

PROYECTO DE PROSPECTO

Glifosin **Dapagliflozina 10 mg** **Comprimidos Recubiertos**

Industria Argentina
EXPENDIO BAJO RECETA



FÓRMULA

Cada Comprimido Recubierto contiene: Dapagliflozina (como Dapagliflozina Propanodiol Monohidrato) 10 mg. Excipientes: Lactosa 50 mg; Anhídrido Silícico Coloidal 1,88 mg; Povidona Reticulada 10 mg; Estearato de Magnesio 2,5 mg; Celulosa Microcristalina c.s.p 250 mg; Hipromelosa 3,91 mg; Dióxido de Titanio 1,44 mg; Polietilenglicol 0,78 mg, Óxido Férrico Amarillo 0,12 mg.

Este Medicamento es Libre de Gluten.

ACCIÓN TERAPÉUTICA

Fármaco usado en diabetes, inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2). Código ATC: A10BK01.

INDICACIONES

Diabetes mellitus tipo 2

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

- como monoterapia cuando se considere inadecuado el uso de la metformina debido a intolerancia.

- en adición a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo 2.

Insuficiencia cardíaca

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

Enfermedad renal crónica

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

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES

Acción farmacológica

Dapagliflozina es un inhibidor extremadamente potente (K_i : 0.55 nM), selectivo y reversible de SGLT2.

La inhibición de SGLT2 por Dapagliflozina reduce la reabsorción de glucosa del filtrado glomerular en el túbulo proximal renal con una reducción concomitante de la reabsorción de sodio que conduce a la excreción urinaria de glucosa y a la diuresis osmótica. Por lo tanto, Dapagliflozina aumenta el suministro de sodio al túbulo distal, lo 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, a una reducción de la presión sanguínea y a una disminución de la precarga y la poscarga, que puede tener efectos

beneficiosos en el remodelado cardíaco, función diastólica y en la preservación de la función renal. Otros efectos son el aumento del hematocrito y la reducción del peso corporal. Los beneficios cardíacos de Dapagliflozina no dependen únicamente del efecto reductor de la glucosa en la sangre y no se limitan a los pacientes con diabetes.

La Dapagliflozina mejora los niveles de glucosa plasmática en ayunas y posprandial reduciendo la reabsorción renal de la glucosa, lo que conduce a la excreción de glucosa en orina. Esta excreción de glucosa (efecto glucosúrico) se observa después de la primera dosis, es continua durante el intervalo de administración de 24 horas y se mantiene durante el tratamiento. La cantidad de glucosa eliminada por los riñones mediante este mecanismo depende de la concentración de glucosa en sangre y de la tasa de filtrado glomerular (TFG).

Así, en sujetos con glucosa normal y/o baja TFG, la Dapagliflozina tiene una baja propensión a causar hipoglucemia, ya que la cantidad de glucosa filtrada es pequeña y puede ser reabsorbida por los transportadores SGLT1 y SGLT2 desbloqueados. La Dapagliflozina no altera la producción endógena normal de glucosa en respuesta a la hipoglucemia. La Dapagliflozina actúa con independencia de la secreción de insulina y de la acción de la insulina. Se ha observado una mejoría de la evaluación del modelo de homeostasis para la función de las células beta (HOMA en células beta) en los estudios clínicos con Dapagliflozina.

El SGLT2 se expresa de forma selectiva en los riñones. La Dapagliflozina no inhibe otros transportadores de glucosa importantes para el transporte de glucosa a los tejidos periféricos y es mayor a 1400 veces más selectiva por el SGLT2 frente al SGLT1, el principal transportador intestinal responsable de la absorción de glucosa.

Efectos farmacodinámicos

Se observaron aumentos de la cantidad de glucosa excretada en la orina en sujetos sanos y en sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 después de la administración de Dapagliflozina. Se excretaron aproximadamente 70 g de glucosa en orina al día (equivalente a 280 Kcal/día) con una dosis de Dapagliflozina de 10 mg/día en sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 durante 12 semanas. Se observaron indicios de una excreción de la glucosa sostenida en sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 tratados con Dapagliflozina 10 mg/día hasta 2 años.

Esta excreción urinaria de glucosa con Dapagliflozina también provoca diuresis osmótica y aumenta el volumen de orina en los sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2. Los incrementos del volumen de orina observados en sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 tratados con Dapagliflozina 10 mg se mantuvieron a las 12 semanas y ascendieron a aproximadamente 375 ml/día. El aumento del volumen de orina se asoció a una ligera elevación transitoria de la excreción urinaria de sodio que no se asoció a alteraciones de la concentración sérica de sodio.

La excreción urinaria de ácido úrico también aumentó de forma transitoria (durante 3-7 días) y estuvo acompañada de una reducción mantenida de la concentración sérica de ácido úrico. A las 24 semanas, las reducciones de las concentraciones séricas de ácido úrico fueron de -48,3 a -18,3 micromoles/l (-0,87 a -0,33 mg/dl).

Farmacocinética

Absorción

La Dapagliflozina se absorbió bien y con rapidez tras su administración oral. Las concentraciones plasmáticas máximas (C_{máx}) de Dapagliflozina, se alcanzaron normalmente en las 2 horas siguientes a la administración en ayunas. La media geométrica en estado estacionario de los valores de la C_{máx} y el Área Bajo la Curva (ABC) de Dapagliflozina tras la administración de dosis de 10 mg de Dapagliflozina una vez al día, fueron de 158 ng/ml y 628 ng h/ml, respectivamente. La biodisponibilidad oral absoluta de Dapagliflozina tras la administración de una dosis de 10 mg es del 78%. La administración con una comida rica en grasas redujo la C_{máx} de la Dapagliflozina hasta un 50% y prolongó el tiempo en alcanzar la



concentración plasmática máxima (T_{máx}) en 1 hora aproximadamente, pero no influyó en el ABC en comparación con la administración en ayunas. Se consideró que estos cambios no fueron clínicamente significativos. Por lo tanto, Dapagliflozina puede administrarse con o sin alimentos.

Distribución

La Dapagliflozina se une a las proteínas en un 91% aproximadamente. La unión a las proteínas no se modificó en presencia de diversas enfermedades (por ejemplo, insuficiencia renal o hepática). El volumen de distribución en estado estacionario de Dapagliflozina fue de 118 litros.

Biotransformación

La Dapagliflozina es extensamente metabolizada y produce principalmente Dapagliflozina 3-O-glucurónido, un metabolito inactivo. Ni Dapagliflozina 3-O-glucurónido ni otros metabolitos contribuyen a los efectos hipoglucemiantes. La formación de Dapagliflozina 3-O-glucurónido está mediada por la UGT1A9, una enzima presente en el hígado y los riñones, y el metabolismo mediado por el CYP es una vía de depuración menor en humanos.

Eliminación

Después de la administración de una dosis oral única de Dapagliflozina 10 mg a sujetos sanos, la vida media plasmática terminal (t_{1/2}) de Dapagliflozina fue de 12,9 horas. El *clearance* sistémico total medio de Dapagliflozina administrada vía intravenosa fue de 207 ml/min. La Dapagliflozina y los metabolitos relacionados se eliminan fundamentalmente mediante excreción urinaria y menos del 2% como Dapagliflozina intacta. Tras la administración de una dosis de 50 mg de [14C]-Dapagliflozina, se recuperó el 96%, el 75% en orina y el 21% en heces. En heces, aproximadamente el 15% de la dosis se excretó como fármaco original.

Linealidad

La exposición a Dapagliflozina se incrementó de forma proporcional al aumento de la dosis de Dapagliflozina en el intervalo de 0,1 a 500 mg, y su farmacocinética no varió en función del tiempo tras la administración diaria durante un período de hasta 24 semanas.

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

En el estado estacionario (20 mg de Dapagliflozina una vez al día durante 7 días), los sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 e insuficiencia renal leve, moderada o grave (determinada por el *clearance* plasmático de iohexol) tuvieron exposiciones sistémicas medias a Dapagliflozina que fueron un 32%, 60% y 87% superiores, respectivamente, a las observadas en sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 y función renal normal. La excreción urinaria de glucosa en 24 horas en estado estacionario depende en gran medida de la función renal y 85, 52, 18 y 11 g de glucosa/día fueron excretados por sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2 y función renal normal o insuficiencia leve, moderada o grave, respectivamente. No se conoce el efecto de la hemodiálisis sobre la exposición a la Dapagliflozina. El efecto de una función renal reducida sobre la exposición sistémica fue evaluado en un modelo farmacocinético de población. De forma consistente con resultados previos, el modelo predijo que el ABC era mayor en pacientes con enfermedad renal crónica en comparación con pacientes con función renal normal, y que no era significativamente diferente en pacientes con enfermedad renal crónica con o sin diabetes *mellitus* tipo 2.

Insuficiencia hepática

En los sujetos con insuficiencia hepática leve o moderada (clases A y B de Child-Pugh), los valores medios de C_{máx} y ABC de Dapagliflozina fueron hasta un 12% y un 36% mayores, respectivamente, en comparación con los sujetos de control sanos equiparados. Estas diferencias no se consideraron clínicamente significativas. En los sujetos con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh), los valores medios de C_{máx} y el ABC de

Dapagliflozina aumentaron un 40% y un 67%, respectivamente con respecto a los controles sanos equiparados.

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 de 18 a menos de 40 años) y pacientes de edad avanzada (mayor o igual a 65 años) se evaluó como covariable en un modelo farmacocinético poblacional y se comparó con pacientes de 40 años ó más y menores a 65 años utilizando datos de sujetos sanos y estudios de pacientes. Se estimó que la exposición sistémica media (ABC) de Dapagliflozina en pacientes jóvenes fue un 10,4 % más baja que en el grupo de referencia (intervalo de confianza -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 ha calculado que el ABC_{ss} medio de Dapagliflozina en mujeres es aproximadamente un 22% mayor que en los hombres.

Raza

No hay diferencias clínicamente significativas en las exposiciones sistémicas entre las razas blanca, negra o asiática.

Peso corporal

Se ha observado que la exposición a Dapagliflozina disminuye con el aumento de peso. En consecuencia, los pacientes con bajo peso corporal pueden presentar una exposición ligeramente aumentada y pacientes con pesos elevados una exposición ligeramente disminuida. Sin embargo, las diferencias en la exposición no se consideraron clínicamente significativas.

Datos preclínicos de seguridad

Los datos preclínicos obtenidos en estudios convencionales de seguridad farmacológica, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico y fertilidad no muestran ningún riesgo especial para el ser humano. Dapagliflozina no indujo tumores ni en ratones ni en ratas a ninguna de las dosis evaluadas durante los dos años de estudios de carcinogenicidad.

Toxicidad para la reproducción y el desarrollo

La administración directa de Dapagliflozina en ratas jóvenes recién destetadas y la exposición indirecta durante el final de la gestación (periodos correspondientes al segundo y tercer trimestres del embarazo humano en relación a la maduración renal) y la lactancia, se asociaron a una mayor incidencia y/o gravedad de las dilataciones de la pelvis y los túbulos renales en la prole.

En un estudio de toxicidad en animales jóvenes, cuando se administró Dapagliflozina directamente a ratas jóvenes desde el día 21 después del nacimiento hasta el día 90 después del nacimiento, se notificaron dilataciones pélvicas y tubulares renales con todas las dosis; la exposición de las crías tratadas con la dosis más baja fue muy superior (15 veces o más) a la exposición observada con la dosis máxima recomendada en humanos. 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 de la pelvis y los túbulos renales observadas en los animales jóvenes no revirtieron totalmente durante el periodo de recuperación de aproximadamente 1 mes.

En otro estudio independiente de desarrollo pre y post-natal, se trató a ratas gestantes desde el día 6 de la gestación hasta el día 21 después del parto, y las crías estuvieron expuestas



indirectamente dentro del útero y durante la lactancia (se realizó 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 la gravedad de la dilatación pélvica renal en la prole adulta de madres tratadas, aunque solo con la dosis máxima evaluada (la exposición a Dapagliflozina en madres y crías fue 1.415 y 137 veces mayor, respectivamente, que la exposición a la dosis máxima recomendada en humanos). Los demás efectos tóxicos en el desarrollo se limitaron a reducciones del peso corporal de las crías relacionadas con la dosis, y se observaron sólo **con** dosis mayores o iguales a 15 mg/kg/día (correspondientes a una exposición de las crías mayor que el valor observado - 29 veces o más- con la dosis máxima recomendada en humanos).

La toxicidad materna solo fue evidente con la máxima dosis evaluada y se limitó a una reducción transitoria del peso corporal y del consumo de alimentos al principio del tratamiento. El nivel sin efectos adversos observados (NOAEL) de toxicidad para el desarrollo, que fue la dosis mínima analizada, se asocia a una exposición sistémica materna aproximadamente 19 veces mayor que la exposición a la dosis máxima recomendada en humanos.

En otros estudios sobre el desarrollo embrionario y fetal en ratas y conejos, se administró Dapagliflozina durante intervalos correspondientes a los períodos principales de organogénesis en cada especie. No se observó toxicidad materna ni para el desarrollo en conejos con ninguna de las dosis analizadas; la dosis máxima evaluada se asocia a una exposición sistémica múltiple aproximadamente 1191 veces la exposición humana correspondiente a la dosis máxima recomendada. En ratas, la Dapagliflozina no tuvo efectos embriofetales ni teratógenos con exposiciones hasta 1441 veces la exposición correspondiente a la dosis máxima recomendada en humanos.

POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN

Diabetes *mellitus* tipo 2

La dosis recomendada es de 1 comprimido recubierto de Glifosin (10 mg de Dapagliflozina) una vez al día.

Cuando la Dapagliflozina se usa en combinación con insulina o un secretagogo de la insulina, como una sulfonilurea, puede considerarse una dosis menor de insulina o del secretagogo de la insulina para disminuir el riesgo de hipoglucemia.

Insuficiencia cardíaca

La dosis recomendada es de 1 comprimido recubierto de **Glifosin** (10 mg de Dapagliflozina) una vez al día.

Enfermedad renal crónica

La dosis recomendada es de 1 comprimido recubierto de **Glifosin** (10 mg de Dapagliflozina) una vez al día.

Modo de administración

Glifosin puede tomarse por vía oral una vez al día, a cualquier hora del día, con o sin alimentos.

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

No está indicado ningún ajuste de dosis basado en la función renal.

No se recomienda iniciar el tratamiento con Dapagliflozina en pacientes con TFG menor a 15 ml / min /1.73 m².

En pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, la eficacia hipoglucemiante de Dapagliflozina se reduce cuando la TFG es menor a 45 ml/min y probablemente sea inexistente en pacientes con insuficiencia renal grave. Por lo tanto, si la TFG cae por debajo de 45 ml/min, se debe considerar

un tratamiento adicional para disminuir la glucosa en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 si se necesita un control glucémico mayor.

Insuficiencia hepática

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. En pacientes con insuficiencia hepática grave, se recomienda una dosis de inicio de 5 mg. Si esta es bien tolerada, se puede aumentar la dosis a 10 mg cuando se indique.

Edad avanzada (mayor o igual a 65 años)

No se recomienda ningún ajuste de dosis en función de la edad.

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. 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 menos de 18 años. No hay datos disponibles.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los componentes del producto.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Insuficiencia renal

Existe una experiencia limitada para el inicio de tratamiento con Dapagliflozina en pacientes con TFG menor a 25 ml / min /1.73 m² y no hay experiencia del inicio de tratamiento en pacientes con TFG menor a 15 ml / min /1.73 m². Por lo tanto, no se recomienda iniciar el tratamiento con Dapagliflozina en pacientes con TFG menor a 15 ml / min /1.73 m².

La eficacia hipoglucemiante de Dapagliflozina depende de la función renal, y esta se reduce en pacientes con TFG menor a 45 ml/min y probablemente sea inexistente en pacientes con insuficiencia renal grave.

En pacientes con insuficiencia renal moderada (TFG < 60 ml/min), una mayor proporción de pacientes tratados con Dapagliflozina presentaron reacciones adversas como aumento de la hormona paratiroidea (PTH) e hipotensión, en comparación con placebo.

Insuficiencia hepática

Existe experiencia limitada en estudios clínicos con pacientes con insuficiencia hepática. La exposición a Dapagliflozina aumenta en pacientes con insuficiencia hepática grave.

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

Debido a su mecanismo de acción, Dapagliflozina aumenta la diuresis lo que puede conducir a un ligero descenso de la presión arterial observado en los estudios clínicos, más pronunciado en pacientes con hiperglucemia muy marcada.

Se debe tener precaución en pacientes en los que una caída de la presión arterial inducida por la Dapagliflozina pudiera suponer un riesgo, como ser pacientes con tratamiento antihipertensivo, antecedentes de hipotensión o de edad avanzada.

En caso de enfermedades intercurrentes que puedan conducir a una depleción del volumen (por ejemplo, enfermedades gastrointestinales), se recomienda una estrecha monitorización del estado del volumen corporal total (por ejemplo, exploración física, medición de la presión arterial, pruebas analíticas incluyendo hematocrito) y de los electrolitos. Se recomienda la interrupción temporal del tratamiento con Dapagliflozina en pacientes que desarrollen depleción del volumen hasta que ésta se corrija.

Cetoacidosis diabética (CAD)



Se han notificado 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 interrumpir el tratamiento en pacientes que están hospitalizados por un procedimiento quirúrgico mayor o enfermedades 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 el tratamiento con Dapagliflozina, se deben considerar los factores en la historia clínica del paciente que predispongan a cetoacidosis.

Los pacientes que pueden tener mayor riesgo de CAD incluyen pacientes con una baja reserva funcional de las células beta (por ejemplo, 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 notificada con frecuencia categoría “frecuente”. Dapagliflozina no se debe usar para el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1.

Fascitis necrotizante del periné (gangrena de Fournier)

Se han notificado durante la poscomercialización casos de fascitis necrotizante del periné (también conocida como gangrena de Fournier) en pacientes de ambos sexos tratados con inhibidores del SGLT2. Se trata de un acontecimiento raro pero grave y potencialmente mortal que requiere intervención quirúrgica urgente y tratamiento antibiótico.

Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica si presentan una combinación de síntomas de dolor, sensibilidad, eritema o inflamación en la región genital o perineal, con fiebre o malestar general. 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 interrumpir la Dapagliflozina e instaurar un tratamiento inmediato (incluyendo antibióticos y desbridamiento quirúrgico).

Infecciones del tracto urinario

La excreción urinaria de glucosa puede asociarse a un aumento del riesgo de infecciones del tracto urinario; por lo tanto, debe considerarse la posibilidad de interrumpir temporalmente Dapagliflozina durante el tratamiento de una pielonefritis o urosepsis.

Edad avanzada (65 años o más)

Los pacientes de edad avanzada pueden presentar mayor riesgo de depleción del 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 puedan 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). Se aplican las mismas recomendaciones para la función renal en pacientes de edad avanzada que para los demás pacientes.

Insuficiencia cardíaca

La experiencia en estudios clínicos con Dapagliflozina en la clase IV de la escala de la Asociación Cardiológica de Nueva York (NYHA, por su sigla en inglés) 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.

Amputación de miembros inferiores

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

Análisis de orina

De acuerdo al mecanismo de acción de Dapagliflozina, se detectará la presencia de glucosa en la orina de los pacientes tratados con este medicamento.

Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Interacciones farmacodinámicas

Diuréticos

La Dapagliflozina puede aumentar el efecto diurético de las tiazidas y diuréticos del asa y puede aumentar el riesgo de deshidratación e hipotensión.

Insulina y secretagogos de la insulina

La insulina y los secretagogos de la insulina, como las sulfonilureas, provocan hipoglucemia. Por lo tanto, en caso de coadministración con Dapagliflozina, puede necesitarse una dosis menor de insulina o de un secretagogo de la insulina para disminuir el riesgo de hipoglucemia cuando se usan en combinación con Dapagliflozina en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2.

Interacciones farmacocinéticas

El metabolismo de Dapagliflozina se produce principalmente vía glucuronooconjugación mediada por la enzima UDP glucuronosiltransferasa 1A9 (UGT1A9).

En estudios *in vitro*, Dapagliflozina no fue inhibidor del citocromo P450 (CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4), ni inductor de CYP1A2, CYP2B6 o CYP3A4. Por consiguiente, no se espera que Dapagliflozina altere el aclaramiento metabólico de los fármacos que se administren simultáneamente y que sean metabolizados por estas enzimas.

Efecto de otros medicamentos sobre Dapagliflozina

Los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis única, indican que la farmacocinética de la Dapagliflozina

no se ve alterada por los siguientes fármacos: metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán o simvastatina.

Tras la coadministración de Dapagliflozina con rifampicina (un inductor de varios transportadores activos y enzimas metabolizadoras), se observó una disminución del 22% en la exposición sistémica (ABC) a Dapagliflozina, pero sin ningún efecto clínicamente significativo sobre la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No se recomienda ningún ajuste de dosis. No se espera ningún efecto clínicamente significativo con otros inductores (por ejemplo, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital).

Después de la coadministración de Dapagliflozina con ácido mefenámico (un inhibidor del UGT1A9), se observó un aumento del 55% en la exposición sistémica a Dapagliflozina, pero sin ningún efecto clínicamente significativo sobre la excreción urinaria de glucosa de 24 horas. No se recomienda ningún ajuste de dosis.

Efecto de la Dapagliflozina sobre otros medicamentos

Dapagliflozina puede aumentar la excreción renal de litio y reducir así los niveles sanguíneos de litio. Se debe monitorizar la concentración sérica de litio con mayor frecuencia después del inicio del tratamiento y de los cambios de dosis de Dapagliflozina. Se debe remitir al paciente al médico que le prescribió el litio para que le monitorice la concentración sérica de litio.

Los estudios de interacciones realizados en voluntarios sanos, durante los cuales se administraron principalmente dosis única, sugieren que la Dapagliflozina no alteró la farmacocinética de metformina, pioglitazona, sitagliptina, glimepirida, hidroclorotiazida, bumetanida, valsartán, digoxina (sustrato de P-gp) o warfarina (S-warfarina, un sustrato de la CYP2C9), ni los efectos anticoagulantes de la warfarina medidos por la Razón Internacional Normalizada (RIN). La combinación de una dosis única de Dapagliflozina 20 mg y simvastatina (un sustrato de CYP3A4) resultó en un aumento del 19% del ABC de la simvastatina y un 31% del ABC del ácido de simvastatina. El aumento en las exposiciones a simvastatina y ácido de simvastatina no se consideran clínicamente relevantes.

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

No se recomienda la monitorización del control glucémico con el método de 1,5-AG, ya que las medidas del 1,5-AG no son fiables en la evaluación del control glucémico de pacientes que toman inhibidores de la SGLT2. Se aconseja el uso de métodos alternativos para monitorizar el control glucémico.

Población pediátrica

Los estudios de interacciones se han realizado solo en adultos.

Fertilidad, embarazo, lactancia

Fertilidad

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

Embarazo

No hay datos sobre el uso de Dapagliflozina en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en ratas han mostrado toxicidad para el riñón en desarrollo en el periodo de tiempo correspondiente al segundo y tercer trimestres del embarazo humano. Por lo tanto, no se recomienda el uso de Dapagliflozina durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

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

Lactancia

Se desconoce si la Dapagliflozina y/o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los datos farmacodinámicos / toxicológicos disponibles en animales muestran la excreción de Dapagliflozina y/o sus metabolitos en la leche, así como efectos farmacológicos en las crías

lactantes. No se puede excluir el riesgo para los recién nacidos o los lactantes. Dapagliflozina no debe utilizarse durante la lactancia.

Pacientes con intolerancia a la lactosa

Por contener lactosa no debe ser administrado a los pacientes con intolerancia hereditaria a la galactosa, insuficiencia de lactasa Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinarias

La influencia de **Glifosin** sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

Debe alertarse a los pacientes sobre el riesgo de hipoglucemia cuando se utiliza Dapagliflozina en combinación con una sulfonilurea o insulina.

REACCIONES ADVERSAS

Las siguientes reacciones adversas han sido identificadas en los estudios clínicos controlados con placebo y en la experiencia poscomercialización. Ninguna ha resultado estar relacionada con la dosis.

En los estudios clínicos en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, las reacciones adversas notificadas con más frecuencia a través de los estudios clínicos fueron las infecciones genitales. El perfil de seguridad general de Dapagliflozina en los pacientes con insuficiencia cardíaca y con enfermedad renal crónica fue consistente con el perfil de seguridad conocido de Dapagliflozina.

Las reacciones adversas enumeradas a continuación se clasifican según la frecuencia y clasificación de órgano y sistema. Las categorías de frecuencia se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100, < 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1000, < 1/100$), raras ($\geq 1/10000, < 1/1000$), muy raras ($< 1/10000$) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 1. Reacciones adversas en estudios clínicos controlados con placebo y durante la poscomercialización

Sistemas de clasificación de órganos	Muy frecuentes	Frecuentes (11)	Poco frecuentes (12)	Raros	Muy raros
Infecciones e infestaciones		Vulvovaginitis, balanitis, e infecciones genitales relacionadas (1), (2), (11). Infección del tracto urinario (1), (3), (11).	Infección por hongos (12).		Fascitis necrotizante del periné (gangrena de Fournier) (1), (8).
Trastornos del metabolismo	Hipoglucemia (cuando se usa con		Depleción del volumen (1), (4).	Cetoacidosis diabética (cuando se	

y la nutrición	insulina o sulfonilureas)		Sensación de sed (12).	emplea en diabetes <i>mellitus</i> tipo 2) (1), (8), (10).	
Trastornos del sistema nervioso		Mareos.			
Trastornos gastrointestinales			Estreñimiento (12). Sequedad de boca (12).		
Trastornos de la piel y del tejido celular subcutáneo		Erupción (9).			Angioedema
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo		Lumbalgia (11)			
Trastornos renales y urinarios		Disuria Poliuria (5) (11).	Nicturia (12).		
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			Prurito vulvovaginal (12). Prurito genital (12).		
Exploraciones complementarias		Aumento del hematocrito (6). Disminución del <i>clearance</i> renal de creatinina durante el tratamiento inicial (1). Dislipidemia (7).	Aumento de la creatinina sanguínea durante el tratamiento inicial (1), (12). Aumento de la urea sanguínea (12). Disminución del peso (12).		

(1) Ver información adicional a continuación en **Descripción de reacciones adversas seleccionadas**.

(2) Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas incluyen, por ejemplo, los términos preferentes predefinidos: infección micótica vulvovaginal, infección vaginal, balanitis, infección fúngica genital, candidiasis vulvovaginal, vulvovaginitis, balanitis por *Cándida*, candidiasis genital, infección genital, infección genital masculina, infección del pene, vulvitis, vaginitis bacteriana y absceso vulvar.

(3) 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.

(4) La depleción del volumen incluye, por ejemplo, los términos preferentes predefinidos: deshidratación, hipovolemia, hipotensión.

(5) La poliuria incluye los siguientes términos preferentes: polaquiuria, poliuria, aumento de la diuresis.

(6) La variación media del hematocrito respecto del valor inicial fue del 2,3 % en el grupo tratado con Dapagliflozina 10 mg frente al -0,33% con placebo. Los valores de hematocrito >55% fueron notificados en el 1,3% de los sujetos tratados con Dapagliflozina 10 mg frente al 0,4% de los sujetos con placebo.

(7) El porcentaje medio de cambio desde el valor inicial para grupo con Dapagliflozina 10 mg frente al grupo al que se administró placebo, respectivamente, fue de: colesterol total 2,5% frente a -0,0%; colesterol HDL 6,0% frente a 2,7%; colesterol LDL 2,9% frente a -1,0%; triglicéridos -2,7% frente a -0,7%.

(8) Ver “**ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**”

(9) La reacción adversa fue identificada durante la vigilancia poscomercialización. Erupción incluye los siguientes términos preferentes, listados en orden de frecuencia en los estudios clínicos: erupción, erupción generalizada, erupción prurítica, erupción macular, erupción maculo-papular, erupción pustular, erupción vesicular y erupción eritematosa. En estudios clínicos controlados con fármaco activo o con placebo, la frecuencia de la erupción fue similar en Dapagliflozina (1,4%) y en el control total (1,4%), respectivamente.

(10) Notificada en el estudio de resultados cardiovasculares en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. La frecuencia se basa en el promedio anual.

(11) Reacciones adversas notificadas en el 2% o más de los pacientes tratados con 10 mg de Dapagliflozina, con una frecuencia del 1 % o mayor que en el grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

(12) Reacciones adversas notificadas como posiblemente relacionadas, probablemente relacionadas o relacionadas con el tratamiento y notificadas en el 0,2% o más de los pacientes, con una frecuencia igual o mayor al 0,1% que en los pacientes del grupo placebo y en al menos 3 pacientes más que en el grupo placebo.

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas

En el conjunto de los 13 estudios de seguridad, se notificó vulvovaginitis, balanitis e infecciones genitales relacionadas en el 5,5% y 0,6% de los sujetos que recibieron Dapagliflozina 10 mg y placebo respectivamente. La mayoría de las infecciones fueron de leves a moderadas y los sujetos respondieron a un ciclo inicial de tratamiento convencional y rara vez ocasionaron la interrupción del tratamiento con Dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en

mujeres (8,4% y 1,2% para Dapagliflozina y placebo, respectivamente), y los sujetos con antecedentes presentaban mayor probabilidad de infección recurrente.

Se reportaron casos de fimosis / fimosis adquirida simultáneamente con infecciones genitales y en algunos casos se requirió circuncisión.

Fascitis necrotizante del periné (gangrena de Fournier)

Durante la poscomercialización se han notificado casos de gangrena de Fournier en pacientes tratados con inhibidores SGLT2, incluyendo Dapagliflozina.

En un estudio con 17.160 pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 y una mediana de tiempo de exposición de 48 meses, se reportaron un total de 6 casos de gangrena de Fournier, uno en el grupo tratado con Dapagliflozina y 5 en el grupo con placebo.

Hipoglucemia

La frecuencia de hipoglucemia dependió del tipo de tratamiento de base utilizado en los estudios clínicos en la 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 (< 5%) entre los grupos de tratamiento, incluido el grupo placebo hasta las 102 semanas de tratamiento. En todos los estudios, los acontecimientos mayores de hipoglucemia fueron poco frecuentes y comparables entre los grupos tratados con Dapagliflozina o placebo.

Los estudios con tratamientos de adición a sulfonilurea y de adición a insulina presentaron mayor incidencia de hipoglucemia.

En un estudio de adición a glimepirida, en las semanas 24 y 48, se notificaron episodios menores de hipoglucemia más frecuentemente en el grupo tratado con Dapagliflozina 10 mg más glimepirida (6,0% y 7,9%, respectivamente) que en el grupo de placebo más glimepirida (2,1% y 2,1%, respectivamente).

En un estudio de adición a insulina se notificaron episodios de hipoglucemia grave en el 0,5% y 1,0% de los sujetos tratados con Dapagliflozina 10 mg más insulina en las semanas 24 y 104, respectivamente, y en el 0,5% de los sujetos de grupos tratados con placebo más insulina en las semanas 24 y 104. En las semanas 24 y 104, se notificaron episodios de hipoglucemia leve, respectivamente, en el 40,3% y 53,1% de los sujetos que recibieron Dapagliflozina 10 mg más insulina y en el 34,0% y 41,6% de los sujetos que recibieron placebo más insulina.

En un estudio de adición a metformina y una sulfonilurea, de hasta 24 semanas, no se notificaron episodios de hipoglucemia grave. Se notificaron episodios menores de hipoglucemia en el 12,8% de los sujetos que recibieron Dapagliflozina 10 mg más metformina y una sulfonilurea y en el 3,7% de los que recibieron placebo más metformina y una sulfonilurea.

Depleción del volumen

En el conjunto de los 13 estudios de seguridad, se notificaron reacciones indicativas de depleción del volumen (incluyendo notificaciones de deshidratación, hipovolemia o hipotensión) en el 1,1% y 0,7%, de los sujetos tratados con Dapagliflozina 10 mg, y placebo, respectivamente; las reacciones graves se dieron en menos del 0,2% de los sujetos, repartidos de forma equilibrada entre Dapagliflozina 10 mg y placebo.

Cetoacidosis diabética en diabetes mellitus tipo 2

En un estudio clínico cuyo tiempo medio de exposición fue de 48 meses, se informaron eventos de CAD en 27 pacientes del grupo tratado con Dapagliflozina 10 mg y en 12 pacientes en el grupo placebo. Los eventos ocurrieron distribuidos de forma uniforme durante el periodo del estudio. De los 27 pacientes con eventos de CAD en el grupo de Dapagliflozina, 22 recibían insulina como tratamiento concomitante en el momento del evento. Los factores desencadenantes de CAD fueron los esperados en una población de diabetes *mellitus* tipo 2.

En el estudio de prevención de eventos en insuficiencia cardíaca con Dapagliflozina, se notificaron acontecimientos de CAD en 3 pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en el grupo de Dapagliflozina y ninguno en el grupo placebo.

Infecciones del tracto urinario

En el conjunto de los 13 estudios de seguridad, las infecciones del tracto urinario se informaron más frecuentemente en el grupo tratado con Dapagliflozina 10 mg en comparación con el grupo que recibió placebo (4,7% frente al 3,5%, respectivamente). La mayoría de las infecciones fueron de leve a moderadas, y los sujetos respondieron a un ciclo inicial de tratamiento convencional y rara vez ocasionaron la interrupción del tratamiento con Dapagliflozina. Estas infecciones fueron más frecuentes en mujeres y los sujetos con antecedentes presentaban mayor probabilidad de infección recurrente.

Aumento de creatinina

Las reacciones adversas relacionadas con el aumento de creatinina fueron agrupadas en este término para su evaluación (por ejemplo, descenso del *clearance* de creatinina renal, insuficiencia renal, incremento de la creatinina sérica y descenso de la tasa de filtración glomerular). En el conjunto de los 13 estudios de seguridad, esta agrupación de reacciones se notificó en el 3,2% y el 1,8% de los pacientes que recibieron Dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. En pacientes con función renal normal o insuficiencia renal leve (valor inicial de TFG estimada mayor o igual a 60 ml/min/1,73m²) esta agrupación de reacciones se notificó en el 1,3% y el 0,8% de los pacientes que recibieron Dapagliflozina 10 mg y placebo, respectivamente. Estas reacciones fueron más comunes en pacientes con un valor inicial de TFG estimada mayor o igual a 30 y menor a 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 o menos desde el valor inicial. Los aumentos en creatinina fueron generalmente transitorios durante el tratamiento continuado o reversible después de la interrupción del tratamiento.

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 fue similar al observado en los estudios en adultos.

SOBREDOSIFICACIÓN

Dapagliflozina no mostró toxicidad en sujetos sanos con dosis únicas orales de hasta 500 mg (50 veces la dosis máxima recomendada en humanos). Estos sujetos presentaron glucosa detectable en orina durante un periodo de tiempo relacionado con la dosis (al menos 5 días para la dosis de 500 mg), sin ninguna notificación de deshidratación, hipotensión o desequilibrio electrolítico y sin ningún efecto clínicamente significativo sobre el intervalo QTc. La incidencia de hipoglucemia fue similar a la de 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 humanos) durante 2 semanas a sujetos sanos y a sujetos con diabetes *mellitus* tipo 2, la incidencia de hipoglucemia fue ligeramente mayor que con placebo y no estuvo relacionada con la dosis. Las tasas de eventos adversos incluyendo deshidratación o hipotensión fueron similares a las de

placebo y no hubo alteraciones relacionadas con la dosis clínicamente significativas en los parámetros de laboratorio, incluyendo electrolitos séricos y biomarcadores de la función renal. En caso de sobredosis, debe iniciarse el tratamiento de mantenimiento adecuado en función del estado clínico del paciente. No se ha estudiado la eliminación de Dapagliflozina mediante hemodiálisis.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con un Centro de Toxicología, en especial:

- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Tel.: (011) 4962-6666/2247,
- Hospital Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna), Tel.: (011) 4300-2115,
- Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas, Tel.: (011) 4654-6648/4658-7777.

PRESENTACIONES

Envases que contienen 15, 30, 60, 500 y 1000 Comprimidos Recubiertos redondos, grabados con GLF y el logo Bagó, color amarillo, siendo las dos últimas presentaciones para uso hospitalario.

Conservar el producto a temperatura ambiente no mayor de 30 °C. Mantener en su envase original.

AL IGUAL QUE TODO MEDICAMENTO, **GLIFOSIN DEBE SER MANTENIDO FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

Esta especialidad medicinal se encuentra incluida dentro de un Plan de Gestión de Riesgo.

Para información adicional del producto comunicarse con el Servicio de Orientación Integral Bagó al 0800-666-2454 / soibago@bago.com.ar.

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado Nro. 59.694.
Prospecto autorizado por A.N.M.A.T. Disp. Nro.

Ante cualquier inconveniente con el producto, puede llenar la ficha en la Página Web de A.N.M.A.T.: <http://www.argentina.gob.ar/anmat/farmacovigilancia> o llamar a A.N.M.A.T. Responde 0800-333-1234.



LABORATORIOS BAGÓ S.A.

Administración: Bernardo de Irigoyen Nro. 248 (C1072AAF). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel.: (011) 4344-2000/19.

Director Técnico: Juan Manuel Apella. Farmacéutico.

Calle 4 Nro. 1429 (B1904CIA). La Plata. Pcia. de Buenos Aires. Tel.: (0221) 425-9550/54.



HRYCIUK Nadina Mariana
CUIL 27205366208

