y peso corporal comparado con placebo (tabla 8).

Tabla 8. Resultados en la semana 24 de un estudio controlado con placebo de dapagliflozina en pacientes diabéticos con un TFGe ≥ 45 a <60 ml / min / 1.73 m²

	Dapagliflozina 10 mg	Placebo
N^p	159	161
HbA1c (%)		
Valor inicial (media)	8.35	8.03
Variación frente al valor inicial ^b	-0.37	-0.03
Diferencia con respecto al placebo ^c	-0.34*	
(IC del 95%)	(-0.53, -0.15)	
Peso corporal (kg)		
Valor inicial (media)	92.51	88.30
Variación frente al valor inicial ^c	-3.42	-2.02
Diferencia con respecto al placebo ^c	-1.43*	
(IC el 95%)	(-2.15, -0.69)	

^a La metformina o el clorhidrato de metformina formaban parte de la atención habitual en el 69,4% y el 64,0% de los pacientes con los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente.

^bMedia de mínimos cuadrados ajustada por el valor de referencia

^cDerivado de la media de mínimos cuadrados ajustada por el valor de referencia* p <0,001

Pacientes con un valor inicial de HbA1c $\geq 9\%$

En un análisis predefinido de los pacientes con un valor inicial de HbA1c $\geq 9.0\%$, el tratamiento con 10 mg de dapagliflozina produjo reducciones estadísticamente significativas de HbA1c a las 24 semanas, tanto en monoterapia (variación media ajustada frente al valor inicial: -2.04% y 0.19% en los grupos tratados con 10 mg de dapagliflozina y con un placebo, respectivamente) como en combinación con la metformina (variación media ajustada frente al valor inicial: -1.32% y -0.53% en el grupo de dapagliflozina y el grupo placebo, respectivamente).

Resultados cardiovasculares y renales

El efecto de dapagliflozina en los eventos cardiovasculares (DECLARE) fue un estudio clínico internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con el placebo en los resultados cardiovasculares y renales cuando se agrega al tratamiento de base actual. Todos los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2 y al menos dos factores de riesgo cardiovascular adicionales (edad ≥ 55 años en hombres o ≥ 60 años en mujeres y uno o más de dislipidemia, hipertensión o consumo actual de tabaco) sin haber tenido un evento cardiovascular al inicio del estudio (prevención primaria) o enfermedad cardiovascular establecida (prevención secundaria).

De 17.160 pacientes asignados al azar, 6.974 (40,6%) tenían enfermedad cardiovascular establecida y 10,186 (59,4%) no tenían enfermedad cardiovascular establecida. 8.582 pacientes fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 8,578 a placebo, y fueron seguidos durante una mediana de 4.2 años.

La edad promedio de la población estudiada fue de 63.9 años, 37.4% eran mujeres. En total, el 22,4% había tenido diabetes durante ≤ 5 años, la duración promedio de la

diabetes fue de 11,9 años. La HbA1c promedio fue del 8,3% y el IMC promedio fue de 32,1 kg / m².

Al inicio del estudio, el 10,0% de los pacientes tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca. La TFGe promedio fue de 85,2 ml / min / 1,73 m², el 7,4% de los pacientes tenía una TFG <60 ml / min / 1,73 m², y el 30,3% de los pacientes tenía micro o macroalbuminuria (albúmina en orina a razón de creatinina [UACR] ≥ 30 a ≤ 300 mg / g o > 300 mg / g, respectivamente).

La mayoría de los pacientes (98%) usaron uno o más medicamentos para la diabetes al inicio del estudio, 82% de los pacientes estaban siendo tratados con metformina, 41% con insulina, 43% con una sulfonilurea.

Los puntos finales primarios fueron el tiempo hasta el primer evento del compuesto de muerte cardiovascular, infarto del miocardio, o accidente cerebrovascular isquémico (MACE) y el tiempo hasta el primer evento compuesto de hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular. Los puntos finales secundarios fueron un punto renal compuesto y la mortalidad por cualquier causa.

Eventos cardiovasculares adversos mayores

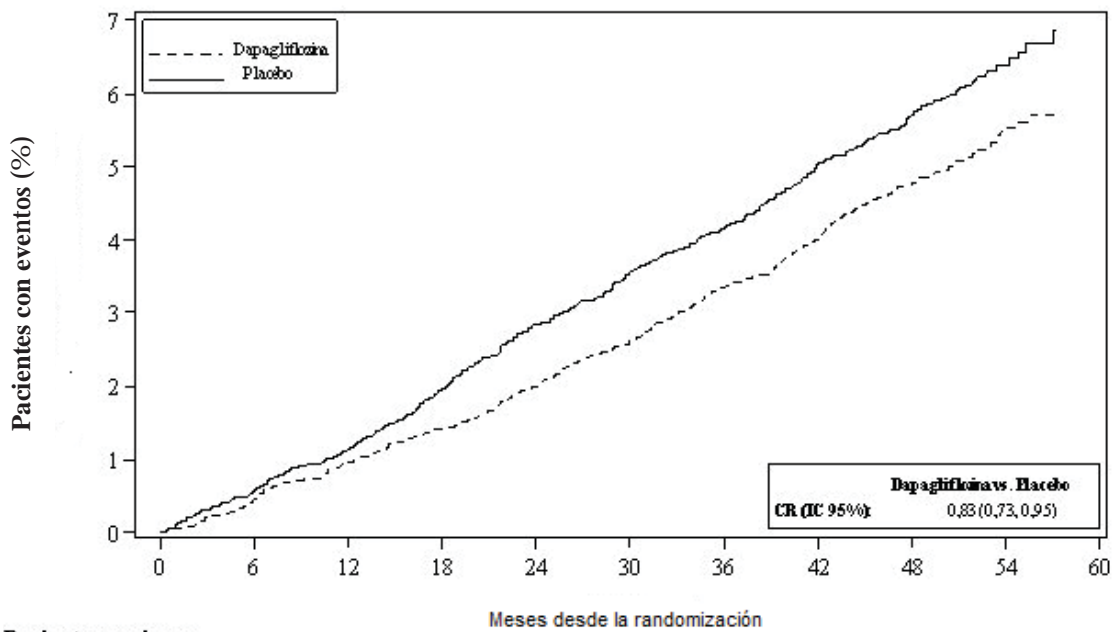
Dapagliflozina 10 mg demostró no inferioridad versus placebo para el compuesto cardiovascular muerte, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular isquémico (unilateral p <0,001).

Insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular

Dapagliflozina 10 mg demostró superioridad frente a placebo en la prevención del compuesto de hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular (Figura 1). La diferencia en el efecto del tratamiento fue impulsado por la hospitalización por insuficiencia cardíaca, sin diferencias en muerte cardiovascular (Figura 2).

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo se observó tanto en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular establecida, con y sin insuficiencia cardíaca al inicio del estudio, y fue consistente a través de subgrupos clave, incluidos edad, sexo, función renal (TFGe) y región.

Figura 1: Tiempo hasta la primera vez que ocurre la hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular

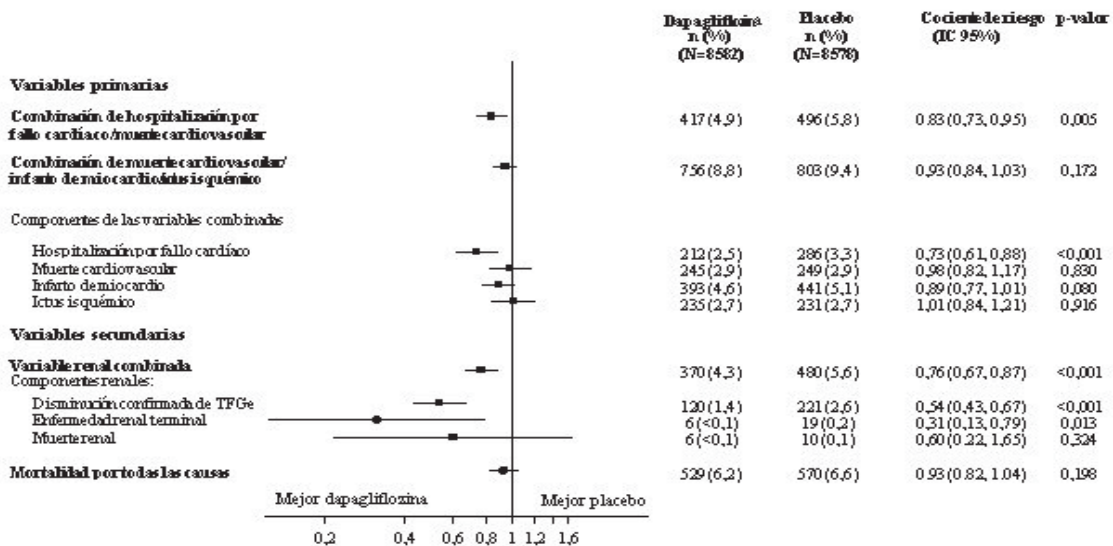


Pacientes en riesgo		Meses desde la randomización									
Dapagliflozina:	8582	8517	8415	8322	8224	8110	7970	7497	5445	1626	
Placebo:	8578	8485	8387	8259	8127	8003	7880	7367	5362	1573	

Los pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.
 HR = Cociente de riesgos CI = Intervalo de confianza.

Los resultados sobre los puntos finales primarios y secundarios se muestran en la Figura 2. La superioridad de dapagliflozina sobre placebo no se demostró para MACE ($p = 0.172$). El punto final compuesto renal y la mortalidad por todas las causas, por lo tanto, no fueron evaluados como parte del procedimiento de prueba confirmatorio.

Figura 2: Efectos de tratamiento para los puntos finales compuestos primarios y sus componentes, y los puntos finales secundarios y sus componentes.



El punto final compuesto renal se define como: disminución confirmada sostenida $\geq 40\%$ en TFGe a TFGe $<60 \text{ mL} / \text{min} / 1.73\text{m}^2$ y / o enfermedad renal en etapa terminal (diálisis ≥ 90 días o trasplante renal, TFGe confirmada sostenida $<15 \text{ mL} / \text{min} / 1.73\text{m}^2$) y / o muerte renal o cardiovascular.

Los valores p son valores p de dos lados para puntos finales primarios y valores p nominales para puntos finales secundarios y todos los componentes individuales. El tiempo hasta el primer evento se analizó en un modelo de riesgos proporcionales de Cox. El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suma al número de eventos en el punto final compuesto.
IC = intervalo de confianza.

Nefropatía

Dapagliflozina redujo la incidencia de eventos del compuesto de disminución confirmada TFGe sostenida, enfermedad renal en etapa terminal, muerte renal o cardiovascular. La diferencia entre los grupos fue impulsada por reducciones en los eventos de los componentes renales; disminución sostenida de la TFGe, enfermedad renal terminal y muerte renal (Figura 2).

El cociente de riesgo (HR) para el tiempo hasta la nefropatía (disminución sostenida de TFGe, enfermedad renal en etapa terminal y muerte renal) fue de 0.53 (IC 95% 0.43, 0.66) para dapagliflozina versus placebo.

Además, dapagliflozina redujo la nueva aparición de albuminuria sostenida (cociente de riesgo de 0,79 [IC 95% 0.72, 0.87]) y condujo a una mayor regresión de macroalbuminuria (cociente de riesgo 1.82 [IC 95% 1.51, 2.20]) en comparación con placebo.

Insuficiencia cardíaca

Estudio DAPA-HF: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVI ≤ 40%)

Dapagliflozina y la prevención de resultados adversos en la insuficiencia cardíaca (DAPA-HF) fue un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes con insuficiencia cardíaca (Nueva York Heart Association [NYHA] clase funcional II-IV) con fracción de eyección reducida (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] ≤ 40%) para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo, cuando se agrega a la terapia de referencia estándar de atención, en la incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

De 4.744 pacientes, 2.373 fueron aleatorizados a dapagliflozina 10 mg y 2.371 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 18 meses. La edad promedio de la población de estudio fue de 66 años, el 77% eran hombres.

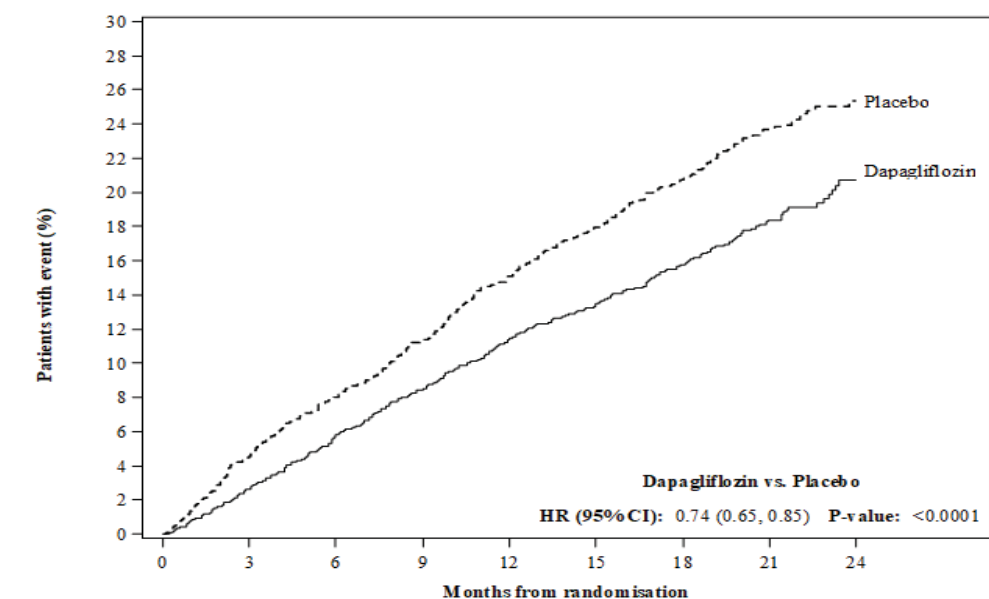
Al inicio del estudio, el 67,5% de los pacientes se clasificaron como clase II de la NYHA, 31,6% clase III y 0,9% clase IV, la mediana de la FEVI fue del 32%, el 56% de las fallas cardíacas fueron isquémicas, el 36% no fueron isquémicas y el 8% eran de etiología desconocida. En cada grupo de tratamiento, el 42% de los pacientes tenían antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, y un 3% adicional de los pacientes en cada grupo fueron clasificados como con diabetes mellitus tipo 2 basado en una HbA1c ≥ 6,5% tanto en el reclutamiento como en la aleatorización. Los pacientes estaban en tratamiento con la terapia estándar de cuidado, el 94% de los pacientes estaban tratados con IECA, BRA o inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI, 11%), 96% con betabloqueantes, 71% con antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM), el 93% con diurético y el 26% tenía un dispositivo implantable.

Se incluyeron en el estudio pacientes con TFGe ≥ 30 ml / min / 1,73 m² en el momento del enrolamiento. La TFGe promedio fue de 66 ml / min / 1,73 m², el 41% de los pacientes tenía una TFGe <60 ml / min / 1,73 m² y el 15% TFGe <45 ml / min / 1,73 m².

Muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca

Dapagliflozina fue superior al placebo en la prevención del criterio de valoración primario compuesto por muerte por enfermedades cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca (HR 0,74 [IC 95% 0,65, 0,85], $p < 0,0001$). El efecto fue observado temprano y se mantuvo a lo largo de la duración del estudio (Figura 3).

Figura 3: Tiempo hasta la primera ocurrencia del compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por visita urgente por insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca



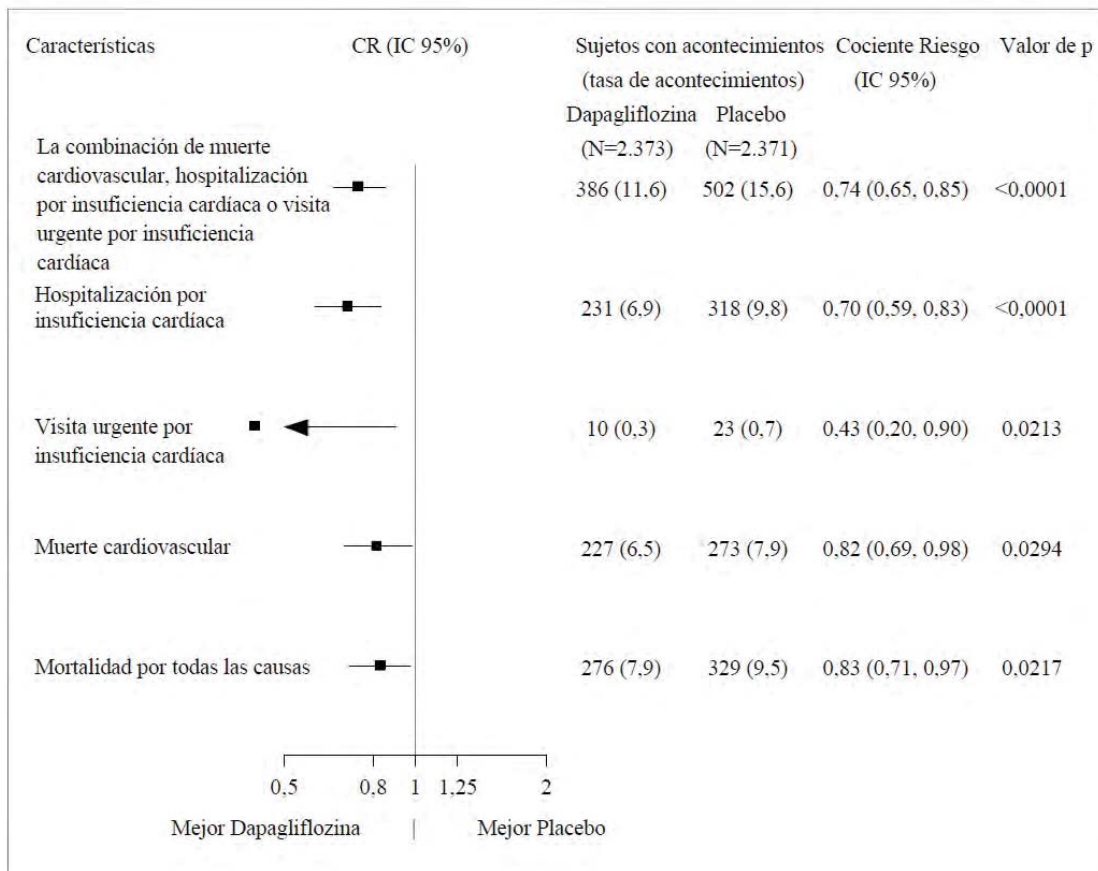
Patients at risk	
Dapagliflozin:	2373 2305 2221 2147 2002 1560 1146 612 210
Placebo:	2371 2258 2163 2075 1917 1478 1096 593 210

Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente y no planificada por un médico, por ej. en una emergencia y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento de diuréticos orales).

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Los tres componentes del compuesto de valoración primario contribuyeron individualmente al tratamiento efecto (Figura 4). Hubo pocas visitas urgentes por insuficiencia cardíaca.

Figura 4: Efectos del tratamiento para el criterio de valoración principal compuesto, sus componentes y todas las causas mortalidad.



Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente y no planificada por un médico, por ej. en una emergencia y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento de diuréticos orales). El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento. Los valores p para componentes individuales y mortalidad por todas las causas son nominales.

Dapagliflozina también redujo el número total de eventos de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (primera y recurrente) y muerte cardiovascular; hubo 567 eventos en el grupo de dapagliflozina versus 742 eventos en el grupo de placebo (cociente de riesgo 0,75 [IC del 95%: 0,65; 0,88]; p = 0,0002).

El beneficio del tratamiento con dapagliflozina se observó en pacientes con insuficiencia cardíaca tanto con diabetes tipo 2 mellitus y sin diabetes mellitus. La dapagliflozina redujo el compuesto de valoración primaria de incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca con un HR de 0,75 (IC del 95%: 0,63; 0,90) en pacientes con diabetes y 0,73 (IC del 95%: 0,60, 0,88) en pacientes sin diabetes.

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo en el criterio de valoración primaria también fue consistente en otros subgrupos clave, incluido, el tratamiento concomitante de la insuficiencia cardíaca, la función renal (TFGe), edad, sexo y región.

Resultado informado por el paciente: síntomas de insuficiencia cardíaca

El efecto del tratamiento con dapagliflozina sobre los síntomas de insuficiencia cardíaca fue evaluado por el Puntaje Total de Síntomas del Cuestionario de miocardiopatía de Kansas City (Total Symptom Score of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ-TSS)), que cuantifica la frecuencia y gravedad de los síntomas de la

insuficiencia cardíaca, que incluyen fatiga, edema periférico, disnea y ortopnea. La puntuación varía de 0 a 100, y las puntuaciones más altas representan un mejor estado de salud.

El tratamiento con dapagliflozina resultó en un beneficio estadística y clínicamente significativo sobre el placebo en los síntomas de insuficiencia cardíaca, medido por el cambio desde el inicio en el mes 8 en el KCCQ-TSS, (Relación de ganancia 1,18 [IC del 95% 1,11, 1,26]; $p < 0,0001$). Tanto la frecuencia de los síntomas como la carga de síntomas contribuyó a los resultados. Se observaron beneficios tanto en la mejora de los síntomas de insuficiencia cardíaca y en la prevención del deterioro de los síntomas de insuficiencia cardíaca.

En los análisis de respondedores, la proporción de pacientes con una mejoría clínicamente significativa en el KCCQ-TSS desde el inicio a los 8 meses, definido como 5 puntos o más, fue mayor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con placebo. La proporción de pacientes con un deterioro, definido como 5 puntos o más, fue menor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con placebo. Los beneficios observados con dapagliflozina se mantuvieron al aplicar límites más conservadores para un cambio clínicamente significativo más grande (Tabla 9).

Tabla 9: Número y porcentaje de pacientes con mejoría clínica significativa y deterioro en el KCCQ-TSS a 8 meses.

Cambio desde el estado inicial a los	Dapagliflozina	Placebo	Ratio de probabilidad ^c (95% IC)	Valor p ^f
	10 mg n ^a =2086	n ^a =2062		
<i>Mejora</i>	n (%) mejora ^b	n (%) mejora ^b		
≥ 5 puntos	933 (44,7)	794 (38,5)	1,14 (1,06; 1,22)	0,0002
≥ 10 puntos	689 (33,0)	579 (28,1)	1,13 (1,05; 1,22)	0,0018
≥ 15 puntos	474 (22,7)	406 (19,7)	1,10 (1,01; 1,19)	0,0300
<i>Deterioro</i>	n (%) deterioro ^d	n (%) deterioro ^d	Ratio de probabilidad ^e (95% IC)	Valor p ^f
≥ 5 puntos	537 (25,7)	693 (33,6)	0,84 (0,78; 0,89)	<0,0001
≥ 10 puntos	395 (18,9)	506 (24,5)	0,85 (0,79; 0,92)	<0,0001

^a Número de pacientes con un KCCQ-TSS observado o que fallecieron antes de los 8 meses.

^b Número de pacientes que tuvieron una mejoría observada de al menos 5, 10 o 15 puntos desde el inicio. Pacientes que fallecieron antes del momento dado se cuentan como no mejoradas. Pacientes con un KCCQ-TSS al inicio del estudio que era demasiado alto para que experimentaron una mejoría se definieron como mejoradas si permanecían allí a los 8 meses.

^c Para mejorar, una razón de posibilidades > 1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

^d Número de pacientes que tuvieron un deterioro observado de al menos 5 o 10 puntos desde el inicio. Pacientes que fallecieron antes

al momento dado se cuentan como deteriorados. Pacientes con un KCCQ-TSS al inicio del estudio que era demasiado bajo para experimentar un deterioro se definieron como deteriorados si permanecían allí a los 8 meses. e Para el deterioro, una razón de posibilidades <1 favorece a dapagliflozina 10 mg. f Los valores p son nominales.

Nefropatía

Hubo pocos eventos del criterio de valoración renal combinado (disminución sostenida confirmada $\geq 50\%$ de la TFGe, enfermedad renal terminal o muerte renal); la incidencia fue del 1,2% en el grupo de dapagliflozina y del 1,6% en el grupo de placebo grupo.

Estudio DELIVER: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 40%

La evaluación de dapagliflozina para mejorar las vidas de los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (DELIVER) fue un estudio internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en pacientes de ≥ 40 años con insuficiencia cardíaca (NYHA clase II-IV) con FEVI > 40 % y evidencia de cardiopatía estructural, para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo sobre la incidencia de muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

De 6263 pacientes, 3131 fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 3132 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 28 meses. El estudio incluyó a 654 (10%) pacientes con insuficiencia cardíaca subaguda (definidos como aleatorizados durante la hospitalización por insuficiencia cardíaca o dentro de los 30 días posteriores al alta). La edad media de la población de estudio fue de 72 años y el 56% eran hombres.

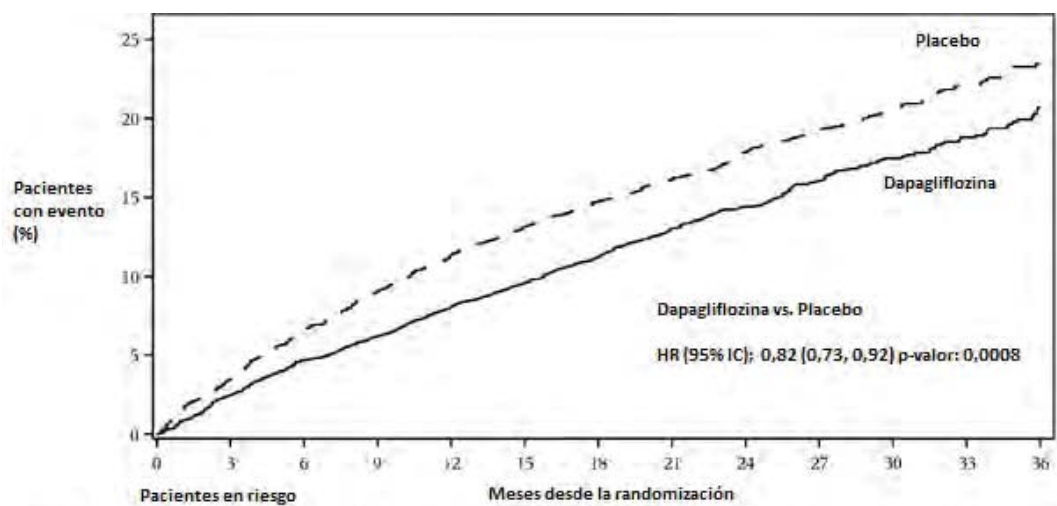
Al inicio del estudio, el 75 % de los pacientes se clasificaron como clase II de la NYHA, el 24 % clase III y el 0,3 % clase IV. La mediana de FEVI fue del 54%, el 34% de los pacientes tenían FEVI $\leq 49\%$, el 36% tenían FEVI 50-59% y el 30% tenían FEVI $\geq 60\%$. En cada grupo de tratamiento, el 45% tenía antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. La terapia inicial incluía ACEi/BRA/ARNI (77 %), betabloqueantes (83 %), diuréticos (98 %) y ARM (43 %).

Se incluyeron en el estudio pacientes con TFGe ≥ 25 ml/min/1,73 m² en el momento de enrolamiento. La TFGe media fue de 61 ml/min/1,73 m², el 49 % de los pacientes tenían TFGe < 60 ml/min/1,73 m², el 23 % tenían TFGe < 45 ml/min/1,73 m² y el 3 % tenían TFGe

Muerte cardiovascular y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca

La dapagliflozina fue superior al placebo en la reducción de la incidencia del criterio principal de valoración compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca (HR 0,82 [IC del 95 %: 0,73; 0,92]; p=0,0008). Las curvas de eventos de dapagliflozina y placebo divergieron pronto y la separación se mantuvo durante todo el estudio (Figura 5).

Figura 5: Tiempo hasta la primera aparición del compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca

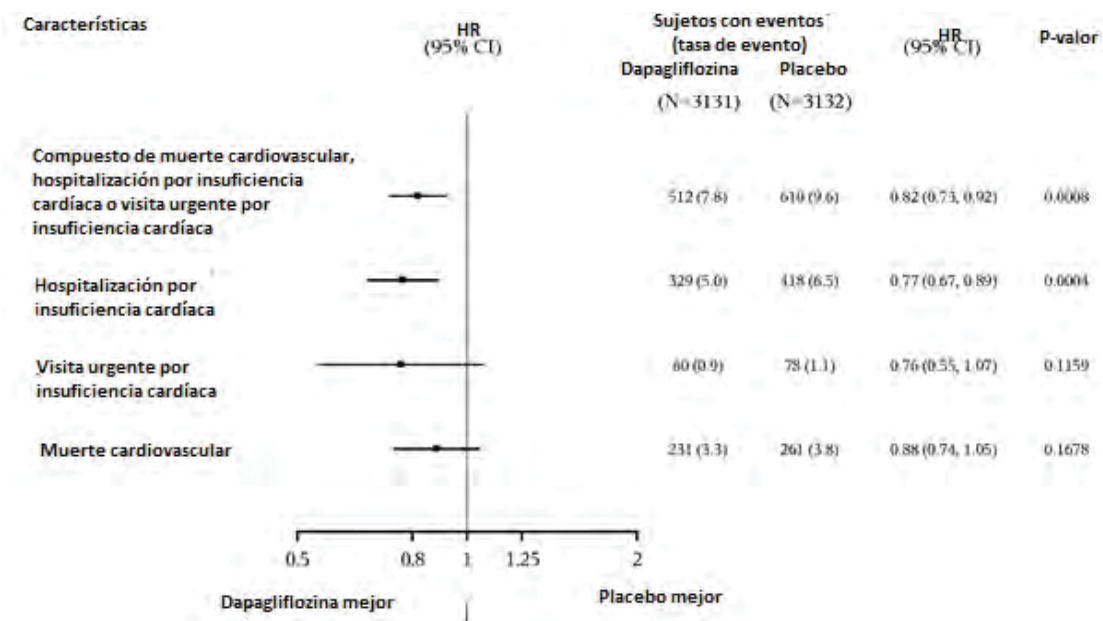


Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente, no planificada, realizada por un médico, p. en un departamento de emergencias y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento en los diuréticos orales).

Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Los tres componentes del criterio principal de valoración compuesto contribuyeron individualmente al efecto del tratamiento (Figura 6).

Figura 6: Efectos del tratamiento para el criterio principal de valoración compuesto y sus componentes



Una visita urgente por insuficiencia cardíaca se definió como una evaluación urgente, no planificada, realizada por un médico, p. en un departamento de emergencias y que requiere tratamiento para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (que no sea solo un aumento en los diuréticos orales).

El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no suma el número de eventos en el criterio de valoración compuesto.

Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por 100 años de seguimiento.

Los valores de p para componentes individuales son nominales. La muerte cardiovascular, que aquí se presenta como un componente del criterio de valoración principal, también se probó bajo el control de error tipo 1 formal como criterio de valoración secundario.

La dapagliflozina fue superior al placebo en la reducción del número total de eventos de insuficiencia cardíaca (hospitalización inicial y recurrente por insuficiencia cardíaca o visitas urgentes por insuficiencia cardíaca) y muerte cardiovascular; hubo 815 eventos en el grupo de dapagliflozina versus 1057 eventos en el grupo de placebo (Cociente de tasas 0,77 [IC del 95 %: 0,67; 0,89]; p = 0,0003).

El beneficio del tratamiento con dapagliflozina sobre el placebo en el criterio principal de valoración se observó en subgrupos de pacientes con FEVI \leq 49 %, 50–59 % y \geq 60 %. Los efectos también fueron consistentes en otros subgrupos clave categorizados por, ej. edad, sexo, clase NYHA, nivel de NT-proBNP, estado subagudo y estado de diabetes mellitus tipo 2.

Resultado informado por el paciente: síntomas de insuficiencia cardíaca

El tratamiento con dapagliflozina dio como resultado un beneficio estadísticamente significativo sobre el placebo en los síntomas de insuficiencia cardíaca, según lo medido por el cambio desde el inicio en el mes 8 en el KCCQ-TSS (ratio de victoria 1,11 [IC del 95 %: 1,03, 1,21]; p = 0,0086). Tanto la frecuencia de los síntomas como la carga de los síntomas contribuyeron a los resultados.

En los análisis de respondedores, el deterioro clínicamente significativo, definido como 5 puntos o más, fue menor para el grupo de tratamiento con dapagliflozina en comparación con el placebo. El beneficio observado con dapagliflozina se mantuvo al aplicar un punto de corte más conservador. La proporción de pacientes con una mejoría clínicamente significativa en el KCCQ-TSS desde el inicio a los 8 meses no difirió entre los grupos de tratamiento (Tabla 10).

Tabla 10. Número y porcentaje de pacientes con deterioro y mejoría clínicamente significativos en el KCCQ-TSS a los 8 meses

Cambio desde el estado inicial a los 8 meses	Dapagli flozina 10 mg	Placebo na=1311		
	na=1316			
Deterioro	n (%) deteriorob	n (%) deterio rob	Ratio de probabilid adc (95% IC)	Valor pf
\geq 5 puntos (deterioro moderado)	264 (24,1)	317 (29,1)	0,78 (0,64; 0,95)	0,012 7
\geq 14 puntos (deterioro grande)	148 (13,5)	201 (18,4)	0,70 (0,55; 0,88)	0,002 6
Mejora	n (%) mejorad	n (%) mejora d	Ratio de probabilid	Valor pf

			ade (95% IC)	
≥ 13 puntos (mejora pequeña a moderada)	531 (48,4)	498 (45,6)	1,13 (0,95; 1,33)	0,160 8
≥ 17 puntos (mejora grande)	486 (44,3)	478 (43,8)	1,06 (0,89; 1,26)	0,513 7

Número de pacientes con un KCCQ-TSS observado o que fallecieron antes de 8 meses. El número incluye pacientes con una evaluación de 8 meses (Visita 5) planificada o realizada antes del 11 de marzo de 2020; cuando se declaró COVID-19 como pandemia por la OMS. Se imputaron los datos para los pacientes con evaluación planificada pero no realizada antes del 11 de marzo de 2020.

^b El número de sujetos que fallecieron antes del período de tiempo establecido o presentan un deterioro observado desde el estado basal igual o que excede el umbral determinado. Los pacientes con KCCQ-TSS en estado basal que fue demasiado bajo para experimentar posiblemente un deterioro fueron definidos como deteriorados si el puntaje a los 8 meses no fue superior al estado basal.

^c Para obtener deterioro, un ratio de probabilidad < 1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

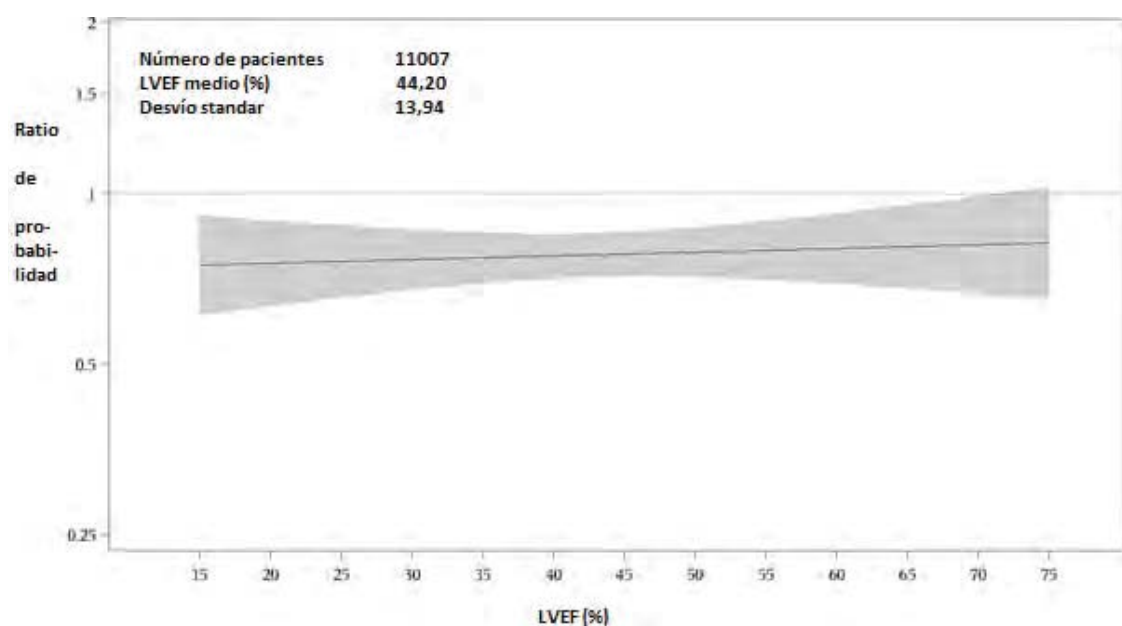
^d Número de pacientes que tuvieron una mejora observada de al menos 13 ó 17 puntos desde el estado basal. Los pacientes que fallecieron antes del periodo de tiempo establecido se cuentan como no mejorados. Los pacientes con KCCQ-TSS en estado basal ~~fue~~ demasiado alta para experimentar posiblemente una mejora fueron definidos como mejorados si el puntaje a los 8 meses no fue inferior que al estado basal.

^e Para obtener mejora un ratio de probabilidad >1 favorece a dapagliflozina 10 mg.

Insuficiencia cardíaca en los estudios DAPA-HF y DELIVER

En un análisis combinado de DAPA-HF y DELIVER, el efecto del tratamiento con dapagliflozina en el criterio de valoración compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca o visita urgente por insuficiencia cardíaca fue consistente en todo el rango de FEVI (Figura 7).

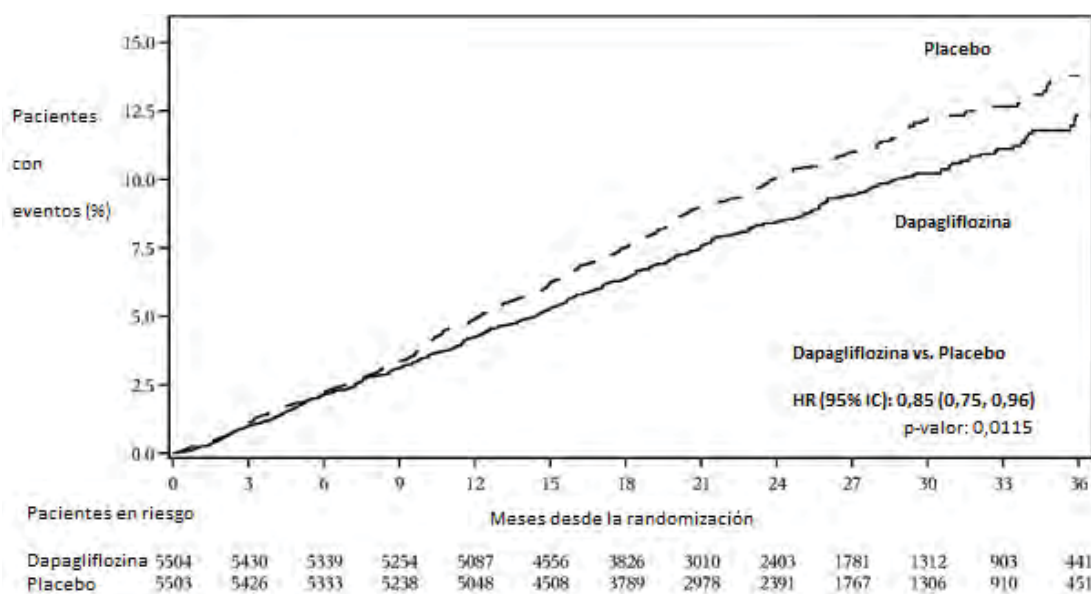
Figura 7: Efecto del tratamiento para el criterio principal de valoración compuesto según la FEVI inicial



Se utilizan las definiciones de los criterios de valoración primarios de cada estudio. En DAPA-HF el punto final primario incluyó muerte con causa de muerte indeterminada. En DELIVER, el criterio principal de valoración no incluía la muerte con causa de muerte indeterminada. Los datos de FEVI entre 15% y 75% se presentan en la figura. En la línea de base; El 0,5 % de los pacientes tenía FEVI < 15 % y el 0,7 % tenía FEVI > 75 %.

En un análisis agrupado a nivel de sujetos preespecificados de los estudios DAPA-HF y DELIVER, la dapagliflozina en comparación con el placebo redujo el riesgo de muerte cardiovascular (HR 0,85 [IC del 95%: 0,75, 0,96], p = 0,0115) (Figura 8). Ambos estudios contribuyeron al efecto.

Figura 8: Tiempo hasta la primera aparición de muerte cardiovascular (análisis agrupado de los estudios DAPA-HF y DELIVER)



Se utilizan las definiciones de muerte CV de cada estudio. En DAPA-HF, la muerte CV incluyó la muerte con causa de muerte indeterminada. En DELIVER, la muerte CV no incluyó la muerte con causa de muerte indeterminada. Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

Enfermedad renal crónica

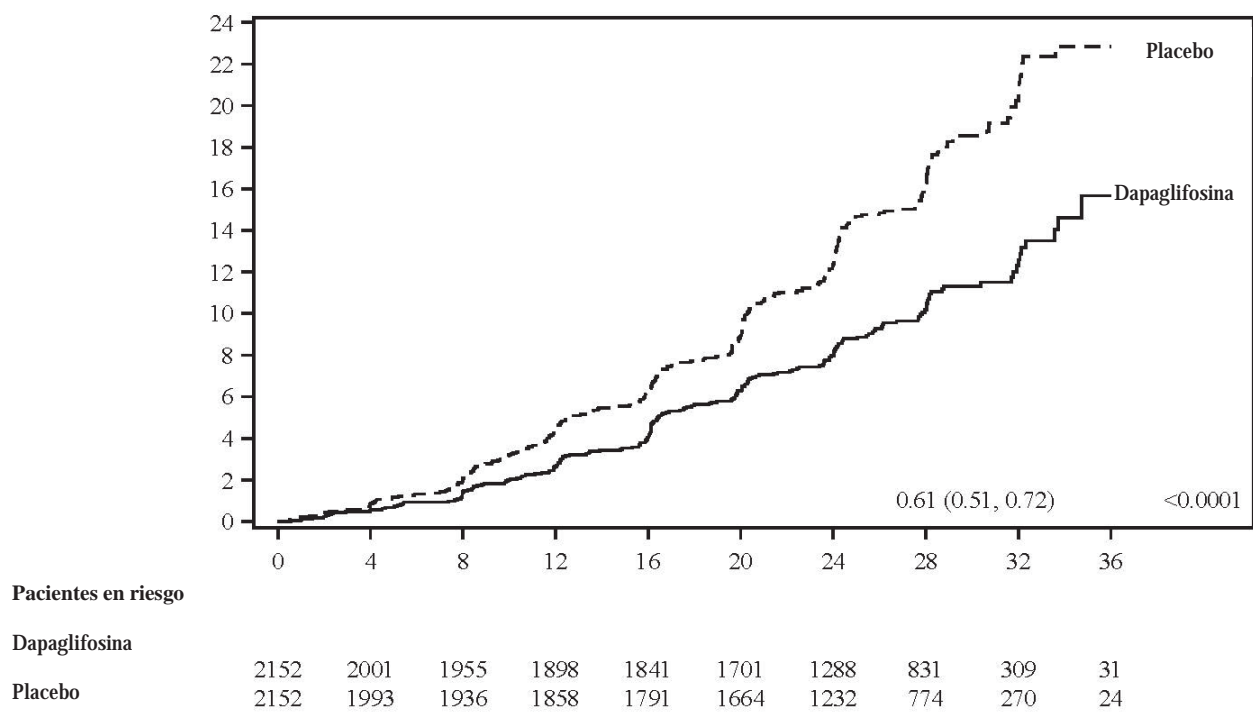
El estudio para evaluar el efecto de dapagliflozina sobre los resultados renales y la mortalidad cardiovascular en los pacientes con enfermedad renal crónica (DAPA-CKD) fue un estudio internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) con TFGe ≥ 25 a ≤ 75 ml / min / $1,73$ m² y albuminuria (RAC ≥ 200 y ≤ 5000 mg / g) para determinar el efecto de dapagliflozina en comparación con placebo, cuando se agrega al tratamiento estándar, en la incidencia del criterio de valoración combinado de $\geq 50\%$ de disminución sostenida de la TFGe, enfermedad renal en etapa terminal (ERT) (definida como TFGe sostenida <15 ml / min / $1,73$ m², tratamiento de diálisis crónica o recibir un trasplante renal), muerte cardiovascular o renal.

De 4.304 pacientes, 2.152 fueron asignados al azar a dapagliflozina 10 mg y 2.152 a placebo y se les dio seguimiento durante una mediana de 28,5 meses. El tratamiento se mantuvo si la TFGe descendía a niveles por debajo de 25 ml / min / 1,73 m² durante el estudio y podría continuarse en los casos en que se requiriera diálisis.

La edad promedio de la población de estudio fue de 61,8 años, el 66,9% eran varones. Al inicio del estudio, la TFGe promedio fue 43,1 ml / min / 1,73 m² y la mediana del RAC fue de 949,3 mg / g, el 44,1% de los pacientes tenía una TFGe de 30 a <45 ml / min / 1,73 m² y el 14,5% tenía TFGe <30 ml / min / 1,73 m². 67,5% de los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes estaban en terapia estándar de atención (SOC); 97,0% de los pacientes fueron tratados con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (BRA).

Dapagliflozina fue superior al placebo en la prevención del criterio de valoración primario compuesto de $\geq 50\%$ disminución sostenida de la TFGe, la llegada a la enfermedad renal en etapa terminal, muerte cardiovascular o renal (HR 0,61 [IC del 95%: 0,51; 0,72]; $p < 0,0001$). El número necesario a tratar por 27 meses fue 19 (IC del 95%: 15, 27). Según el gráfico de Kaplan-Meier, las curvas de eventos de dapagliflozina y placebo comenzaron a separarse tempranamente (4 meses) y continuaron divergiendo durante el período de estudio (Figura 9).

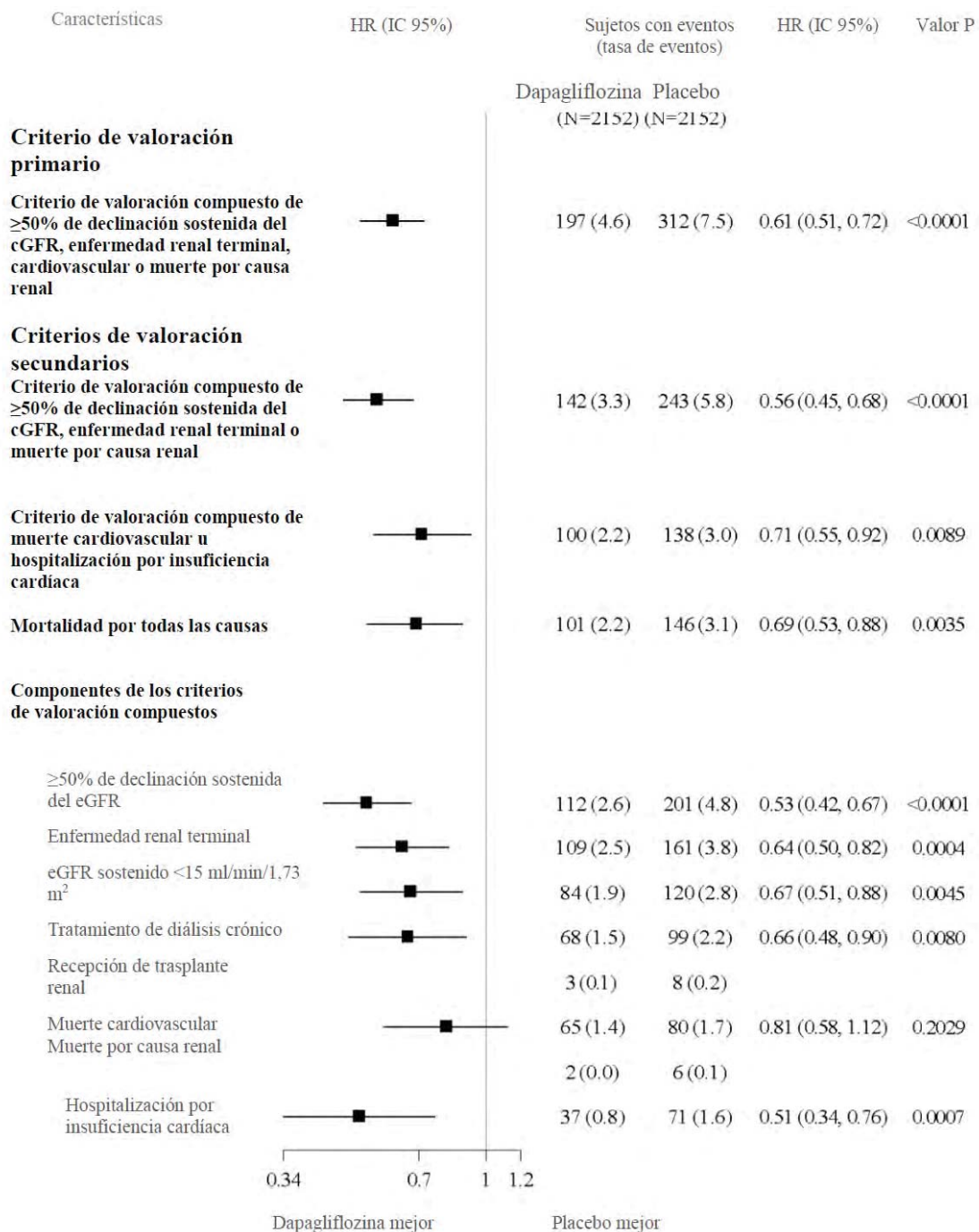
Figura 9: Tiempo hasta la primera aparición del criterio de valoración principal compuesto, disminución sostenida $\geq 50\%$ en TFGe, enfermedad renal terminal, muerte cardiovascular o renal.



Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.
 Los cuatro componentes del criterio de valoración primario compuesto contribuyeron individualmente al efecto del tratamiento. Dapagliflozina también redujo la incidencia del

criterio de valoración combinado de disminución sostenida $\geq 50\%$ en la TFGe, enfermedad renal terminal o muerte renal (HR 0,56 [IC 95% 0,45; 0,68], $p < 0,0001$) y el criterio de valoración combinado de muerte cardiovascular y hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR 0,71 [IC del 95%: 0,55; 0,92], $p = 0,0089$) (Figura 10).

Figura 10: Efectos del tratamiento para los criterios de valoración compuestos primarios y secundarios, su componentes y mortalidad por todas las causas.

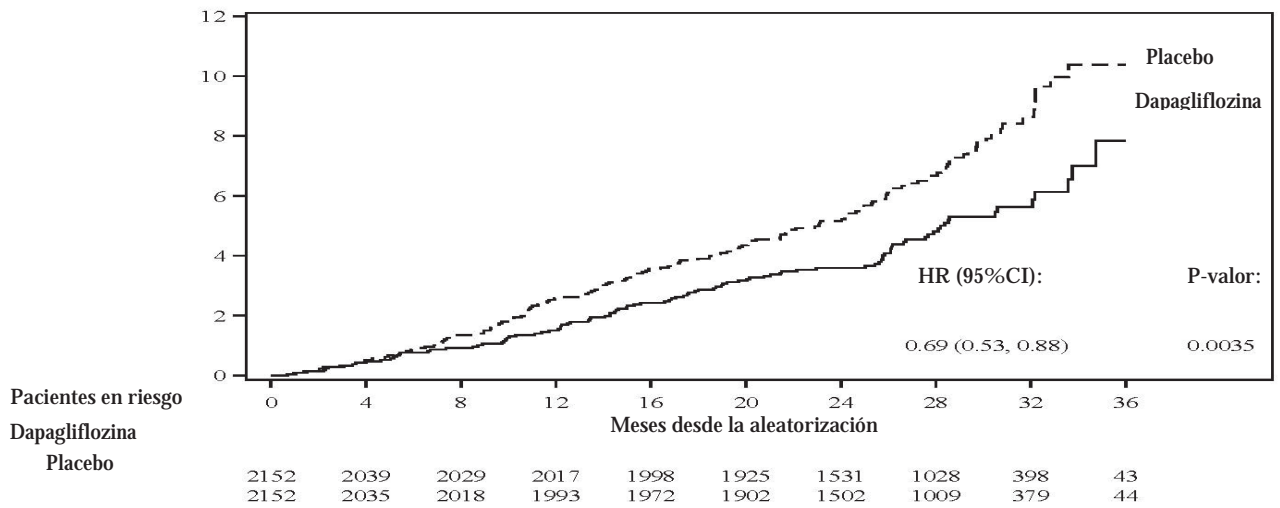


El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento.

Las estimaciones del cociente de riesgos instantáneos no se presentan para los subgrupos con menos de 15 eventos en total, ambos brazos combinados. Los valores p para los componentes de los puntos finales compuestos son nominales.

El tratamiento con dapagliflozina mejoró la supervivencia global en pacientes con enfermedad renal crónica con reducción significativa de la mortalidad por todas las causas (HR 0,69 [IC del 95%: 0,53; 0,88], p = 0,0035) (Figura 11).

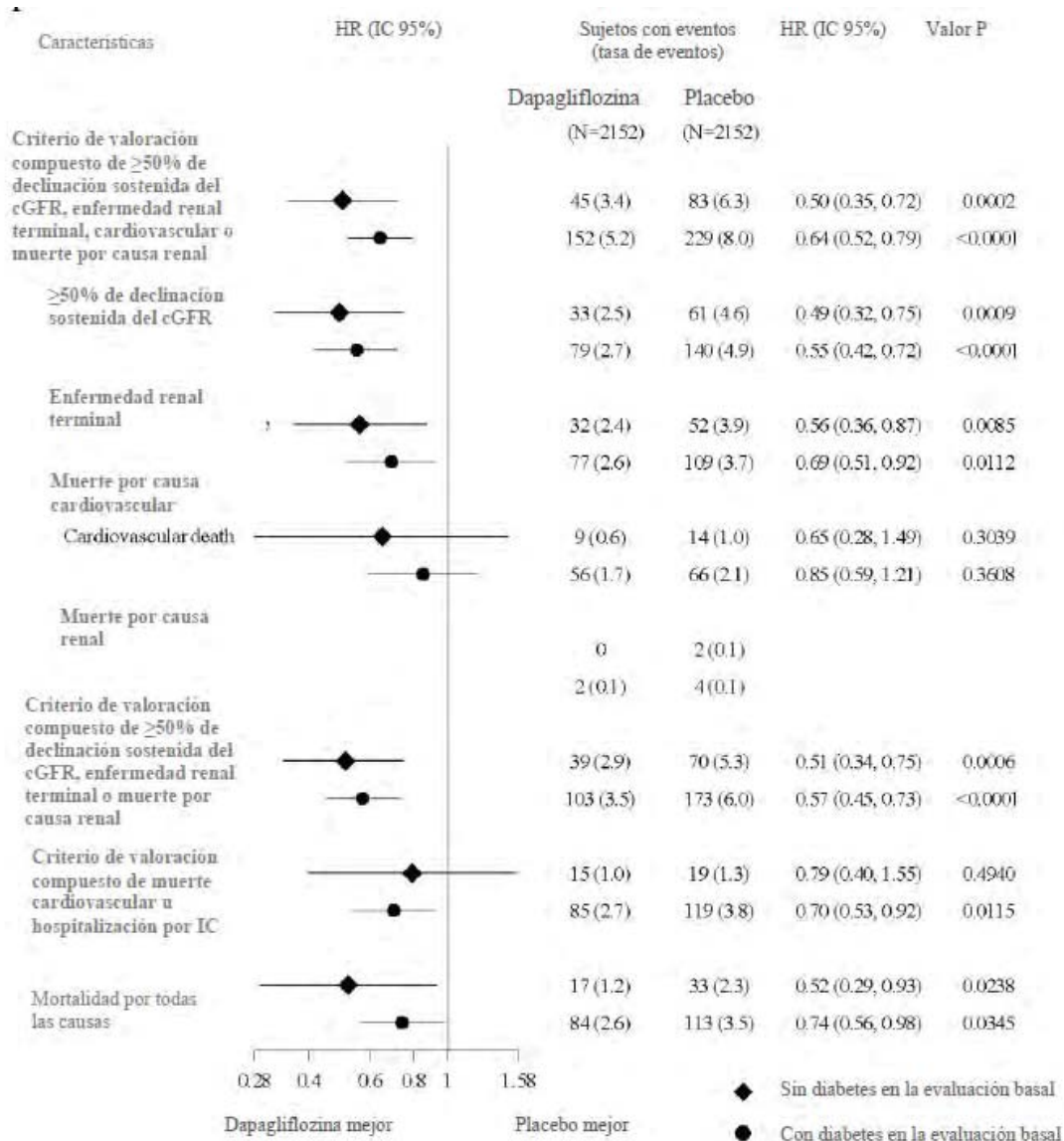
Figura 11: Tiempo hasta la primera aparición de la muerte por cualquier causa



Pacientes en riesgo es el número de pacientes en riesgo al comienzo del período.

El efecto del tratamiento con dapagliflozina fue consistente en pacientes con enfermedad renal crónica con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes mellitus (Figura 12).

Figura 12: Efectos del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y en pacientes sin diabetes.



El número de primeros eventos para los componentes individuales es el número real de primeros eventos para cada componente y no se suman al número de eventos en el punto final compuesto. Las estimaciones del cociente de riesgos instantáneos no se presentan para los subgrupos con menos de 15 eventos en total, ambos brazos combinados. Las tasas de eventos se presentan como el número de sujetos con eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento. Los valores p son nominales.

El beneficio del tratamiento de dapagliflozina sobre placebo en el criterio de valoración primario también fue consistente en otros subgrupos clave, incluidos los niveles de TFGe y RAC, edad, sexo y región.

El tratamiento con dapagliflozina condujo a una mayor reducción de la albuminuria. El efecto se observó tan pronto como a los 14 días y se mantuvo durante todo el estudio. A los 36 meses, el porcentaje promedio ajustado del cambio desde el valor inicial en RAC (mg / g) fue del -41% en pacientes tratados con dapagliflozina y del -20% en pacientes tratados con placebo, con una diferencia entre los grupos de tratamiento del -26,3% ([IC del 95% -36,8, -14,0], p nominal = 0,0001).

La incidencia de duplicación de la creatinina sérica desde la medición de laboratorio más reciente (una evaluación del empeoramiento agudo de la función renal), se redujo en el

grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo placebo (HR 0,68 [IC del 95%: 0,49; 0,94], p nominal = 0,0187).

Hubo menos pacientes con eventos adversos renales en el grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo de placebo, 144 (6,7%) y 169 (7,9%) en los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente.

Población pediátrica

Diabetes mellitus tipo 2

En un estudio clínico en niños y adolescentes de 10-24 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, 39 pacientes fueron randomizados a dapagliflozina 10 mg y 33 a placebo, como tratamiento adicional a metformina, insulina o una combinación de metformina e insulina. En la randomización, el 74% de los pacientes eran <18 años de edad. El cambio medio ajustado en HbA1c para dapagliflozina en relación con placebo desde el valor inicial hasta la semana 24 fue de -0,75% (95% IC -1,65, 0,15). En el grupo de edad <18 años, el cambio medio ajustado en HbA1c para dapagliflozina en relación con placebo fue -0,59% (95% IC -1,66, 0,48). En el grupo de edad ≥18 años, el cambio medio desde el valor inicial en HbA1c fue de -1,52% en el grupo tratado con dapagliflozina (n=9) y 0,17% en el grupo tratado con placebo (n=6). La eficacia y seguridad fueron similares a las observadas en la población adulta tratada con dapagliflozina. La seguridad y tolerabilidad fueron confirmadas también en una extensión de seguridad del estudio de 28 semanas.

Insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido la obligación de presentar los resultados de los estudios con dapagliflozina en todos los subconjuntos de la población pediátrica en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ver sección Posología y Modo de Administración para información sobre el uso en población pediátrica).

Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Después de su administración oral, dapagliflozina mostró una absorción buena y rápida. En general, las concentraciones plasmáticas máximas de dapagliflozina (C_{max}) se alcanzaron en un plazo de 2 horas después de la administración en ayunas. En el estado de equilibrio, las medias geométricas de C_{max} y ABC_t (área bajo la curva de concentraciones plasmáticas en función del tiempo) fueron de 158 ng/ml y 628 ng h/ml, respectivamente, tras la administración de dosis de dapagliflozina de 10 mg una vez al día. La biodisponibilidad oral absoluta de dapagliflozina es del 78% tras la administración de una dosis de 10 mg. La administración de dapagliflozina junto con una comida con un alto contenido de grasas redujo la C_{max} hasta un 50% y prolongó el T_{max} aproximadamente 1 hora, sin modificar el ABC con respecto a la administración en ayunas. Se considera que estos cambios carecen de importancia clínica y que **Dactilus**[®] puede tomarse con o sin alimentos.

Distribución

Dapagliflozina se une aproximadamente un 91% a las proteínas. La unión a las proteínas no se vio afectada por distintos estados patológicos (por ejemplo, disfunción renal o hepática).

El volumen de distribución medio de dapagliflozina fue de 118 litros en el estado de equilibrio.

Biotransformación

Dapagliflozina es objeto de un extenso metabolismo que da lugar básicamente a la formación del metabolito inactivo 3-O-glucurónido de dapagliflozina. Ni el 3-O-glucurónido de dapagliflozina ni otros metabolitos contribuyen a los efectos hipoglucemiantes del medicamento. La formación del 3-O-glucurónido de dapagliflozina es mediada por la enzima UGT1A9 presente en el hígado y los riñones, y el metabolismo mediado por el citocromo P 450 (CYP) representa una vía de eliminación poco importante en el ser humano.

Eliminación

La vida media terminal plasmática ($t_{1/2}$) de dapagliflozina fue de 12.9 horas en promedio tras la administración de una dosis oral única de 10 mg de dapagliflozina a voluntarios sanos. La depuración sistemática total promedio de dapagliflozina administrada por vía intravenosa fue de 207 mL/minuto. Dapagliflozina y sus metabolitos relacionados se eliminan básicamente por excreción urinaria, mientras que menos del 2% se elimina en forma de dapagliflozina intacta. Después de la administración de 50 mg de [14 C]-dapagliflozina, se recuperó el 96% de la dosis: el 75% en la orina y el 21% en las heces. En las heces, alrededor del 15% de la dosis se excretó en forma del fármaco original.

Linealidad

La exposición a dapagliflozina aumentó proporcionalmente a la dosis entre 0.1 y 500 mg, y su farmacocinética no varió en función del tiempo tras la administración diaria durante un período de hasta 24 semanas.

Poblaciones especiales

Disfunción renal

En el estado de equilibrio (20 mg de dapagliflozina una vez al día durante 7 días), los pacientes con diabetes tipo 2 y disfunción renal leve, moderada o grave (determinada por la depuración plasmática de iohexol) presentaron exposiciones sistémicas medias a dapagliflozina un 32%, un 60% y un 87% mayores, respectivamente, que los pacientes con diabetes tipo 2 y una función renal normal. La excreción urinaria de glucosa en 24 horas en el estado de equilibrio dependió en gran medida de la función renal, y los pacientes con diabetes tipo 2 y una función renal normal o con disfunción renal leve, moderada o grave excretaron 85, 52, 18 y 11 gramos de glucosa al día, respectivamente. Se desconocen los efectos de la hemodiálisis en la exposición a dapagliflozina. El efecto de la función renal reducida sobre la exposición sistémica se evaluó en una población farmacocinética modelo. De acuerdo con los resultados anteriores, el modelo predijo que el ABC era mayor en pacientes con enfermedad renal en comparación con pacientes con función renal normal, y no fue significativamente diferente en pacientes con enfermedad renal crónica con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes.

Disfunción hepática

En pacientes con disfunción hepática leve o moderada (clases A y B según la escala de Child-Pugh), los valores medios de C_{max} y ABC de dapagliflozina aumentaron un 12% y un 36%, respectivamente, frente a los de controles sanos equiparados. Se considera que estas diferencias carecen de importancia clínica. En pacientes con disfunción hepática grave (clase C según la escala de Child-Pugh), los valores medios de C_{max} y ABC de dapagliflozina aumentaron un 40% y un 67%, respectivamente, con respecto a los de controles sanos equiparados.

Edad

No se recomienda ajustar la dosis de dapagliflozina a partir de la dosis de 10 mg una vez al día en función de la edad.

El efecto de la edad (jóvenes: ≥ 18 a < 40 años [n=105] y ancianos: ≥ 65 años [n=224]) se evaluó como covariable en un modelo farmacocinético poblacional y se comparó con

pacientes de ≥ 40 a < 65 años utilizando datos de sujetos sanos y estudios de pacientes). Se estimó que la exposición sistémica media (AUC) de dapagliflozina en pacientes jóvenes fue un 10,4 % más baja que en el grupo de referencia (IC del 90 %; 87,9, 92,2 %) y un 25 % más alta en pacientes de edad avanzada en comparación con el grupo de referencia (IC del 90 %; 123, 129%). Se consideró que estas diferencias en la exposición sistémica no eran clínicamente significativas.

Población pediátrica

La farmacocinética y farmacodinámica (glucosuria) en niños con diabetes mellitus tipo 2 con edad 10-17 años fue similar a las observadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Sexo

Se estima que el ABC_{ss} promedio de dapagliflozina en mujeres es aproximadamente un 22% mayor que en varones.

Raza

No existen diferencias de exposición que revistan alguna importancia clínica entre pacientes de raza blanca, de raza negra o asiáticos.

Peso corporal

Se determinó que la exposición a dapagliflozina disminuye en los pacientes con un mayor peso corporal. Por consiguiente, los pacientes de bajo peso pueden mostrar una exposición un poco mayor y los pacientes de mayor peso una pequeña disminución de la exposición. Sin embargo, se considera que estas diferencias de exposición carecen de importancia clínica.

Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos preclínicos obtenidos en estudios convencionales de seguridad farmacológica, toxicidad tras dosis repetidas, genotoxicidad, potencial cancerígeno y fecundidad, no revelan ningún riesgo especial para el ser humano. Dapagliflozina no produjo tumores ni en ratones ni en ratas con ninguna de las dosis examinadas en los estudios de 2 años de duración sobre el poder cancerígeno.

Toxicidad para la reproducción y el desarrollo

La administración directa de dapagliflozina a ratas jóvenes recién destetadas y la exposición indirecta durante la última fase del embarazo (período correspondiente al segundo y tercer trimestre de la gestación con respecto a la maduración renal humana) y la lactancia, se asocian, cada una, con un aumento de la incidencia y/o intensidad de dilataciones pélvicas y tubulares renales en las crías.

En un estudio de toxicidad en ratas jóvenes en el que dapagliflozina se administró directamente desde el día posnatal 21 hasta el día posnatal 90, se observaron dilataciones pélvicas y tubulares renales con todas las dosis; con la dosis más baja examinada, las exposiciones de las crías fueron ≥ 15 veces la dosis máxima recomendada para el ser humano.

Estos hallazgos se acompañaron de aumentos del peso de los riñones y de hipertrofia renal macroscópica, en función de la dosis, con todos los niveles de dosis examinados. Las dilataciones pélvicas y tubulares renales observadas en animales jóvenes no fueron totalmente reversibles durante el período de recuperación de aproximadamente 1 mes. En un estudio separado sobre el desarrollo prenatal y posnatal también se administró dapagliflozina a ratas hembras desde el día 6 hasta el día 21 de la gestación y las crías fueron expuestas indirectamente in utero y a través de la lactancia. (Se llevó a cabo un estudio satélite para evaluar la excreción de dapagliflozina en la leche y la exposición de las crías).

Se observó un aumento de la incidencia o intensidad de dilataciones pélvicas renales en la progenie adulta de las ratas tratadas, aunque sólo con la dosis máxima examinada (las exposiciones asociadas de las madres y de las crías fueron, respectivamente, de 1415 y 137 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada). Los demás efectos tóxicos en el desarrollo se limitaron a reducciones del peso corporal de las crías en función de la dosis, pero solamente con dosis ≥ 15 mg/kg/día (asociadas con exposiciones de las crías ≥ 29 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada).

La toxicidad materna, que se observó únicamente con la máxima dosis examinada, se limitó a reducciones pasajeras del peso corporal y del consumo de alimentos al principio del tratamiento. El grado de exposición (NOAEL) en el que no se observaron efectos tóxicos en el desarrollo, que corresponde a la dosis más baja examinada, se asocia con una exposición sistémica de las madres de aproximadamente 19 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada.

En otros estudios sobre el desarrollo embrionario y fetal en ratas y conejos, dapagliflozina se administró durante los intervalos correspondientes a los períodos de organogénesis más importantes de cada especie. En conejos no se observaron efectos tóxicos ni en las madres ni en el desarrollo con ninguna de las dosis examinadas; la dosis máxima examinada produjo una exposición sistémica de aproximadamente 1191 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada. En ratas, dapagliflozina no tuvo efectos embrioletales ni teratógenos con exposiciones de hasta 1441 veces la exposición correspondiente a la dosis máxima recomendada.

POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

Posología

Diabetes tipo 2:

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Cuando dapagliflozina se coadministra con insulina o con un secretagogo de insulina, por ejemplo una sulfonilurea, puede administrarse una dosis menor de insulina o del secretagogo para reducir el riesgo de hipoglucemia (ver las secciones Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y Reacciones adversas).

Insuficiencia cardíaca:

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Enfermedad renal crónica

La dosis recomendada es de 10 mg de dapagliflozina una vez al día.

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

No se requiere ajuste de dosis en función de la función renal.

No se recomienda iniciar el tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <15 ml/min / 1.73m^2 .

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la eficacia hipoglucemiante de dapagliflozina depende de la función renal y se reduce en pacientes con TFGe <45 ml/min/ 1.73m^2 y es probable que esté ausente en pacientes con insuficiencia renal grave. Por tanto, si la TFGe cae por debajo de 45 ml / min / $1,73$ m², se debe considerar un tratamiento hipoglucemiante adicional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (véanse las secciones Indicaciones Terapéuticas, Reacciones Adversas y Propiedades farmacodinámicas y Propiedades farmacocinéticas).

Disfunción hepática

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con disfunción hepática leve o moderada. En pacientes con disfunción hepática grave se recomienda una dosis inicial de 5 mg. Si el paciente tolera bien esta dosis, puede aumentarse hasta 10 mg cuando se indique (véanse las secciones Indicaciones Terapéuticas, Advertencias y precauciones especiales de uso y Propiedades farmacocinéticas).

Pacientes de edad avanzada (≥ 65 años)

No se recomienda ajustar la dosis en función de la edad de los pacientes.

Población pediátrica

No es necesario ajustar la dosis para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en niños de 10 años de edad o más (ver secciones Propiedades farmacodinámicas y Propiedades farmacocinéticas). No se dispone de datos en niños menores de 10 años de edad.

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de dapagliflozina para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca o para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en niños de <18 años. No hay datos disponibles.

Modo de administración

Dactilus® puede tomarse una vez al día a cualquier hora por vía oral, con alimentos o sin ellos. Los comprimidos deben ingerirse enteros.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

Uso en pacientes con disfunción renal

Existe una experiencia limitada para el inicio de tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <25 ml / min /1.73 m² y no hay experiencia del inicio de tratamiento en pacientes con TFGe <15 ml / min /1.73 m². Por lo tanto, no se recomienda iniciar el tratamiento con dapagliflozina en pacientes con TFGe <15 ml / min /1.73 m² (ver sección Posología y Modo de Administración).

La eficacia hipoglucemiante de dapagliflozina depende de la función renal y se reduce en pacientes con TFGe <45 ml / min /1.73 m² y es probable que esté ausente en pacientes con insuficiencia renal grave (véase secciones Posología y Modo de Administración; Propiedades farmacocinéticas y Propiedades farmacodinámicas).

En pacientes con insuficiencia renal moderada (TFGe <60 ml / min / 1,73 m²), una mayor proporción de los pacientes tratados con dapagliflozina tuvieron reacciones adversas de aumento de la hormona paratiroidea (PTH) e hipotensión, en comparación con placebo.

Uso en pacientes con disfunción hepática

Es escasa la experiencia adquirida en estudios clínicos en pacientes con disfunción hepática. La exposición a dapagliflozina es mayor en los pacientes con disfunción hepática grave (véanse las secciones Posología y forma de administración y Propiedades farmacocinéticas).

Uso en pacientes con riesgo de hipotensión y/o depleción del volumen

Debido a su modo de acción, dapagliflozina aumenta la diuresis, lo que puede conducir a una ligera reducción de la presión arterial observada en estudios clínicos (véase la sección Propiedades farmacodinámicas), puede ser más pronunciada en pacientes con hiperglucemia muy marcada.

Debe tenerse cautela si la reducción de la presión arterial provocada por dapagliflozina podría plantear un riesgo, por ejemplo pacientes tratados con un antihipertensivo con antecedentes de hipotensión o en pacientes de edad avanzada.

En caso de afecciones intercurrentes que puedan provocar una depleción de volumen (p. Ej., Enfermedad gastrointestinal), se recomienda un monitoreo cuidadoso del estado del volumen (p. Ej., Examen físico, mediciones de la presión arterial, pruebas de laboratorio que incluyan hematocrito y electrolitos). Se recomienda la interrupción temporal del tratamiento con dapagliflozina en pacientes que desarrollen depleción de volumen hasta que se corrija (ver sección Reacciones Adversas).

Cetoacidosis diabética

Se han reportado casos raros de cetoacidosis diabética (CAD), incluyendo casos mortales y potencialmente mortales, en pacientes tratados con inhibidores del cotransportador de sodio glucosa 2 (SGLT2), incluida dapagliflozina. En varios casos, la presentación del cuadro clínico fue atípico con ascenso moderado de los niveles de glucosa en sangre, por debajo de 14 mmol/l (250 mg/dl).

El riesgo de cetoacidosis diabética se debe considerar en el caso de síntomas inespecíficos tales como náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal, sed excesiva, dificultad respiratoria, confusión, fatiga o somnolencia inusuales. Si estos síntomas aparecen, se debe evaluar de forma inmediata a los pacientes para valorar si se trata de una cetoacidosis, independientemente de los niveles de glucosa en sangre.

En pacientes en los que se sospeche o diagnostique CAD, se debe interrumpir el tratamiento con dapagliflozina de inmediato.

Se debe de interrumpir el tratamiento en pacientes que están hospitalizados por un procedimiento quirúrgico mayor o enfermedades médicas agudas graves. Se recomienda controlar las cetonas en estos pacientes. Se prefiere la determinación de los niveles de cuerpos cetónicos en sangre a la determinación en orina. El tratamiento con dapagliflozina se puede reanudar cuando los valores de cuerpos cetónicos sean normales y el estado del paciente se haya estabilizado.

Antes de iniciar dapagliflozina, se deben considerar los factores en la historia clínica del paciente que predispongan a la cetoacidosis.

Los pacientes que pueden tener mayor riesgo de CAD incluyen pacientes con una baja reserva funcional de las células beta (por ej., pacientes con diabetes tipo 2 con péptido-C disminuido o diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) o pacientes con antecedentes de pancreatitis), pacientes con cuadros que conducen a una ingesta restringida de alimentos o deshidratación grave, pacientes para los cuales las dosis de insulina estén reducidas y pacientes con requerimientos aumentados de insulina debido a enfermedad médica aguda, cirugía o alcoholismo. Los inhibidores SGLT2 se deben usar con precaución en estos pacientes.

No se recomienda reiniciar el tratamiento con el inhibidor del SGLT2 en pacientes que experimenten CAD durante el tratamiento con un inhibidor del SGLT2, a menos que se identifique otro factor bien definido que lo desencadenara y se haya resuelto.

En los estudios en diabetes mellitus tipo 1 con dapagliflozina, la CAD fue reportada con frecuencia categoría: frecuente. Dapagliflozina no se debe usar para el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1.

Fascitis necrotizante perineal (gangrena de Fournier)

Se han notificado casos posteriores a la comercialización de fascitis necrotizante del perineo (también conocida como gangrena de Fournier) en pacientes de sexo femenino y masculino que tomaban inhibidores de SGL T2. Este es un evento raro pero grave y potencialmente mortal que requiere intervención quirúrgica urgente y tratamiento con antibióticos.

Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica si experimentan una combinación de síntomas de dolor, sensibilidad, eritema o inflamación en el área genital o perineal, con fiebre o malestar. Tenga en cuenta que la infección urogenital o el absceso perineal pueden preceder a la fascitis necrotizante. Si se sospecha gangrena de Fournier, se debe suspender la administración de **Dactilus**[®] y debe instituirse un tratamiento inmediato (incluyendo antibióticos y el desbridamiento quirúrgico).

Infecciones del tracto urinario

La excreción urinaria de glucosa puede asociarse con un aumento del riesgo de infección urinaria; por lo tanto, debe considerarse la posibilidad de interrumpir temporalmente dapagliflozina durante el tratamiento de la pielonefritis o la urosepsis.

Edad avanzada (≥65 años)

Los pacientes de edad avanzada pueden tener un mayor riesgo de depleción de volumen y es más probable que sean tratados con diuréticos.

Es más probable que los pacientes de edad avanzada presenten una función renal alterada, y/o estén en tratamiento con medicamentos antihipertensivos que pueden provocar cambios en la función renal tales como inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas del receptor tipo 1 de la angiotensina II (ARA II). Las mismas recomendaciones para la función renal en pacientes de edad avanzada, se aplican para los demás pacientes (ver secciones Posología y Modo de Administración, Advertencias y Precauciones, Reacciones Adversas y Propiedades Farmacodinámicas).

Insuficiencia cardiaca

La experiencia en estudios clínicos con dapagliflozina en la clase IV de la NYHA es limitada.

Enfermedad renal crónica

No hay experiencia con dapagliflozina para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en pacientes sin diabetes que no tienen albuminuria.

No se ha estudiado dapagliflozina para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en pacientes con enfermedad renal poliquística, glomerulonefritis con brotes (nefritis lúpica o vasculitis asociadas a ANCA), requerimientos actuales o recientes de citotóxicos, inmunosupresores u otra terapia renal inmunomoduladora, o en pacientes que recibieron un trasplante de órgano.

Amputaciones de miembros inferiores

Se ha observado un aumento de casos de amputación de miembros inferiores (principalmente del dedo del pie) en ensayos clínicos en diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo con otro inhibidor SGLT2. Se desconoce si esto constituye un efecto de clase. Es importante aconsejar a los pacientes acerca del cuidado rutinario preventivo de los pies.

Análisis de orina

De acuerdo con el mecanismo de acción de **Dactilus**[®], se detectará la presencia de glucosa en la orina de los pacientes tratados con este medicamento.

Lactosa

Los comprimidos contienen lactosa anhidra. No deben tomar este medicamento los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la lactosa total, deficiencia de lactasa o malabsorción de glucosa-galactosa.

Gluten

Dactilus® no contiene gluten.

INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:

Interacciones farmacodinámicas

Diuréticos

Dapagliflozina podría potenciar el efecto diurético de las tiazidas y de los diuréticos de asa y aumentar el riesgo de deshidratación e hipotensión (véase la sección Advertencias y precauciones especiales de uso).

Insulina y secretagogos de insulina

La insulina y los secretagogos de insulina, como las sulfonilureas, causan hipoglucemia. En consecuencia, en caso de coadministración con dapagliflozina, puede ser necesario reducir la dosis de insulina o del secretagogo de insulina para reducir el riesgo de hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2 (véanse las secciones Posología y forma de administración y Reacciones adversas).

Interacciones farmacocinéticas

El metabolismo de dapagliflozina consiste básicamente en glucuronidación dependiente de la UDP glucuronosiltransferasa 1A9 (UGT1A9).

En estudios in vitro, dapagliflozina no inhibió las siguientes formas del citocromo P450 (CYP): CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4, y no indujo las formas CYP1A2, CYP2B6 o CYP3A4. En consecuencia, se prevé que dapagliflozina no alterará la depuración metabólica de los fármacos coadministrados cuyo metabolismo depende de estas enzimas.

Efectos de otros fármacos en dapagliflozina

Los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis únicas, indican que los siguientes fármacos no alteran la farmacocinética de dapagliflozina: metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, voglibosa, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán y simvastatina.

Tras la coadministración de dapagliflozina con la rifampicina (un inductor de distintos transportadores activos y de enzimas que metabolizan medicamentos) se observó una disminución del 22% de la exposición sistémica a dapagliflozina (ABC), aunque no se observó un efecto de importancia clínica en la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No es necesario ajustar la dosis. No se anticipa ningún efecto de importancia clínica con otros inductores (por ejemplo carbamazepina, fenitoína, fenobarbital).

Tras la coadministración de dapagliflozina con el ácido mefenámico (un inhibidor de UGT1A9) se observó un aumento del 55% de la exposición sistémica a dapagliflozina, aunque no se observó un efecto de importancia clínica en la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No es necesario ajustar la dosis de dapagliflozina.

Efecto de dapagliflozina en otros fármacos

La dapagliflozina puede aumentar la excreción renal de litio y los niveles de litio en sangre pueden disminuir. La concentración sérica de litio debe controlarse con más frecuencia después del inicio de dapagliflozina y los cambios de dosis. Remita al paciente al médico que le recetó litio para controlar la concentración sérica de litio

En los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis únicas, dapagliflozina no alteró la farmacocinética

de los siguientes fármacos: metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán, digoxina (sustrato de la glucoproteína P) y warfarina (S-warfarina, sustrato de la CYP2C9), o el efecto anticoagulante de Warfarina medido por el INR; dapagliflozina tampoco alteró el efecto anticoagulante de la warfarina medido por el índice normalizado internacional [INR]. La coadministración de una dosis única de dapagliflozina de 20 mg y de simvastatina (un sustrato de CYP3A4) elevó un 19% el ABC de la simvastatina y un 31% el ABC del ácido de simvastatina. Se considera que la elevación de las exposiciones a la simvastatina y al ácido de simvastatina carece de importancia clínica.

Interferencia con el ensayo de 1,5-anhidroglucitol (1,5-AG)

No se recomienda controlar el control glucémico con el ensayo 1,5-AG, ya que las mediciones de 1,5-AG no son confiables para evaluar el control glucémico en pacientes que toman inhibidores de SGLT2. Se aconseja el uso de métodos alternativos para controlar el control glucémico.

Población pediátrica

Sólo se han realizado estudios de interacciones en adultos.

Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

Se carece de información sobre el uso de dapagliflozina en mujeres embarazadas. Estudios en ratas revelaron una toxicidad de dapagliflozina en el riñón en desarrollo durante el período correspondiente al segundo y tercer trimestre de la gestación humana (véase la sección *Datos de seguridad preclínica*). Por consiguiente, no se recomienda utilizar dapagliflozina durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Si se detecta un embarazo, debe suspenderse el tratamiento con dapagliflozina.

Lactancia

No se sabe si dapagliflozina y/o sus metabolitos se excretan en la leche materna humana. Los datos toxicológicos y farmacodinámicos en animales han demostrado que dapagliflozina y sus metabolitos sí se excretan en la leche y ejercen efectos farmacológicos en los animales lactantes (véase la sección *Datos de seguridad preclínica*). Como no se puede descartar un riesgo para los recién nacidos o lactantes, las mujeres que amamantan no deben utilizar dapagliflozina.

Fertilidad

No se ha estudiado el efecto de dapagliflozina en la fecundidad de seres humanos. En ratas no se detectó ningún efecto en la fecundidad de machos y hembras, independientemente de la dosis de dapagliflozina administrada.

Efectos en la capacidad para conducir o utilizar máquinas

Dactilus® no afecta, o sólo de manera insignificante, la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se debe alertar a los pacientes sobre el riesgo de hipoglucemia al coadministrar dapagliflozina con una sulfonilurea o con insulina.

REACCIONES ADVERSAS:

Resumen del perfil de seguridad.

Diabetes tipo 2

En estudios clínicos en diabetes tipo 2, más de 15,000 pacientes han sido tratados con dapagliflozina.

La evaluación primaria de seguridad y tolerabilidad se realizó en un análisis agrupado predefinido de 13 estudios clínicos controlados con placebo a corto plazo, (hasta 24

semanas) en 2360 pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina y 2295 fueron tratados con placebo.

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en diabetes mellitus tipo 2 (estudio DECLARE, (véase la sección Propiedades farmacodinámicas), 8.574 pacientes recibieron 10 mg de dapagliflozina y 8.569 recibieron placebo durante un tiempo medio de exposición de 48 meses. En total, hubo 30,623 pacientes-años de exposición a dapagliflozina.

La reacción adversa más frecuente en los estudios clínicos fueron las infecciones genitales.

Insuficiencia cardíaca

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (estudio DAPA-HF), 2.368 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 2.368 pacientes con placebo durante un tiempo medio de exposición de 18 meses. La población de pacientes incluyó pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 s, y pacientes con TFG_e ≥ 30 ml / min / 1,73 m².

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 40 % (DELIVER), 3.126 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 3.127 pacientes con placebo durante una mediana de tiempo de exposición de 27 meses. La población de pacientes incluía pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin diabetes, y pacientes con TFG_e ≥ 25 ml / min / 1,73 m².

El perfil de seguridad global de dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca fue consistente con el conocido perfil de seguridad de dapagliflozina.

Enfermedad renal crónica.

En el estudio de resultados renales de dapagliflozina en pacientes con enfermedad renal crónica (DAPA-CKD), 2.149 pacientes fueron tratados con dapagliflozina 10 mg y 2.149 pacientes con placebo durante una mediana de tiempo de exposición de 27 meses. La población de pacientes incluyó pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2, con TFG_e ≥ 25 y ≤ 75 ml / min / 1,73 m². El tratamiento se mantuvo si la TFG_e descendía a niveles por debajo de 25 ml / min / 1,73 m².

El perfil de seguridad global de dapagliflozina en pacientes con enfermedad renal crónica fue consistente con el perfil de seguridad conocido de dapagliflozina.

Lista de reacciones adversas

Las reacciones adversas descritas a continuación se identificaron durante los estudios clínicos controlados con placebo y post-comercialización. Ninguna mostró alguna relación con la dosis administrada. Las reacciones adversas se clasificaron por clases de trastornos (por órgano y sistema) y las categorías de frecuencia se definieron de la siguiente manera: reacciones muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100, <1/10), poco frecuentes (≥1/1.000, <1/100), raras (≥1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), y de frecuencia desconocida (imposible de calcular a partir de los datos disponibles).

Tabla 10. Reacciones adversas observadas en estudios clínicos controlados con placebo^a y experiencia post comercialización

Clase de trastornos (por	Muy frecuentes	Frecuentes*	Poco frecuentes**	Raras	Muy raras
--------------------------	----------------	-------------	-------------------	-------	-----------

órgano y sistema)					
<i>Infecciones e infestaciones</i>		Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas ^{b,c} Infección urinaria ^{b,d}	Infección por hongos ^{**}		Fascitis necrotizante del perineo (Gangrena de Fournier) ^{b, i}
<i>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</i>	Hipoglucemia (en caso de coadministración con una SU o insulina) ^b		Hipovolemia ^{b,e} Sensación de sed ^{**}	Cetoacidosis diabética (cuando se usa en diabetes mellitus tipo 2) ^{b, i, k}	
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>		Mareos			
<i>Trastornos gastrointestinales</i>			Estreñimiento ^{**} Sequedad de boca ^{**}		
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>		Erupción ^{i,k}			Angioedema
<i>Trastornos osteomusculares y del tejido conjuntivo</i>		Lumbalgia [*]			
<i>Trastornos renales y urinarios</i>		Disuria Poliuria ^{*,f}	Nicturia ^{**}		
<i>Trastornos del sistema reproductor y de las mamas</i>			Prurito vulvovaginal ^{**} Prurito genital ^{**}		
<i>Exploraciones complementarias</i>		Elevación del hematocrito ^g Disminución del aclaramiento renal de creatinina durante el inicio del tratamiento ^b Dislipemia ^h	Elevación de la Creatininemia durante el inicio del tratamiento ^{**b} Elevación de la concentración de urea en sangre ^{**} Disminución de peso ^{**}		

^a La tabla muestra datos que abarcan un período de hasta 24 semanas (corto plazo), independientemente del rescate glucémico.

^b Para más información, véase el apartado correspondiente a continuación.

^c "Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas" incluye, por ejemplo, los siguientes términos preferidos predefinidos: micosis vulvovaginal, infección vaginal, balanitis, micosis genital, candidiasis vulvovaginal, vulvovaginitis, balanitis por *Candida*, candidiasis genital, infección genital, infección genital masculina, infección del pene, vulvitis, vaginitis bacteriana y absceso vulvar.

^d Infección del tracto urinario incluye los siguientes términos preferentes, listados en orden de frecuencia notificada: infección del tracto urinario, cistitis, infección del tracto urinario por

Escherichia, infección del tracto genitourinario, pielonefritis, trigonitis, uretritis, infección renal y prostatitis.

^e "Hipovolemia" incluye, por ejemplo, los siguientes términos preferidos predefinidos: deshidratación, hipovolemia, hipotensión.

^f "Poliuria" incluye los términos preferidos de polaquiuria, poliuria y aumento de la diuresis.

^g La variación media del hematocrito con respecto al valor inicial fue del 2.30% en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y del -0.33% en el grupo placebo. Los valores de hematocrito > 55% fueron notificados en el 1.3% de los pacientes tratados con dapagliflozina 10 mg frente al 0.4% de los pacientes tratados con placebo.

^h La variación media con respecto al valor inicial fue, en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina frente al grupo placebo, respectivamente: colesterol total 2.5% frente a -0.0%; HDL 6.0% frente a 2.7%; LDL 2.9% frente a -1.0%; triglicéridos -2.7% frente a -0.7%.

ⁱ Ver *Advertencias y precauciones*

^j La reacción adversa fue identificada durante la vigilancia post comercialización. Erupción incluye los siguientes términos preferentes, listados en orden de frecuencia en los ensayos clínicos: erupción, erupción generalizada, erupción prurítica, erupción macular, erupción maculo-papular, erupción pustular, erupción vesicular y erupción eritematosa. En ensayos clínicos controlados con activo o con placebo (dapagliflozina, N=5936, Control total, N=3403), la frecuencia de la erupción fue similar en dapagliflozina (1,4%) y en el control total (1,4%), respectivamente.

^k Informado en el estudio de resultados cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2 (DECLARE). La frecuencia se basa en la tasa anual

* Reacciones adversas notificadas en $\geq 2\%$ de los pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, con una frecuencia $\geq 1\%$ mayor que en el grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

** Reacciones adversas notificadas por el investigador como posiblemente relacionadas, probablemente relacionadas o relacionadas con el tratamiento del ensayo y notificadas en $\geq 0.2\%$ de los pacientes, con una frecuencia $\geq 0.1\%$ mayor que en los pacientes del grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

Descripción de algunas reacciones adversas seleccionadas

Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas.

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad, se informaron vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas en el 5,5% y el 0,6% de los pacientes que recibieron dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. La mayoría de las infecciones fueron leves a moderadas, y los pacientes respondieron a un ciclo inicial de tratamiento estándar y rara vez dieron como resultado la interrupción del tratamiento con dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en las mujeres (8,4% y 1,2% para dapagliflozina y el placebo, respectivamente), y los pacientes con antecedentes tenían más probabilidades de tener una infección recurrente.

En el estudio DECLARE, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones genitales fue escaso y equilibrado: 2 pacientes en cada uno de los grupos de dapagliflozina y placebo.

En el estudio DAPA-HF, ningún paciente informó eventos adversos graves de infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y uno en el grupo de placebo. Hubieron 7 (0,3%) pacientes con eventos adversos que llevaron a interrupciones debido a infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguna en el grupo de placebo grupo.

En el estudio DAPA-CKD, hubo 3 (0,1%) pacientes con eventos adversos graves de infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguna en el grupo de placebo. Hubo 3 (0,1%) pacientes con eventos adversos que llevaron a la interrupción debido a infecciones genitales en el grupo de dapagliflozina y ninguno en el grupo de placebo. No se informaron eventos adversos graves de infecciones genitales o eventos adversos que llevaron a la interrupción debido a infecciones genitales en ningún paciente sin diabetes.

Fascitis necrotizante del perineo (gangrenas de Fournier)

Se han notificado casos de gangrena de Fournier después de la comercialización en pacientes que reciben inhibidores de SGLT2, incluyendo dapagliflozina (ver sección 4.4).

En el estudio DECLARE con 17.160 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y un tiempo medio de exposición de 48 meses, un total de 6 casos de gangrena de Fournier fueron informados, uno en el grupo tratado con dapagliflozina y cinco en el grupo placebo.

Hipoglucemia

La frecuencia de hipoglucemia dependió del tipo de tratamiento de base utilizado en los estudios clínicos en diabetes mellitus.

Para estudios de dapagliflozina en monoterapia, de adición a metformina o de adición a sitagliptina (con o sin metformina), la frecuencia de episodios menores de hipoglucemia fue similar entre los distintos grupos de tratamiento (< 5%), incluido el grupo placebo hasta la semana 102 de tratamiento. En todos los estudios, los episodios mayores de hipoglucemia fueron poco frecuentes y se repartieron de manera equitativa entre los grupos de dapagliflozina y el placebo. En los estudios sobre la adición de dapagliflozina a una sulfonilurea o insulina, fue mayor la incidencia de hipoglucemia (véase la sección *Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción*).

En un estudio sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con glimepirida, en las semanas 24 y 48, los episodios menores de hipoglucemia fueron más frecuentes en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina + glimepirida (6.0% y 7.9% respectivamente) que en el grupo que recibió el placebo + glimepirida (2.1% y 2.1% respectivamente).

En un estudio sobre la adición de dapagliflozina al tratamiento con insulina, se notificaron episodios de hipoglucemia grave en 0.5% y 1.0% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina + insulina para la semana 24 y 104, respectivamente, y en 0.5% del grupo de pacientes tratados con placebo + insulina para las semanas 24 y 104. En las semanas 24 y 104, se notificaron episodios de hipoglucemia leve en el 40.3% y 53.1%, respectivamente, del grupo de pacientes que recibió 10 mg de dapagliflozina + insulina, y en el 34.0% y 41.6 %, respectivamente, del grupo que recibió placebo + insulina.

En un estudio de hasta 24 semanas sobre la adición de dapagliflozina a metformina y una sulfonilurea, no se reportaron episodios mayores de hipoglucemia. Se reportaron episodios menores de hipoglucemia en 12.8% de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina + metformina y una sulfonilurea, y en 3.7% de pacientes tratados con placebo + metformina y una sulfonilurea.

En el estudio de resultados cardiovasculares de dapagliflozina (DECLARE), no se observó un aumento del riesgo de hipoglucemia importante con el tratamiento con dapagliflozina en comparación con el placebo. Se notificaron eventos importantes de hipoglucemia en 58 pacientes (0,7%) de los pacientes tratados con dapagliflozina y en 83 (1,0%) de los pacientes tratados con placebo.

En el estudio DAPA-HF, se notificaron episodios importantes de hipoglucemia en 4 (0,2%) pacientes en ambos grupos de tratamiento con dapagliflozina y placebo. En el estudio DELIVER, se informaron eventos mayores de hipoglucemia en 6 (0,2 %) pacientes en el grupo de dapagliflozina y 7 (0,2 %) en el grupo de placebo. Los principales eventos de hipoglucemia fueron sólo observados en pacientes con diabetes tipo 2 mellitus.

En el estudio DAPA-CKD, se notificaron eventos importantes de hipoglucemia en 14 (0,7%) pacientes en el grupo de dapagliflozina y 28 (1,3%) pacientes en el grupo de placebo y observado sólo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Hipovolemia

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad, las reacciones adversas sugestivas de hipovolemia (incluyendo los casos de deshidratación, hipovolemia o hipotensión) fueron del 1.1% en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y del 0.7% en el grupo placebo; menos del 0.2% de los pacientes presentaron reacciones adversas graves, que se repartieron equitativamente entre el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina y el grupo placebo (véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*).

En el estudio DECLARE, el número de pacientes con eventos sugestivos de hipovolemia se equilibró entre los grupos de tratamiento: 213 (2,5%) y 207 (2,4%) en los grupos de dapagliflozina y placebo, respectivamente. Se informaron eventos adversos graves en 81 (0,9%) y 70 (0,8%) en el grupo de dapagliflozina y placebo, respectivamente. En general, los eventos se equilibraron entre los grupos de tratamiento a través de subgrupos de edad, uso de diuréticos, presión arterial y uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA-I) / bloqueadores del receptor de angiotensina II tipo 1 (BRA). En pacientes con TFGe <60 ml / min / 1.73 m² al inicio del estudio, hubo 19 eventos de eventos adversos graves que sugieren una disminución del volumen en el grupo de dapagliflozina y 13 eventos en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-HF, el número de pacientes con eventos sugerentes de depleción de volumen fue 170 (7,2%) en el grupo de dapagliflozina y 153 (6,5%) en el grupo de placebo. Había menos pacientes con acontecimientos graves de síntomas que sugieran depleción de volumen en el grupo de dapagliflozina (23 [1,0%]) en comparación con el grupo de placebo (38 [1,6%]). Los resultados fueron similares independientemente de la presencia de diabetes al inicio y la TFGe. Inicial

En el estudio DAPA-CKD, el número de pacientes con eventos sugestivos de depleción de volumen fueron 120 (5,6%) en el grupo de dapagliflozina y 84 (3,9%) en el grupo de placebo. Hubieron 16 (0,7%) pacientes con eventos graves de síntomas sugestivos de depleción de volumen en el grupo de dapagliflozina y 15 (0,7%) pacientes en el grupo de placebo.

Cetoacidosis diabética en diabetes mellitus tipo 2

En el estudio DECLARE, con una mediana de tiempo de exposición de 48 meses, se informaron eventos de CAD en 27 pacientes en el grupo de 10 mg de dapagliflozina y 12 pacientes en el grupo de placebo. Los eventos ocurrieron distribuidos uniformemente durante el período de estudio. De los 27 pacientes con eventos de CAD en el grupo de dapagliflozina, 22 recibían tratamiento concomitante con insulina en el momento del evento. Los factores precipitantes para la CAD fueron los esperados en una población con diabetes mellitus tipo 2 (véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*).

En el estudio DAPA-HF, se notificaron eventos de CAD en 3 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el grupo de dapagliflozina y ninguno en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, no se informaron eventos de CAD en ningún paciente del grupo de dapagliflozina y en 2 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el grupo placebo.

Infecciones urinarias

En 13 estudios clínicos controlados de eficacia y seguridad las infecciones urinarias fueron más frecuentes en el grupo tratado con 10 mg de dapagliflozina que en el grupo placebo (4.7% frente al 3.5%, respectivamente; véase la sección *Advertencias y precauciones especiales de uso*). La mayoría de las infecciones fueron de intensidad

leve a moderada y los pacientes respondieron a un ciclo inicial de tratamiento convencional y sólo en raras ocasiones provocaron la suspensión del tratamiento con dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en las mujeres y la probabilidad de una infección recurrente fue mayor en los pacientes que tenían antecedentes de estas infecciones.

En el estudio DECLARE, los eventos graves de infecciones del tracto urinario se informaron con menor frecuencia de dapagliflozina 10 mg en comparación con placebo, 79 eventos (0,9%) versus 109 eventos (1,3%), respectivamente.

En el estudio DAPA-HF, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fueron 14 (0,6%) en el grupo de dapagliflozina y 17 (0,7%) en el grupo de placebo. Hubieron 5 (0,2%) pacientes con eventos adversos que condujeron a interrupciones debido a infecciones del tracto urinario en cada uno de los grupos de dapagliflozina y placebo. En el estudio DELIVER, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fue de 41 (1,3 %) en el grupo de dapagliflozina y 37 (1,2 %) en el grupo de placebo. Hubo 13 (0,4 %) pacientes con eventos adversos que llevaron a discontinuaciones debido a infecciones del tracto urinario en el grupo de dapagliflozina y 9 (0,3 %) en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, el número de pacientes con eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario fueron 29 (1,3%) en el grupo de dapagliflozina y 18 (0,8%) en el grupo de placebo. Hubieron 8 (0,4%) pacientes con eventos adversos que llevaron a interrupciones debido a infecciones del tracto urinario en el grupo de dapagliflozina y 3 (0,1%) en el grupo de placebo. El número de pacientes sin diabetes en los cuales se informaron eventos adversos graves de infecciones del tracto urinario o eventos adversos que condujeron a la interrupción debido a infecciones del tracto urinario fueron similares entre los grupos de tratamiento (6 [0,9%] versus 4 [0,6%] para eventos adversos graves, y 1 [0,1%] versus 0 para los eventos adversos que llevaron a la interrupción, en el grupo de dapagliflozina y placebo, respectivamente).

Aumento de la creatinina

Las reacciones adversas al medicamento relacionadas con el aumento de creatinina fueron agrupadas (disminución del clearance renal de creatinina, insuficiencia renal, incremento de la creatinina sérica, descenso de la tasa de filtración glomerular). En el grupo de seguridad de 13 estudios, esta agrupación de reacciones se notificó en 3.2% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, y en 1.8% del grupo de pacientes tratados con placebo. En pacientes con función renal normal o insuficiencia renal leve (valor inicial de TFGe ≥ 60 ml/min/1,73m²) esta agrupación de reacciones adversas se notificó en 1.3% del grupo de pacientes tratados con 10 mg de dapagliflozina, y en 0.8% del grupo de pacientes tratados con placebo, estas reacciones fueron más comunes en pacientes con un valor inicial de TFGe ≥ 30 y < 60 ml/min/1,73m² (18,5% dapagliflozina 10 mg frente a 9.3% con placebo).

Una evaluación adicional de los pacientes que presentaban eventos adversos relacionados con el riñón mostró que la mayoría presentaba cambios en la creatinina sérica de ≤ 0.5 mg/dl desde el valor inicial. Los aumentos en la creatinina fueron generalmente transitorios durante el tratamiento o reversibles después de la interrupción del tratamiento.

En un estudio DECLARE, incluidos pacientes de edad avanzada y pacientes con insuficiencia renal (TFGe inferior a 60 ml/min / 1,73 m²), la TFGe disminuyó con el tiempo en ambos grupos de tratamiento.

Al año, la TFGe promedio fue ligeramente más baja, y a los 4 años, la TFGe promedio fue ligeramente más alta en el grupo de dapagliflozina en comparación con el grupo placebo.

En el estudio DAPA-HF y DELIVER, la TFGe disminuyó con el tiempo tanto en el grupo de dapagliflozina como en el grupo placebo. En el estudio DAPA-HF, La disminución inicial de la TFGe promedio fue de -4,3 ml / min / 1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y -1,1 ml / min / 1,73 m² en el grupo placebo. A los 20 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue similar entre los grupos de tratamiento: -5,3 ml / min / 1,73 m² para dapagliflozina y -4,5 ml / min / 1,73 m² para placebo. En DELIVER, la disminución de la TFGe media al mes fue de -3,7 ml/min/1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y de -0,4 ml/min/1,73 m² en el grupo de placebo. A los 24 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue similar entre los grupos de tratamiento: -4,2 ml/min/1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y -3,2 ml/min/1,73 m² en el grupo de placebo.

En el estudio DAPA-CKD, la TFGe disminuyó con el tiempo tanto en el grupo de dapagliflozina como en el placebo grupo. La disminución inicial (día 14) de la TFGe promedio fue de -4,0 ml / min / 1,73 m² en el grupo dapagliflozina y -0,8 ml / min / 1,73 m² en el grupo placebo. A los 28 meses, el cambio desde el inicio en la TFGe fue de -7,4 ml / min / 1,73 m² en el grupo de dapagliflozina y de -8,6 ml / min / 1,73 m² en el grupo de placebo.

Población pediátrica

El perfil de seguridad de dapagliflozina observado en un estudio clínico con niños de 10 años de edad o más con diabetes mellitus tipo 2 (ver sección Propiedades Farmacodinámicas) fue similar al observado en los estudios en adultos.

Reporte de sospecha de reacciones adversas:

El reporte de la sospecha de reacciones adversas luego de la autorización de un producto medicinal es importante. Esto permite el monitoreo continuo del balance riesgo/beneficio del producto médico. Se les solicita a los profesionales de la salud que reporten cualquier reacción adversa sospechosa.

“Ante cualquier inconveniente con el producto el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:

<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234”

SOBREDOSIS:

Dapagliflozina no mostró ningún indicio de toxicidad en voluntarios sanos, con dosis únicas de hasta 500 mg (50 veces la dosis máxima recomendada en el ser humano). Se detectó la presencia de glucosa en la orina de estos pacientes durante un período que dependió de la dosis administrada (al menos 5 días con la dosis de 500 mg), sin que se notificaran casos de deshidratación, hipotensión o desequilibrio electrolítico, y sin efectos de importancia clínica en el intervalo QTc. La incidencia de hipoglucemia fue similar a la registrada con placebo.

En los estudios clínicos en los que se administraron dosis de hasta 100 mg una vez al día (10 veces la dosis máxima recomendada en el ser humano) durante 2 semanas a voluntarios sanos y a pacientes con diabetes tipo 2, la incidencia de hipoglucemia fue ligeramente mayor que con el placebo y no dependió de la dosis. Las tasas de eventos adversos de deshidratación o hipotensión fueron similares a las registradas con el placebo, y no hubo variaciones de importancia clínica en función de la dosis en los parámetros de laboratorio tales como las concentraciones séricas de electrolitos y biomarcadores de la función renal.

En caso de sobredosis, debe administrarse un tratamiento de apoyo adecuado que depende del estado clínico del paciente. No se ha investigado la eliminación de dapagliflozina mediante hemodiálisis.

Ante la eventualidad de una sobredosificación concorra al Hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez": (011) 4962-6666/2247

Hospital Nacional "Profesor Dr. Alejandro Posadas": (011) 4654-6648/4658-7777.

PRESENTACIONES:

Dactilus® 10 mg: blísteres de aluminio con calendario no precortado de 14, 28 y 98 comprimidos recubiertos o en blísteres precortados por unidad de 30 y 90 comprimidos recubiertos.

PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:

Conservar a temperatura ambiente por debajo de 30°C, en su envase original.

MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

Elaborado y acondicionado en: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana 47620, Estados Unidos.

Importado y distribuido en Argentina por: **AstraZeneca S.A.**, Avenida Sargento Cayetano Beliera (RN8) 3025 (B1629), Edificio M1 Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina Tel.: 0800-333-1247. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 58.576. Director Técnico: Juan Martin Sauné – Farmacéutico.

Dactilus® es una marca registrada del grupo de compañías AstraZeneca.

Fecha de última revisión:

Disposición ANMAT N°



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Prospecto prod. DACTILUS (10mg) EX-2024-13287465- -APN-DGA#ANMAT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 43 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:07:52 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.05.02 23:07:53 -03:00