



## P-172 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CANAGLIFLOZINA DE 100 MG A 300 MG DIARIOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: UN SUB-ANÁLISIS DEL ESTUDIO REAL-WEKAN

J. Gorgojo Martínez<sup>a</sup>, M. Gargallo Fernández<sup>b,5</sup>, J. Wong Cruz<sup>a</sup>, T. Antón Bravo<sup>d</sup>, M. Brito Sanfiel<sup>c</sup> y A. Galdón Sanz Pastor<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>b</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. <sup>d</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>e</sup>Fundación Jiménez Díaz.

### Resumen

**Introducción:** Diversos ensayos clínicos muestran que canagliflozina 300 (CANA300) tiene una mayor eficacia en control glucémico y reducción ponderal que canagliflozina 100 (CANA100). No hay estudios, sin embargo, que hayan evaluado la estrategia de incremento de dosis de CANA100 a CANA300 en pacientes con control subóptimo. El objetivo de este subanálisis del estudio REAL-WEKAN es estudiar la efectividad y tolerabilidad del cambio de CANA100 a CANA300 en pacientes con DM2.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó a pacientes con DM2 cuyo tratamiento glucosúrico fue intensificado de CANA100 a CANA300. Los objetivos específicos del presente subanálisis son: 1) evaluar el efecto del switch a CANA300 sobre el control glucémico y la pérdida de peso a lo largo del seguimiento y 2) estimar la frecuencia de efectos adversos, la persistencia y adherencia con CANA300.

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes tratados con CANA100, varones 59,1%, edad 60,7 años, tiempo evolución DM2 11,6 años, HbA<sub>1c</sub> 7,63%, peso 92,3 kg, IMC 33,6 kg/m<sup>2</sup>. El tiempo de seguimiento tras el cambio a CANA300 fue 16,9 meses. El switch a CANA300 redujo significativamente glucemia basal (-19,2 mg/dl), HbA<sub>1c</sub> (-0,33%), peso (-2,5 kg) e IMC (-0,9 kg/m<sup>2</sup>), p 0,0001. El porcentaje de pacientes con HbA<sub>1c</sub> 7% aumentó de un 28,9% (con CANA100) a un 44,3% tras CANA300. En pacientes con control metabólico subóptimo (HbA<sub>1c</sub> > 7%, media 8,1%) el switch a CANA300 redujo significativamente la HbA<sub>1c</sub> (-0,47%). En pacientes con HbA<sub>1c</sub> basal > 8% (media 9,1%) esta se redujo de forma significativa en -0,95%. Un 25,6% de pacientes perdieron > 5% del peso corporal tras el switch. Si consideramos el periodo de tratamiento completo con canagliflozina (tratamiento inicial con CANA100 y posterior switch a CANA 300), con un seguimiento de 31,7 meses y partiendo de HbA<sub>1c</sub> 8,3%, peso 96,2 kg y PAS 141,9 mmHg, se consiguió una reducción global estadísticamente significativa de HbA<sub>1c</sub> (-1,1%), peso (-5,5 kg) y PAS (-8,9 mmHg). Un 9,1% de pacientes suspendieron CANA300. La causa más frecuente de retirada de CANA300 fue la infección urinaria (3,4% de pacientes). Tras el switch un 12,5% experimentaron micosis genital, 9,1% infección urinaria y 10,2% hipoglucemias (en pacientes con insulina o sulfonilureas). No hubo eventos relacionados con depleción de volumen, episodios de cetoacidosis, amputaciones ni fracturas con CANA300. Exceptuando un mayor número de infecciones urinarias, no se observaron diferencias en efectos adversos con CANA300 en comparación con el periodo previo de tratamiento con CANA100.

**Conclusiones:** La intensificación del tratamiento glucosúrico a la dosis máxima de canagliflozina reduce de forma significativa la HbA<sub>1c</sub> y el peso. Estos resultados confirman la eficacia de CANA300 demostrada en

los ensayos clínicos y añade evidencia de vida real para realizar el switch desde la dosis de CANA100 a CANA300 en pacientes con control metabólico subóptimo.