

**INVOKANA®**  
**CANAGLIFLOZINA 100 mg y 300 mg**  
**Comprimidos recubiertos**

Vía de administración oral  
Industria estadounidense

Venta Bajo Receta

**COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA**

Cada comprimido recubierto de 100 mg contiene:

Canagliflozina 100 mg (correspondiente a 102 mg de Canagliflozina hemihidrato)

Excipientes: Estearato de magnesio, croscarmelosa sódica, celulosa microcristalina, hidroxipropilcelulosa, lactosa anhidra, Opadry II 85F92209 amarillo (Polivinil alcohol - parcialmente hidrolizado, Macrogol 3350, Talco, Dióxido de titanio E171, Óxido de hierro amarillo E172).

Cada comprimido recubierto de 300 mg contiene:

Canagliflozina 300 mg (correspondiente a 306 mg de Canagliflozina hemihidrato)

Excipientes: Estearato de magnesio, croscarmelosa sódica, celulosa microcristalina, hidroxipropilcelulosa, lactosa anhidra, Opadry II 85F18422 blanco (Polivinil alcohol - parcialmente hidrolizado, Macrogol 3350, Talco, Dióxido de titanio E171).

**ACCIÓN TERAPÉUTICA**

Grupo farmacoterapéutico: Fármacos usados en diabetes, otros fármacos hipoglucemiantes, excluidas las insulinas. Código ATC: A10BX11.

**INDICACIONES**

INVOKANA® (canagliflozina) está indicado:

- como un complemento de la dieta y el ejercicio para mejorar el control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2.
- para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos importantes (muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal) en adultos con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida (ECV).

Limitación de uso

INVOKANA® no está recomendado en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 ni para el tratamiento de la cetoacidosis diabética.

## **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**

### **Antes del inicio de INVOKANA®**

Evaluar la función renal antes de iniciar INVOKANA® y periódicamente de allí en adelante (ver “Advertencias y precauciones”).

En pacientes con disminución del volumen no tratados previamente con canagliflozina, normalizar el estado del volumen antes de iniciar INVOKANA® (ver “Advertencias y precauciones” y “Uso en poblaciones específicas”).

### **Dosis recomendada**

La dosis inicial recomendada de INVOKANA® (canagliflozina) es 100 mg una vez al día, tomada antes de la primera comida del día. En pacientes que toleran INVOKANA® 100 mg una vez al día y que tienen una TFGe de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o mayor y que requieren un control glucémico adicional, la dosis puede aumentarse a 300 mg una vez al día (ver “Posología y forma de administración”, “Propiedades farmacológicas” e “Información de orientación al paciente”).

### **Pacientes con insuficiencia renal**

La dosis de INVOKANA® es limitada a 100 mg una vez al día en pacientes con insuficiencia renal moderada que tienen una TFGe de 45 a menos de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

No se recomienda iniciar INVOKANA® en pacientes que tienen una TFGe menor de 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

No se recomienda el uso de INVOKANA® cuando la TFGe es persistentemente menor a 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ver “Advertencias y Precauciones” y “Uso en Poblaciones Específicas”).

INVOKANA® está contraindicado en pacientes que tienen una TFGe menor de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ver “Contraindicaciones”).

### **Uso concomitante con inductores de la enzima UDP-glucuronosil transferasa (UGT)**

Si se coadministra un inductor de UGTs (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, ritonavir) con INVOKANA®, considerar aumentar la dosis a 300 mg una vez al día en pacientes que actualmente toleran INVOKANA® 100 mg una vez al día y que tienen una

TFGe de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o mayor y que requieren un control glucémico adicional (ver “Interacciones medicamentosas”).

Considerar otro agente antihiper glucémico en pacientes con una TFGe de 45 a menos de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> que están recibiendo tratamiento concurrente con un inductor de UGT.

## **CONTRAINDICACIONES**

- Reacción de hipersensibilidad seria a INVOKANA<sup>®</sup>, como anafilaxia o angioedema (ver “Advertencias y Precauciones” y “Reacciones Adversas”).
- Insuficiencia renal severa (TFGe menor de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), o pacientes en diálisis (ver “Advertencias y Precauciones” y “Uso en Poblaciones Específicas”).

## **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**

### **Amputación de miembros inferiores**

Se observó un riesgo aproximadamente 2 veces mayor de amputaciones de extremidades inferiores asociado con el uso de INVOKANA<sup>®</sup> en CANVAS y CANVAS-R, dos ensayos aleatorizados, controlados con placebo que evaluaron pacientes con diabetes tipo 2 con enfermedad cardiovascular establecida o que estaban en riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. Se observó el riesgo de amputaciones de miembros inferiores en ambos regímenes de dosis de 100 mg y 300 mg una vez al día. Los datos de amputación de CANVAS y CANVAS-R se muestran en las Tablas 2 y 3, respectivamente (ver “Reacciones Adversas”).

Las amputaciones de dedos del pie y del pie medio (99 de 140 pacientes con amputaciones recibiendo INVOKANA<sup>®</sup> en los dos ensayos) fueron las más frecuentes; sin embargo, también se observaron amputaciones de la pierna, por debajo y por encima de la rodilla (41 de 140 pacientes con amputaciones recibiendo INVOKANA<sup>®</sup> en los dos ensayos). Algunos pacientes tuvieron múltiples amputaciones, algunas involucrando ambos miembros inferiores.

Infecciones de las extremidades inferiores, gangrena y úlceras del pie diabético fueron los eventos médicos precipitantes más comunes que condujeron a la necesidad de una amputación. El riesgo de amputación fue mayor en pacientes con historia basal de amputación previa, enfermedad vascular periférica y neuropatía.

Antes de iniciar INVOKANA<sup>®</sup>, considere factores en la historia del paciente que puedan

predisponer a la necesidad de amputaciones, como antecedentes de amputación previa, enfermedad vascular periférica, neuropatía y úlceras de pie diabético. Asesorar a los pacientes sobre la importancia del cuidado preventivo rutinario de los pies. Vigile a los pacientes que reciben INVOKANA<sup>®</sup> para detectar signos y síntomas de infección (incluyendo osteomielitis), dolor o sensibilidad nuevos, llagas o úlceras en los miembros inferiores, e interrumpa INVOKANA<sup>®</sup> si ocurren estas complicaciones.

### **Hipotensión**

INVOKANA<sup>®</sup> causa contracción del volumen intravascular. Puede ocurrir hipotensión sintomática después de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Reacciones Adversas”), en particular en pacientes con insuficiencia de la función renal (TFGe menor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), pacientes de edad avanzada, pacientes tratados con diuréticos o con medicamentos que interfieren con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [ACE], bloqueantes de los receptores de angiotensina [BRA]) o pacientes con presión sanguínea sistólica baja. Antes de iniciar INVOKANA<sup>®</sup> en pacientes con una o más de estas características, el estado del volumen debe evaluarse y corregirse. Monitorear los signos y síntomas después de iniciar el tratamiento.

### **Cetoacidosis**

Se han identificado reportes de cetoacidosis, una afección seria potencialmente mortal que requiere hospitalización urgente, en la vigilancia posterior a la comercialización en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 que reciben inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2), incluyendo INVOKANA<sup>®</sup>. Se han reportado casos fatales de cetoacidosis en pacientes en tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup>. INVOKANA<sup>®</sup> no está indicado para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (ver “Indicaciones”).

Los pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup> que presentan signos y síntomas consistentes de acidosis metabólica severa deben ser evaluados para detectar cetoacidosis independientemente de los niveles de glucosa en sangre que presenten, dado que puede presentarse cetoacidosis asociada a INVOKANA<sup>®</sup> incluso si los niveles de glucosa en sangre son menores de 250 mg/dl. Si se sospecha cetoacidosis, debe interrumpirse la administración de INVOKANA<sup>®</sup>, el paciente debe ser evaluado y debe recibir tratamiento adecuado de inmediato. El tratamiento de la cetoacidosis puede requerir insulina y reemplazo de líquidos y carbohidratos.

En muchos de los informes posteriores a la comercialización, y particularmente en pacientes con diabetes tipo 1, no se reconoció de inmediato la presencia de cetoacidosis y se retrasó la administración del tratamiento debido a que los niveles de glucosa en sangre presentes fueron menores a los esperados para cetoacidosis diabética (a menudo menores de 250 mg/dl). Los signos y síntomas detectados fueron consistentes con deshidratación y acidosis metabólica severa e incluyeron náuseas, vómito, dolor abdominal, malestar generalizado y

falta de aliento. En algunos casos, pero no en todos, se identificaron factores predisponentes de cetoacidosis, tales como la reducción de la dosis de insulina, enfermedad febril aguda, ingestión calórica reducida debido a una enfermedad o a cirugía, trastornos pancreáticos sugerentes de deficiencia de insulina (por ejemplo, diabetes tipo 1, antecedentes de pancreatitis o cirugía pancreática) y abuso del consumo de alcohol.

Antes de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup>, deben considerarse los factores en los antecedentes del paciente que pueden predisponer a la cetoacidosis, incluyendo deficiencia de insulina pancreática por cualquier causa, restricción calórica y abuso del consumo de alcohol. En pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup>, debe considerarse la vigilancia de la cetoacidosis y la suspensión temporal de INVOKANA<sup>®</sup> en situaciones clínicas que se sabe predisponen a cetoacidosis (por ejemplo, ayuno prolongado debido a una enfermedad aguda o cirugía).

### **Lesión renal aguda**

INVOKANA<sup>®</sup> causa la contracción del volumen intravascular (ver “Advertencias y Precauciones”) y puede causar lesión renal aguda. Ha habido reportes posteriores a la comercialización de lesiones renales agudas, algunas de las cuales han requerido hospitalización y diálisis, en pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup>; algunos informes involucraron a pacientes menores de 65 años de edad.

Antes de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup> deben considerarse los factores que pueden predisponer a los pacientes a lesiones renales agudas, incluyendo hipovolemia, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca congestiva y medicamentos concomitantes (diuréticos, inhibidores de ACE, BRA, AINES). Debe considerarse suspender temporalmente INVOKANA<sup>®</sup> en casos de ingesta oral reducida (como enfermedad aguda o ayuno) o pérdida de líquidos (como enfermedades gastrointestinales o exposición excesiva al calor); los pacientes deben vigilarse para detectar signos y síntomas de lesiones renales agudas. Si se produce una lesión renal aguda, debe suspenderse la administración de INVOKANA<sup>®</sup> de inmediato y brindar el debido tratamiento.

El inicio de la administración de INVOKANA<sup>®</sup> puede aumentar la creatinina sérica y disminuye la TFGe. Los pacientes con hipovolemia pueden ser más susceptibles a estos cambios (ver “Reacciones Adversas”). Debe evaluarse la función renal antes de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup> y supervisarse periódicamente a partir de entonces. Se recomienda realizar un ajuste de la dosis y vigilar la función renal con mayor frecuencia en pacientes que tienen una TFGe menor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. No se recomienda el uso de INVOKANA<sup>®</sup> cuando la TFGe es persistentemente menor de 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, y está contraindicado en pacientes que tienen una TFGe menor de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ver “Posología y forma de administración”, “Contraindicaciones” y “Uso en Poblaciones Específicas”).

### **Urosepsis y pielonefritis**

Ha habido reportes posteriores a la comercialización de infecciones serias de vías urinarias incluyendo urosepsis y pielonefritis que han requerido hospitalización en pacientes tratados con inhibidores de SGLT2, incluida INVOKANA<sup>®</sup>. El tratamiento con los inhibidores de SGLT2 aumenta el riesgo de infecciones de vías urinarias. Los pacientes deben ser evaluados para detectar signos y síntomas de infecciones de vías urinarias y deben recibir tratamiento de inmediato, según sea el caso (ver “Reacciones Adversas”).

### **Hipoglucemia con el uso concomitante con insulina y secretagogos de insulina**

Se sabe que la insulina y los secretagogos de insulina causan hipoglucemia. INVOKANA<sup>®</sup> puede aumentar el riesgo de hipoglucemia cuando se combina con insulina o un secretagogo de insulina (ver “Reacciones Adversas”). Por lo tanto, puede requerirse una dosis más baja de insulina o de un secretagogo de insulina a fin de minimizar el riesgo de hipoglucemia cuando se utiliza en combinación con INVOKANA<sup>®</sup>.

### **Fascitis necrotizante del perineo (Gangrena de Fournier)**

Se han identificado reportes de fascitis necrotizante del perineo (gangrena de Fournier), una infección necrotizante poco frecuente pero seria y potencialmente mortal que requiere intervención quirúrgica urgente, en la vigilancia posterior a la comercialización en pacientes con diabetes mellitus que recibían inhibidores de SGLT2, incluido INVOKANA<sup>®</sup>. Se han registrado casos tanto en mujeres como en hombres. Los resultados serios han incluido hospitalización, cirugías múltiples y muerte.

Los pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup> que presenten dolor o sensibilidad, eritema o hinchazón en la zona genital o perineal, junto con fiebre o malestar, deben ser evaluados para determinar la presencia de fascitis necrotizante. En caso de sospecha, comenzar el tratamiento inmediatamente con antibióticos de amplio espectro y, si es necesario, desbridamiento quirúrgico. Suspender INVOKANA<sup>®</sup>, vigilar de cerca los niveles de glucosa en la sangre, y proporcionar una terapia alternativa apropiada para el control glucémico.

### **Infecciones micóticas genitales**

INVOKANA<sup>®</sup> aumenta el riesgo de infecciones micóticas genitales. Los pacientes con historial de infecciones micóticas genitales y los hombres incircuncisos tienen más probabilidades de desarrollar infecciones micóticas genitales (ver “Reacciones Adversas”). Estos pacientes deben vigilarse y recibir el tratamiento adecuado.

### **Reacciones de hipersensibilidad**

Se han reportado reacciones de hipersensibilidad, incluyendo angioedema y anafilaxia, con el uso de INVOKANA<sup>®</sup>. Estas reacciones generalmente se presentaron en cuestión de horas a días después de iniciar el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup>. Si se presentan reacciones de hipersensibilidad, debe suspenderse el uso de INVOKANA<sup>®</sup>; el paciente debe ser tratado y

vigilado hasta que se resuelvan los signos y síntomas (ver “Contraindicaciones” y “Reacciones Adversas”).

### **Fractura ósea**

Se ha observado un aumento en el riesgo de fracturas óseas, que se han presentado a partir de 12 semanas después de iniciar el tratamiento, en pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup> en el ensayo CANVAS (ver “Estudios clínicos”). Deben considerarse los factores que contribuyen al riesgo de fractura antes de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Reacciones Adversas”).

### **Aumentos de la lipoproteína de baja densidad (LDL-C)**

Se presentan aumentos en la LDL-C relacionados con la dosis con INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Reacciones Adversas”). Deben vigilarse los niveles de LDL-C y administrar el tratamiento adecuado después de iniciar el uso de INVOKANA<sup>®</sup>.

## **REACCIONES ADVERSAS**

Las siguientes reacciones adversas importantes se describen a continuación y en otras secciones del prospecto:

- Amputación de Miembros Inferiores (ver “Advertencias y precauciones”)
- Hipotensión (ver “Advertencias y precauciones”)
- Cetoacidosis (ver “Advertencias y precauciones”)
- Lesiones renales agudas (ver “Advertencias y precauciones”)
- Urosepsis y pielonefritis (ver “Advertencias y precauciones”)
- Hipoglucemia con el uso concomitante con insulina y secretagogos de insulina (ver “Advertencias y precauciones”)
- Fascitis necrotizante del perineo (gangrena de Fournier) (ver “Advertencias y precauciones”)
- Infecciones micóticas genitales (ver “Advertencias y precauciones”)
- Reacciones de hipersensibilidad (ver “Advertencias y precauciones”)
- Fractura ósea (ver “Advertencias y precauciones”)
- Aumentos de la lipoproteína de baja densidad (LDL-C) (ver “Advertencias y precauciones”)

### **Experiencia de estudios clínicos**

Dado que los estudios clínicos se realizan bajo condiciones muy variables, las tasas de reacciones adversas observadas en los estudios clínicos de un medicamento no se pueden comparar directamente con las tasas observadas en los estudios clínicos de otro medicamento y pueden no reflejar las tasas observadas en la práctica clínica.

Grupo de estudios controlados con placebo

Los datos de la Tabla 1 se derivan de cuatro estudios clínicos controlados con placebo de 26 semanas en los que se utilizó INVOKANA® como monoterapia en un ensayo y como complemento terapéutico en tres ensayos (ver “Estudios Clínicos”). Estos datos reflejan la exposición de 1.667 pacientes a INVOKANA® y un promedio de duración de la exposición a INVOKANA® de 24 semanas. Los pacientes recibieron 100 mg de INVOKANA® (N=833), INVOKANA® 300 mg (N=834) o placebo (n=646) una vez al día. La edad promedio de la población fue de 56 años y el 2% eran mayores de 75 años de edad. El cincuenta por ciento (50%) de la población era masculina y el 72% eran caucásicos, el 12% eran asiáticos, y el 5% eran negros o afroamericanos. Al inicio la población había tenido diabetes durante un promedio de 7,3 años, con un promedio de HbA1C del 8,0%, y el 20% presentaba complicaciones microvasculares de la diabetes. La función renal basal era normal o estaba levemente alterada (TFGe promedio de 88 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

La Tabla 1 muestra las reacciones adversas más frecuentes asociadas con el uso de INVOKANA®. Estas reacciones adversas no estuvieron presentes al inicio, ocurrieron más comúnmente con INVOKANA® que con placebo, y se produjeron en al menos el 2% de los pacientes tratados con INVOKANA® 100 mg o INVOKANA® 300 mg.

**Tabla 1: Reacciones adversas del grupo de cuatro estudios controlados con placebo de 26 semanas reportadas en ≥ 2% de los pacientes tratados con INVOKANA®\***

Reacción adversa	Placebo N=646	INVOKANA® 100 mg N=833	INVOKANA® 300 mg N=834
Infecciones de vías urinarias‡	3,8%	5,9%	4,4%
Aumento de la micción§	0,7%	5,1%	4,6%
Sed#	0,1%	2,8%	2,4%
Estreñimiento	0,9%	1,8%	2,4%
Náuseas	1,6%	2,1%	2,3%
	<b>N=312</b>	<b>N=425</b>	<b>N=430</b>
Infecciones micóticas genitales femeninas†	2,8%	10,6%	11,6%
Prurito vulvovaginal	0,0%	1,6%	3,2%
	<b>N=334</b>	<b>N=408</b>	<b>N=404</b>
Infecciones micóticas genitales masculinas¶	0,7%	4,2%	3,8%

\* Los cuatro estudios controlados con placebo incluyeron un estudio de monoterapia y tres estudios como complemento en combinación con metformina, metformina y sulfonilurea, o metformina y pioglitazona.

† Las infecciones micóticas genitales femeninas incluyen las siguientes reacciones adversas: candidiasis vulvovaginal, infección micótica vulvovaginal, vulvovaginitis, infección vaginal, vulvitis e infección micótica genital.

‡ Las infecciones de vías urinarias incluyen las siguientes reacciones adversas: infección de vías urinarias, cistitis, infecciones renales y urosepsis.



§ El aumento de la micción incluye las siguientes reacciones adversas: poliuria, polaquiuria, aumento de la producción de orina, urgencia para orinar y nicturia.

¶ Las infecciones micóticas genitales masculinas incluyen las siguientes reacciones adversas: balanitis o balanopostitis, balanitis por Candida, e infección micótica genital.

# La sed incluye las siguientes reacciones adversas: sed, sequedad de boca y polidipsia.

Nota: Los porcentajes fueron ponderados por los estudios. La importancia relativa de cada estudio fue proporcional a la media armónica de los tres tamaños de la muestra de tratamiento.

El dolor abdominal también fue reportado más comúnmente en pacientes en tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg (1,8%), 300 mg (1,7%) que en pacientes en tratamiento con el placebo (0,8%).

#### Grupo de estudios controlados con placebo y con activo

La aparición de reacciones adversas a INVOKANA<sup>®</sup> fue evaluada en pacientes que participaron en estudios clínicos controlados con placebo y controlados con activo y en un análisis integrado de dos ensayos cardiovasculares.

Los tipos y la frecuencia de las reacciones adversas más frecuentes observadas en el grupo de los ocho estudios clínicos (que reflejan una exposición de 6.177 pacientes a INVOKANA<sup>®</sup>), fueron consistentes con los enumerados en la Tabla 1. Los porcentajes fueron ponderados por los estudios. La importancia relativa de cada estudio fue proporcional a la media armónica de los tres tamaños de la muestra de tratamiento. En este grupo, INVOKANA<sup>®</sup> también estuvo asociado con las reacciones adversas de fatiga (1,8%, 2,2%, y 2,0%, con el comparador, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente) y pérdida de la fuerza o energía (es decir, astenia) (0,6%, 0,7%, y 1,1%, con el comparador, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente).

En el grupo de los ocho estudios clínicos, la tasa de incidencia de pancreatitis (aguda o crónica) fue del 0,1%, 0,2% y 0,1% en los pacientes que recibieron el comparador, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg, e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente.

En el grupo de los ocho estudios clínicos, las reacciones adversas relacionadas con hipersensibilidad (incluyendo eritema, sarpullido, prurito, urticaria y angioedema) ocurrieron en el 3,0%, 3,8% y 4,2% de los pacientes recibiendo el comparador, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. Cinco pacientes experimentaron reacciones adversas serias de hipersensibilidad con INVOKANA<sup>®</sup>, las cuales incluyeron 4 pacientes con urticaria y 1 paciente con sarpullido difuso y urticaria que aparecieron en las primeras horas después de la exposición a INVOKANA<sup>®</sup>. Entre estos pacientes, 2 pacientes suspendieron el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup>. Un paciente con urticaria presentó recurrencia al reiniciar el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup>.

Se presentaron reacciones adversas relacionadas con la fotosensibilidad (incluyendo reacción de fotosensibilidad, erupción de luz polimórfica y quemaduras de sol) en el 0,1%,

0,2% y 0,2% de los pacientes que recibieron el comparador, INVOKANA® 100 mg e INVOKANA® 300 mg, respectivamente.

Otras reacciones adversas que se produjeron más frecuentemente con INVOKANA® que con el comparador fueron:

Amputación de miembros inferiores

Se observó un riesgo aproximadamente 2 veces mayor de amputaciones de extremidades inferiores asociado con el uso de INVOKANA® en CANVAS y CANVAS-R, dos ensayos aleatorizados, controlados con placebo que evaluaron pacientes con diabetes tipo 2 que tenían enfermedad cardiovascular establecida o estaban en riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. Los pacientes en CANVAS y CANVAS-R fueron seguidos durante un promedio de 5,7 y 2,1 años, respectivamente (ver “Estudios Clínicos”). Los datos de amputación de CANVAS y CANVAS-R se muestran en las Tablas 2 y 3, respectivamente (ver “Advertencias y Precauciones”).

**Tabla 2: AMPUTACIONES de CANVAS**

	<b>Placebo N=1441</b>	<b>INVOKANA® 100mg N=1445</b>	<b>INVOKANA® 300mg N=1441</b>	<b>INVOKANA® (agrupados) N=2886</b>
Pacientes con amputación, n (%)	22 (1,5)	50 (3,5)	45 (3,1)	95 (3,3)
Amputaciones Totales	33	83	79	162
Tasa de incidencia de la amputación (por 1000 pacientes-años)	2,8	6,2	5,5	5,9
Cociente de riesgo (IC 95%)	--	2,24 (1,36, 3,69)	2,01 (1,20, 3,34)	2,12 (1,34, 3,38)

Nota: La incidencia se basa en el número de pacientes con al menos una amputación y no en el número total de eventos de amputación. El seguimiento de un paciente se calcula desde el Día 1 hasta la primera fecha del evento de amputación. Algunos pacientes tuvieron más de una amputación.

**Tabla 3: AMPUTACIONES de CANVAS-R**

	<b>Placebo N=2903</b>	<b>INVOKANA® 100mg (con ajuste ascendente a 300 mg) N=2904</b>
Pacientes con amputación, n (%)	22 (0,9)	45 (1,5)
Amputaciones totales	36	59
Tasa de incidencia de la amputación (por 1000 pacientes-años)	4,2	7,5
Relación de riesgos (IC 95%)	--	1,80 (1,10; 2,93)

Nota: La incidencia se basa en el número de pacientes con al menos una amputación y no en el número total de eventos de amputación. El seguimiento de un paciente se calcula desde el Día 1 hasta la primera fecha del evento de amputación. Algunos pacientes tuvieron más de una amputación.

### Carcinoma de células renales

En el ensayo CANVAS (duración media del seguimiento de 5,7 años) (ver “Estudios clínicos”), la incidencia de carcinoma de células renales fue del 0,15% (2/1331) y del 0,29% (8/2716) para el placebo e INVOKANA<sup>®</sup>, respectivamente, excluyendo a pacientes con menos de 6 meses de seguimiento, menos de 90 días de tratamiento o antecedentes de carcinoma de células renales. No se pudo establecer una relación causal con INVOKANA<sup>®</sup> debido al número limitado de casos.

### Reacciones adversas relacionadas con la depleción del volumen

INVOKANA<sup>®</sup> causa diuresis osmótica, la cual puede causar reducciones en el volumen intravascular. En ensayos clínicos, el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> estuvo asociado a un aumento dosis-dependiente de la incidencia de reacciones adversas relacionadas con depleción del volumen (por ejemplo, hipotensión, mareos posturales, hipotensión ortostática, síncope y deshidratación). Se observó una mayor incidencia en pacientes en la dosis de 300 mg. Los tres factores asociados con el mayor aumento de las reacciones adversas relacionadas con la depleción del volumen fueron el uso de diuréticos de asa, trastorno renal moderado (TFGe de 30 a menos de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), y edad de 75 años o más (Tabla 4) (ver “Posología y forma de administración”, “Advertencias y precauciones”, y “Uso en poblaciones específicas”).

**Tabla 4: Proporción de pacientes con al menos una reacción adversa relacionada con la depleción del volumen (resultados agrupados de 8 estudios clínicos)**

Característica basal	Grupo comparador*	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg
	%	%	%
Población general	1,5%	2,3%	3,4%
75 años de edad y mayores <sup>†</sup>	2,6%	4,9%	8,7%
TFGe menor de 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> <sup>†</sup>	2,5%	4,7%	8,1%
Uso de diurético de asa <sup>†</sup>	4,7%	3,2%	8,8%

\* Incluye los grupos de comparador con placebo y con activo

† Los pacientes podían haber tenido más de 1 factor de riesgo de la lista

### Caídas

En un grupo de nueve estudios clínicos con una duración promedio de la exposición a INVOKANA<sup>®</sup> de 85 semanas, la proporción de pacientes que experimentaron caídas fue del 1,3%, 1,5% y 2,1% con el comparador, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. El mayor riesgo de caídas en los pacientes tratados con INVOKANA<sup>®</sup> se observó en las primeras semanas de tratamiento.

### Trastornos de la función renal

El inicio de la administración de INVOKANA<sup>®</sup> está asociado a un aumento dosis-dependiente de la creatinina sérica y a una reducción concomitante de la TFG<sub>e</sub> (Tabla 5) (ver “Advertencias y precauciones”). Se observó que el efecto sobre la TFG<sub>e</sub> se revierte después de la interrupción del tratamiento, lo que sugiere que los cambios hemodinámicos agudos pueden desempeñar un papel en la alteración de la función renal observada con INVOKANA<sup>®</sup>.

**Tabla 5: Cambios en la creatinina sérica y TFG<sub>e</sub> asociados a INVOKANA<sup>®</sup> en el grupo de cuatro estudios controlados con placebo y en un estudio en pacientes con insuficiencia renal moderada**

			Placebo N=646	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg N=833	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg N=834
Grupo de cuatro estudios controlados con placebo	Valor basal	Creatinina (mg/dl)	0,84	0,82	0,82
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	87,0	88,3	88,8
	Cambio en la Semana 6	Creatinina (mg/dl)	0,01	0,03	0,05
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	-1,6	-3,8	-5,0
	Cambio al Final del Tratamiento*	Creatinina (mg/dl)	0,01	0,02	0,03
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	-1,6	-2,3	-3,4
			Placebo N=90	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg N=90	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg N=89
Estudio en pacientes con insuficiencia renal moderada	Valor basal	Creatinina (mg/dl)	1,61	1,62	1,63
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	40,1	39,7	38,5
	Cambio en la Semana 3	Creatinina (mg/dl)	0,03	0,18	0,28
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	-0,7	-4,6	-6,2
	Cambio al Final del Tratamiento*	Creatinina (mg/dl)	0,07	0,16	0,18
		TFG <sub>e</sub> (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	-1,5	-3,6	-4,0

\* Semana 26 en la población mITT LOCF.

En el grupo de cuatro estudios controlados con placebo en el que los pacientes tenían una función renal basal normal o levemente alterada, la proporción de los pacientes que experimentaron al menos un evento de disminución significativa de la función renal, definida como una TFG<sub>e</sub> menor de 80 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y 30% menor que el valor basal, fue del 2,1% con el placebo, 2,0% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 4,1% con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg. Al final del tratamiento, el 0,5% de los pacientes tratados con el placebo, el 0,7% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y el 1,4% con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg tuvo una disminución significativa de la función renal.

Los pacientes con insuficiencia renal moderada al inicio del estudio experimentan cambios mayores en la media de la TFGe en relación con los pacientes con función renal normal o levemente alterada. En un estudio en pacientes con insuficiencia renal moderada con una TFGe basal de 30 a menos de 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (TFGe basal promedio de 39 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (ver “Estudios Clínicos”), la proporción de pacientes que experimentaron al menos un evento de disminución significativa de la función renal, definida como una TFGe 30% menor que la basal, fue del 6,9%, 18% y 22,5%, con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. Al final del tratamiento, el 4,6%, 3,4% y 2,2% de los pacientes tratados con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente, presentó una disminución significativa en la función renal.

#### Infecciones micóticas genitales

En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, las infecciones micóticas genitales femeninas (por ejemplo, infección micótica vulvovaginal, candidiasis vulvovaginal y vulvovaginitis) se presentaron en el 2,8%, 10,6% y 11,6% de las mujeres tratadas con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. Los pacientes con antecedentes de infecciones micóticas genitales presentaron más probabilidades de desarrollar infecciones micóticas genitales al recibir tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup>. Las pacientes que desarrollaron infecciones micóticas genitales al recibir tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> presentaron más probabilidades de reincidencia y requirieron tratamiento con agentes antimicóticos y antimicrobianos orales o tópicos. En las mujeres, la suspensión del tratamiento debido a infecciones micóticas genitales se presentó en el 0% y el 0,7% de las pacientes tratadas con placebo e INVOKANA<sup>®</sup>, respectivamente (ver “Advertencias y precauciones”).

En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, las infecciones micóticas genitales masculinas (por ejemplo, balanitis por Candida, balanopostitis) se presentaron en el 0,7%, 4,2% y 3,8% de los hombres tratados con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. Las infecciones micóticas genitales masculinas ocurrieron más comúnmente en los hombres incircuncisos y en varones con historial previo de balanitis o balanopostitis. Los pacientes de sexo masculino que desarrollaron infecciones micóticas genitales al recibir tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> presentaron más probabilidades de padecer infecciones recurrentes (22% en el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> versus ninguno con el placebo) y requirieron tratamiento con agentes antimicóticos y antimicrobianos orales o tópicos que los pacientes tratados con el comparador. En los hombres, la suspensión del tratamiento debido a infecciones micóticas genitales se presentó en el 0% y el 0,5% de los pacientes tratados con el placebo e INVOKANA<sup>®</sup>, respectivamente.

En el análisis agrupado de 8 estudios clínicos controlados, se reportó fimosis en el 0,3% de los pacientes varones no circuncidados tratados con INVOKANA<sup>®</sup> y el 0,2% requirió circuncisión para tratar la fimosis (ver “Advertencias y precauciones”).

### Hipoglucemia

En todos los estudios clínicos, la hipoglucemia se definió como cualquier evento independientemente de los síntomas, en el que se hubiera documentado hipoglucemia bioquímica (cualquier valor de glucosa menor o igual a 70 mg/dl). La hipoglucemia severa se definió como un evento consistente con hipoglucemia en el que el paciente requirió la asistencia de otra persona para recuperarse, perdió el conocimiento, o experimentó convulsiones (independientemente de si se obtuvo documentación bioquímica de un bajo valor de glucosa). En los estudios clínicos individuales (ver “Estudios Clínicos”), los episodios de hipoglucemia se presentaron a una tasa más alta cuando INVOKANA<sup>®</sup> fue coadministrado con insulina o sulfonilureas (Tabla 6) (ver “Advertencias y precauciones”).

**Tabla 6: Incidencia de hipoglucemia\* en los estudios clínicos controlados**

<b>Monoterapia (26 semanas)</b>	<b>Placebo (N=192)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg (N=195)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg (N=197)</b>
Total [N (%)]	5 (2,6)	7 (3,6)	6 (3,0)
<b>En combinación con metformina (26 semanas)</b>	<b>Placebo + metformina (N=183)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg + metformina (N=368)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + metformina (N=367)</b>
Total [N (%)]	3(1,6)	16 (4,3)	17 (4,6)
Severa [N (%)] <sup>†</sup>	0 (0)	1 (0,3)	1 (0,3)
<b>En combinación con metformina (52 semanas)</b>	<b>Glimepirida+ metformina (N=482)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg + metformina (N=483)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + metformina (N=485)</b>
Total [N (%)]	165 (34,2)	27 (5,6)	24 (4,9)
Severa [N (%)] <sup>†</sup>	15 (3,1)	2 (0,4)	3 (0,6)
<b>En combinación con sulfonilurea (18 semanas)</b>	<b>Placebo + sulfonilurea (N=69)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg + sulfonilurea (N=74)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + sulfonilurea (N=72)</b>
Total [N (%)]	4 (5,8)	3 (4,1)	9 (12,5)
<b>En combinación con metformina + sulfonilurea (26 semanas)</b>	<b>Placebo + metformina + sulfonilurea (N=156)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg + metformina + sulfonilurea (N=157)</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + metformina + sulfonilurea (N=156)</b>
Total [N (%)]	24 (15,4)	43 (27,4)	47 (30,1)
Severa [N (%)] <sup>†</sup>	1 (0,6)	1 (0,6)	0
<b>En combinación con metformina + sulfonilurea (52 semanas)</b>	<b>Sitagliptina + metformina + sulfonilurea (N=378)</b>		<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + metformina + sulfonilurea (N=377)</b>
Total [N (%)]	154 (40,7)		163 (43,2)
Severa [N (%)] <sup>†</sup>	13 (3,4)		15 (4,0)
<b>En combinación con</b>	<b>Placebo + metformina +</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg +</b>	<b>INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg + metformina +</b>

<b>metformina + pioglitazona (26 semanas)</b>	<b>Pioglitazona (N=115)</b>	<b>metformina + pioglitazona (N=113)</b>	<b>pioglitazona (N=114)</b>
Total [N (%)]	3 (2,6)	3 (2,7)	6 (5,3)
<b>En combinación con Insulina (18 semanas)</b>	<b>Placebo (N=565)</b>	<b>INVOKANA® 100 mg (N=566)</b>	<b>INVOKANA® 300 mg (N=587)</b>
Total [N (%)]	208 (36,8)	279 (49,3)	285 (48,6)
Severa [N (%)] <sup>†</sup>	14 (2,5)	10 (1,8)	16 (2,7)

\*Número de pacientes que experimentaron al menos un evento de hipoglucemia basado en episodios documentados bioquímicamente o en eventos hipoglucémicos severos en la población de intención a tratar

† Los episodios severos de hipoglucemia fueron definidos como aquellos en los que el paciente requirió la asistencia de otra persona para recuperarse, perdió el conocimiento, o experimentó convulsiones (independientemente de si se obtuvo documentación bioquímica de un valor de glucosa bajo)

### Fractura ósea

En el ensayo CANVAS (ver “Estudios clínicos”), las tasas de incidencia de todas fracturas óseas adjudicadas fueron de 1,09; 1,59 y 1,79 eventos por cada 100 pacientes-año de seguimiento con respecto al placebo, INVOKANA® 100 mg e INVOKANA® 300 mg, respectivamente. El desequilibrio en las fracturas se observó dentro de las primeras 26 semanas de tratamiento y se mantuvo hasta el final del ensayo. Las fracturas tuvieron más probabilidades de deberse a trauma de intensidad baja (por ejemplo, caída desde una altura no mayor que de parado) y de afectar la porción distal de las extremidades superiores e inferiores (ver “Advertencias y precauciones”).

### Pruebas de laboratorio e imagenología

#### *Aumentos en el potasio sérico*

En una población agrupada de pacientes (N=723) con insuficiencia renal moderada (TFGe de 45 a menos de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), se presentaron aumentos en el potasio sérico mayores de 5,4 mEq/L y 15% mayores que el nivel basal en el 5,3%, 5,0% y 8,8% de los pacientes tratados con el placebo, INVOKANA® 100 mg e INVOKANA® 300 mg, respectivamente. Se presentaron aumentos severos (mayores o iguales a 6,5 mEq/L) en el 0,4% de los pacientes tratados con el placebo, en ningún paciente tratado con INVOKANA® 100 mg, y en el 1,3% de los pacientes tratados con INVOKANA® 300 mg.

En estos pacientes, los aumentos de potasio fueron más comunes en las personas con niveles de potasio elevados en la basal. Entre los pacientes con insuficiencia renal moderada, aproximadamente el 84% estaban tomando medicamentos que interfieren con la excreción de potasio, tales como diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, y bloqueadores de los receptores de angiotensina (ver “Advertencias y precauciones” y “Uso en Poblaciones Específicas”).

#### *Aumentos en el magnesio sérico*

Se observaron aumentos relacionados con la dosis en el magnesio sérico poco tiempo después de iniciar la administración de INVOKANA® (en las primeras 6 semanas) y se

mantuvieron elevados durante todo el tratamiento. En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, la media del cambio porcentual en los niveles de magnesio sérico fue del 8,1% y del 9,3% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente, en comparación con el -0,6% con el placebo. En un estudio de pacientes con insuficiencia renal moderada (ver “Estudios Clínicos”), los niveles de magnesio sérico aumentaron en un 0,2%, 9,2% y 14,8% con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente.

#### *Aumentos en el fosfato sérico*

Se observaron aumentos relacionados con la dosis en los niveles de fosfato sérico con la administración de INVOKANA<sup>®</sup>. En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, la media del cambio porcentual en los niveles de fosfato sérico fue del 3,6% y del 5,1% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente, en comparación con el 1,5% con el placebo. En un estudio de pacientes con insuficiencia renal moderada (ver “Estudios Clínicos”), el promedio de los niveles de fosfato sérico aumentó en 1,2%, 5,0% y 9,3% con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente.

#### *Aumentos en el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y en el colesterol de lipoproteínas de densidad no alta (no-HDL-C)*

En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, se observaron aumentos relacionados con la dosis en LDL-C asociados a la administración de INVOKANA<sup>®</sup>. Los cambios promedio (cambios porcentuales) con respecto al valor basal en LDL-C en comparación con el placebo fueron de 4,4 mg/dl (4,5%) y 8,2 mg/dl (8,0%) con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. El promedio del nivel basal de LDL-C fue de 104 a 110 mg/dl entre los grupos de tratamiento (ver “Advertencias y precauciones”).

Se observaron aumentos relacionados con la dosis en no-HDL-C asociados a la administración de INVOKANA<sup>®</sup>. Los cambios promedio (cambios porcentuales) con respecto al valor basal en no-HDL-C en comparación con el placebo fueron de 2,1 mg/dl (1,5%) y 5,1 mg/dl (3,6%) con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg, respectivamente. El promedio del nivel basal de no-HDL-C fue de 140 a 147 mg/dl entre los grupos de tratamiento.

#### *Aumentos en la hemoglobina*

En el grupo de cuatro estudios clínicos controlados con placebo, los cambios promedio (cambios porcentuales) con respecto al valor basal en la hemoglobina fueron de -0,18 g/dl (-1,1%) con el placebo, 0,47 g/dl (3,5%) con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 0,51 g/dl (3,8%) con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg. El promedio del nivel basal de hemoglobina fue de aproximadamente 14,1 g/dl en los grupos de tratamiento. Al final del tratamiento, 0,8%, 4,0% y 2,7% de los pacientes tratados con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e



INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente, tenían niveles de hemoglobina por encima del límite normal superior.

#### *Disminuciones en la densidad mineral ósea*

La densidad mineral ósea (BMD) se midió mediante absorciometría de rayos X de energía dual en un estudio clínico de 714 adultos mayores (edad promedio 64 años) [ver Estudios Clínicos (14.1)]. A los 2 años, los pacientes asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg presentaron disminuciones corregidas por placebo en BMD para el total de la cadera de 0,9% y 1,2%, respectivamente, y en la espina lumbar de 0,3% y 0,7%, respectivamente. Además, las disminuciones en BMD ajustadas por placebo fueron del 0,1% en el cuello femoral para ambas dosis de INVOKANA<sup>®</sup> y del 0,4% en la parte distal del antebrazo para los pacientes asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg. El cambio ajustado por placebo en la parte distal del antebrazo para los pacientes asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg fue del 0%.

#### **Experiencia posterior a la comercialización**

Se han identificado reacciones adversas adicionales en el uso de INVOKANA<sup>®</sup> posterior a la aprobación. Dado que estas reacciones son reportadas voluntariamente por una población de tamaño desconocido, generalmente no es posible estimar de forma confiable su frecuencia o establecer una relación causal con la exposición al medicamento.

- Cetoacidosis
- Lesiones renales agudas
- Anafilaxis, angioedema
- Urosepsis y pielonefritis
- Fascitis necrotizante del perineo (gangrena de Fournier)

#### **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS**

##### **Inductores de la enzima UGT**

Rifampicina: La administración concomitante de canagliflozina con rifampicina, un inductor no selectivo de varias enzimas de UGT, incluyendo UGT1A9, UGT2B4, disminuyó el área bajo la curva (AUC) de canagliflozina en un 51%. Esta disminución en la exposición a canagliflozina puede disminuir la eficacia. Si debe coadministrarse un inductor de estos UGTs (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, ritonavir) con INVOKANA<sup>®</sup> (canagliflozina), considere aumentar la dosis a 300 mg una vez al día si los pacientes

actualmente toleran INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg una vez al día, tienen una TFGe mayor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, y requieren un control glucémico adicional. Considere tratamiento con otro antihiper glucémico en pacientes con una TFGe de 45 a menos de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> que están recibiendo tratamiento concurrente con un inductor de UGT y que requieren un control glucémico adicional (ver “Posología y forma de administración” y “Propiedades farmacológicas”).

### **Digoxina**

Se observó un aumento en el AUC y la concentración máxima promedio (C<sub>máx</sub>) de la digoxina (20% y 36%, respectivamente) cuando se coadministró con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg (ver “Propiedades farmacológicas”). Los pacientes en tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> concomitante con digoxina deben ser vigilados apropiadamente.

### **Examen positivo de glucosa en orina**

No se recomienda vigilar el control glucémico con pruebas de glucosa en orina en pacientes en tratamiento con inhibidores de SGLT2, dado que los inhibidores de SGLT2 aumentan la excreción de glucosa en la orina y causan pruebas positivas de glucosa en orina. Deben utilizarse métodos alternativos para vigilar el control de la glucemia.

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

No se recomienda vigilar el control glucémico con el ensayo de 1,5-AG, ya que las mediciones de 1,5-AG no son confiables para evaluar el control glucémico en pacientes en tratamiento con inhibidores de SGLT2. Deben utilizarse métodos alternativos para vigilar el control de la glucemia.

## **USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS**

### **Embarazo**

#### Resumen de los riesgos

Con base en los datos de animales que muestran efectos renales adversos, no se recomienda la administración de INVOKANA<sup>®</sup> durante el segundo y tercer trimestres del embarazo.

Los datos limitados con INVOKANA<sup>®</sup> en mujeres embarazadas no son suficientes para determinar un riesgo asociado al medicamento con respecto a defectos de nacimiento relevantes o abortos espontáneos. Existen riesgos para la madre y el feto asociados con diabetes mal controlada durante el embarazo (ver “Consideraciones Clínicas”).

En los estudios con animales, se observaron dilataciones renales pélvicas y de los túbulos irreversibles en ratas cuando se administró canagliflozina durante un período de desarrollo renal correspondiente a la parte final del segundo y al tercer trimestre del embarazo humano, con una exposición equivalente a 0,5 veces la dosis clínica de 300 mg, con base en el AUC.

El riesgo basal estimado de defectos de nacimiento importantes es del 6-10% en mujeres con diabetes pregestacional con una HbA1c >7 y se ha reportado que es tan alta como 20-25% en mujeres con una HbA1c >10. Se desconoce el riesgo basal estimado de aborto espontáneo para la población indicada. En la población general de EE.UU., el riesgo basal estimado de defectos de nacimiento importantes y de abortos espontáneos en embarazos reconocidos clínicamente es de 2-4% y de 15-20%, respectivamente.

### Consideraciones clínicas

#### *Riesgo materno y/o embriofetal asociado con la enfermedad*

La diabetes mal controlada durante el embarazo aumenta el riesgo materno de padecer cetoacidosis diabética, preeclampsia, abortos espontáneos, partos prematuros, muerte fetal y complicaciones en el parto. La diabetes mal controlada aumenta el riesgo fetal de presentar defectos de nacimiento relevantes, muerte fetal y morbilidad relacionada con macrosomía.

#### *Datos obtenidos en animales*

La canagliflozina administrada directamente a ratas juveniles a partir del día 21 posterior al nacimiento (PND) hasta el PND 90 en dosis de 4, 20, 65, o 100 mg/kg causó un aumento en el peso renal y un aumento dosis dependiente en la incidencia y la severidad de la dilatación renal pélvica y tubular en todas las dosis analizadas. La exposición a la dosis más baja fue mayor o igual a 0,5 veces la dosis clínica de 300 mg, con base en el AUC. Estos resultados se produjeron con la exposición al principio activo durante los períodos de desarrollo renal en ratas que corresponden al final del segundo y el tercer trimestre del desarrollo renal humano. Las dilataciones renales pélvicas observadas en animales jóvenes no se revirtieron completamente en un período de recuperación de 1 mes.

En estudios de desarrollo embriofetal en ratas y conejos, se administró canagliflozina en los periodos equivalentes al período de organogénesis en el primer trimestre en los seres humanos. No se observó toxicidad en el desarrollo independientemente de la toxicidad materna cuando se administró canagliflozina en dosis de hasta 100 mg/kg en ratas preñadas y de 160 mg/kg en conejas preñadas durante la organogénesis embrionaria o durante un estudio en el que las ratas madres recibieron el principio activo a partir del día de gestación (GD) 6 hasta el PND 21, lo cual fue equivalente a exposiciones de hasta aproximadamente 19 veces la dosis clínica de 300 mg, con base en el AUC.

### **Lactancia**

#### Resumen de los riesgos

No existe información sobre la presencia de INVOKANA® en la leche humana, los efectos en el lactante, o los efectos sobre la producción de leche. La canagliflozina está presente en la leche de ratas lactantes (ver “Datos”). Dado que la maduración de riñón humano se

produce *in utero* y durante los primeros 2 años de vida, cuando puede ocurrir exposición a través de la leche materna, puede haber riesgo para el riñón humano en desarrollo.

Debido a la posibilidad de que se presenten reacciones adversas serias en el bebé lactante, las mujeres deben recibir orientación sobre que no se recomienda el uso de INVOKANA<sup>®</sup> durante la lactancia.

### Datos

#### *Datos obtenidos en animales*

La canagliflozina radiomarcada administrada a ratas lactantes el día 13 después del parto se detectó en una relación leche/plasma de 1,40, lo cual indica que la canagliflozina y sus metabolitos son transferidos a la leche a una concentración comparable a la que se presenta en el plasma. Ratas jóvenes expuestas directamente a canagliflozina mostraron un riesgo para el riñón en desarrollo (dilataciones renales pélvica y tubulares) durante la maduración.

### **Uso pediátrico**

No se han establecido la seguridad y la eficacia de INVOKANA<sup>®</sup> en pacientes pediátricos menores de 18 años de edad.

### **Uso geriátrico**

En 13 ensayos clínicos de INVOKANA<sup>®</sup>, 2.294 pacientes de 65 de edad y mayores, y 351 pacientes de 75 años de edad o más estuvieron expuestos a INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Estudios Clínicos”).

Pacientes de 65 años de edad y mayores presentaron una incidencia más alta de reacciones adversas relacionadas con una reducción del volumen intravascular con INVOKANA<sup>®</sup> (tales como hipotensión, mareos posturales, hipotensión ortostática, síncope y deshidratación), particularmente con la dosis diaria de 300 mg, en comparación con el de pacientes más jóvenes; se observó un aumento más importante de la incidencia en pacientes de 75 años de edad o mayores (ver “Posología y forma de administración” y “Reacciones Adversas”). Se observaron reducciones más modestas en los niveles de HbA1C con la administración de INVOKANA<sup>®</sup> en comparación con el placebo en pacientes de edad avanzada (65 años o mayores; -0,61% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y -0,74% con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg versus el placebo) en comparación con pacientes más jóvenes (-0,72% con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y -0,87% con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg versus el placebo).

### **Insuficiencia renal**

La eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup> fueron evaluadas en un ensayo que incluyó a pacientes con trastorno renal moderado (TFGe de 30 a menos de 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (ver “Estudios Clínicos”). Estos pacientes tenían una menor eficacia glucémica global y una

mayor incidencia de reacciones adversas relacionadas con una reducción del volumen intravascular, reacciones adversas de índole renal y disminuciones de la TFGe, en comparación con pacientes con insuficiencia renal leve o con una función renal normal (TFGe mayor de o igual a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se observaron aumentos promedio transitorios relacionados con la dosis en el potasio sérico poco tiempo después de iniciar la administración de INVOKANA<sup>®</sup> (es decir, en las primeras 3 semanas) en este estudio. Se presentaron aumentos en el potasio sérico mayores de 5,4 mEq/L y 15% mayores que el nivel basal en el 16,1%, 12,4% y 27,0% de los pacientes tratados con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente. Se registraron aumentos severos (mayores o iguales a 6,5 mEq/L) en el 1,1%, 2,2% y 2,2% de los pacientes tratados con el placebo, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, respectivamente (ver “Posología y forma de administración”, “Advertencias y precauciones” y “Reacciones Adversas”).

La eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup> no han sido establecidas en pacientes con insuficiencia renal severa (TFGe menor de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), con ESRD, o que reciben tratamiento con diálisis. No se espera que INVOKANA<sup>®</sup> sea efectivo en estas poblaciones de pacientes (ver “Contraindicaciones” y “Propiedades farmacológicas”).

### **Insuficiencia hepática**

No es necesario un ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. El uso de INVOKANA<sup>®</sup> se no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática severa y, por lo tanto, no se recomienda (ver “Propiedades farmacológicas”).

### **SOBREDOSIFICACIÓN**

En caso de sobredosis, comuníquese con un Centro de Intoxicaciones. También es razonable emplear las medidas de apoyo usuales, por ejemplo, eliminar el material no absorbido del tracto gastrointestinal, realizar vigilancia clínica y administrar tratamiento de apoyo de acuerdo con el estado clínico del paciente. La canagliflozina fue eliminada de manera insignificante durante una sesión de hemodiálisis de 4 horas. No se espera que la canagliflozina sea dializable por diálisis peritoneal.

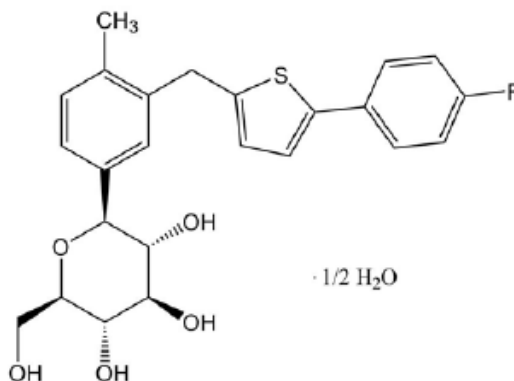
Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología de:

Hospital de Pediatría Dr. Ricardo Gutiérrez – Tel: (011) 4962-6666 / 2247

Hospital A. Posadas – Tel: (011) 4654-6648 y 4658-7777

### **DESCRIPCIÓN**

INVOKANA<sup>®</sup> (canagliflozina) contiene canagliflozina, un inhibidor del cotransportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2), el transportador responsable de la reabsorción de la mayoría de la glucosa filtrada por el riñón. El nombre químico de la canagliflozina, el componente activo de INVOKANA<sup>®</sup>, es (1S)-1,5-anhidro-1-[3-[[5-(4-fluorofenil)-2-tienil]metil]-4-metilfenil]-D-glucitol hemihidrato y su fórmula y peso molecular son C<sub>24</sub>H<sub>25</sub>FO<sub>5</sub>•1/2 H<sub>2</sub>O y 453,53, respectivamente. La fórmula estructural de canagliflozina es:



La canagliflozina es prácticamente insoluble en medios acuosos a valores de pH de 1,1 a 1,9.

INVOKANA<sup>®</sup> se suministra como comprimidos recubiertos para administración oral, que contienen 102 y 306 mg de canagliflozina en cada concentración de comprimido, equivalentes a 100 mg y 300 mg de canagliflozina (anhidra), respectivamente.

Los componentes inactivos del núcleo del comprimido son croscarmelosa de sodio, hidroxipropil celulosa, lactosa anhidra, estearato de magnesio y celulosa microcristalina. El estearato de magnesio es de origen vegetal. Los comprimidos reciben un acabado con un recubrimiento disponible comercialmente que consta de los siguientes excipientes: alcohol polivinílico (parcialmente hidrolizado), dióxido de titanio, macrogol/PEG, talco y óxido de hierro amarillo E172 (únicamente para el comprimido de 100 mg).

## PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

### Mecanismo de acción

El cotransportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2), que se expresa en los túbulos renales proximales, es responsable de la mayor parte de la reabsorción de la glucosa filtrada desde la luz tubular. La canagliflozina es un inhibidor del SGLT2. Al inhibir el SGLT2, la canagliflozina reduce la reabsorción de la glucosa filtrada y disminuye el umbral renal para la glucosa (RT<sub>G</sub>) y, por lo tanto, aumenta la excreción de glucosa en la orina (UGE).

### Propiedades farmacodinámicas

Después de dosis orales únicas y múltiples de canagliflozina en pacientes con diabetes tipo 2, se observaron disminuciones dependientes de dosis en el umbral renal para glucosa (RT<sub>G</sub>) y aumentos en la excreción de glucosa en la orina. A partir de un valor de RT<sub>G</sub> de aproximadamente 240 mg/dl, la canagliflozina en dosis de 100 mg y 300 mg una vez al día suprimieron el RT<sub>G</sub> a lo largo de un período de 24 horas. Se observó una supresión máxima del RT<sub>G</sub> promedio en el período de 24 horas a niveles de aproximadamente 70 a 90 mg/dl con la dosis diaria de 300 mg en pacientes con diabetes tipo 2 en ensayos de Fase 1. Las reducciones en el RT<sub>G</sub> causaron un aumento en la UGE promedio de aproximadamente 100 g/día en sujetos con diabetes tipo 2 tratados con 100 o 300 mg de canagliflozina. En pacientes con diabetes tipo 2 que recibieron de 100 mg a 300 mg una vez al día durante un período de dosificación de 16 días, se observaron reducciones en el RT<sub>G</sub> y aumentos en la excreción de glucosa en la orina durante el período de administración. En este ensayo, la glucosa plasmática disminuyó en una forma dosis-dependiente en el primer día de la administración. En ensayos de dosis única en sujetos saludables y con diabetes tipo 2, el tratamiento con canagliflozina 300 mg antes de una comida mixta retrasó la absorción intestinal de la glucosa y redujo la glucosa postprandial.

#### Electrofisiología cardíaca

En un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, con un activo como comparador, cruzado de 4 vías, 60 sujetos sanos recibieron una dosis oral única de canagliflozina 300 mg, canagliflozina 1.200 mg (4 veces la dosis máxima recomendada), moxifloxacina y placebo. No se observaron cambios relevantes en el intervalo QTc con la dosis recomendada de 300 mg o con la dosis de 1.200 mg.

#### **Propiedades farmacocinéticas**

La farmacocinética de la canagliflozina es similar en sujetos sanos y en pacientes con diabetes tipo 2. Después de la administración oral de una dosis única de 100 mg y 300 mg de INVOKANA<sup>®</sup>, las concentraciones máximas en plasma (mediana de la T<sub>máx</sub>) de canagliflozina se presentan en las primeras 1 a 2 horas después de la administración de la dosis. La C<sub>máx</sub> en plasma y el AUC de canagliflozina aumentaron en forma proporcional a la dosis de 50 mg a 300 mg. La vida media terminal aparente (t<sub>1/2</sub>) fue de 10,6 horas y de 13,1 horas para las dosis de 100 mg y 300 mg, respectivamente. Se alcanzó el estado estacionario después de 4 a 5 días de la administración de una dosis de canagliflozina 100 mg a 300 mg una vez al día. La canagliflozina no mostró farmacocinética dependiente del tiempo y se acumuló en el plasma hasta el 36% después de dosis múltiples de 100 mg y 300 mg.

#### Absorción

La biodisponibilidad oral absoluta media de canagliflozina es de aproximadamente 65%. La administración concomitante de una comida alta en grasas con canagliflozina no tuvo efecto alguno sobre la farmacocinética de la canagliflozina; por lo tanto, INVOKANA<sup>®</sup> puede

tomarse con o sin alimentos. Sin embargo, con base en la posibilidad de reducir las excursiones en la glucosa en plasma postprandial debido al retraso en la absorción intestinal de la glucosa, se recomienda que INVOKANA<sup>®</sup> se tome antes de la primera comida del día (ver “Posología y forma de administración”).

### Distribución

El promedio del volumen en estado estacionario de la distribución de la canagliflozina después una única infusión intravenosa en sujetos sanos fue de 83,5 L, lo cual sugiere una distribución tisular extensa. La canagliflozina se une ampliamente a las proteínas plasmáticas (99%), principalmente a la albúmina. La unión a proteínas es independiente de las concentraciones plasmáticas de canagliflozina. La unión a las proteínas plasmáticas no se ve alterada significativamente en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

### Metabolismo

La *O*-glucuronidación es la principal vía de eliminación metabólica de la canagliflozina, que se glucuronida principalmente por UGT1A9 y UGT2B4 para producir dos metabolitos de tipo *o*-glucurónido no activos.

El metabolismo (oxidativo) de la canagliflozina mediado por CYP3A4 es mínimo (aproximadamente 7%) en humanos.

### Excreción

Después de la administración oral de una sola dosis oral de canagliflozina [<sup>14</sup>C] en sujetos sanos, el 41,5%, 7,0% y 3,2% de la dosis radiactiva administrada fue recuperada en las heces como canagliflozina, un metabolito hidroxilado, y un metabolito *O*-glucurónido, respectivamente. La circulación enterohepática de canagliflozina fue insignificante.

Aproximadamente el 33% de la dosis radiactiva administrada fue excretada en la orina, principalmente como metabolitos de tipo *O*-glucurónido (30,5%). Menos del 1% de la dosis fue excretada como canagliflozina inalterada en la orina. La depuración renal de dosis de canagliflozina de 100 mg y 300 mg varió de 1,30 a 1,55 ml/min.

La depuración sistémica promedio de canagliflozina fue de aproximadamente 192 ml/min en sujetos sanos después de la administración intravenosa.

### Poblaciones Específicas

#### *Insuficiencia renal*

En un ensayo de una sola dosis, abierto, se evaluó la farmacocinética de canagliflozina 200 mg en sujetos con diversos grados de insuficiencia renal (clasificados mediante la fórmula MDRD-TFG<sub>e</sub>) en comparación con sujetos sanos.



La insuficiencia renal no afectó la  $C_{\text{máx}}$  de la canagliflozina. En comparación con sujetos sanos (N=3; TFGe mayor o igual a 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), el AUC de la canagliflozina en plasma aumentó aproximadamente en un 15%, 29% y 53% en sujetos con insuficiencia renal leve (N=10), moderada (N=9) y severa (N=10), respectivamente (TFGe de 60 a menos de 90, de 30 a menos de 60 y de 15 a menos de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, respectivamente), pero fue similar para sujetos con ESRD (N=8) y para sujetos sanos.

Los aumentos de esta magnitud en la AUC de la canagliflozina no se consideran clínicamente relevantes. La respuesta farmacodinámica a la canagliflozina disminuye al aumentar la severidad de la insuficiencia renal (ver “Contraindicaciones” y “Advertencias y precauciones”).

La canagliflozina fue eliminada de manera insignificante por hemodiálisis.

#### *Insuficiencia hepática*

En comparación con sujetos con una función hepática normal, las relaciones de las medias geométricas para  $C_{\text{máx}}$  y  $AUC_{\infty}$  de la canagliflozina fueron de 107% y 110%, respectivamente, en sujetos con Child-Pugh Clase A (insuficiencia hepática leve) y de 96% y 111%, respectivamente, en sujetos con Child-Pugh Clase B (insuficiencia hepática moderada) después de la administración oral de una sola dosis de 300 mg de canagliflozina.

Estas diferencias no se consideran clínicamente significativas. No se ha generado experiencia clínica en pacientes con Child-Pugh Clase C (insuficiencia hepática severa) (ver “Uso en Poblaciones Específicas”).

#### *Efectos farmacocinéticos de la edad, el Índice de Masa Corporal (BMI)/peso, el sexo y la raza*

Con base en el análisis PK de la población con datos registrados de 1526 sujetos, la edad, el índice de masa corporal (BMI)/peso, el sexo y la raza no tienen un efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de la canagliflozina (Ver “Uso en Poblaciones Específicas”).

#### Estudios de interacción medicamentosa

##### *Evaluación de las interacciones medicamentosas in vitro*

La canagliflozina no indujo la expresión de la enzima CYP450 (3A4, 2C9, 2C19, 2B6 y 1A2) en cultivos de hepatocitos humanos. La canagliflozina no inhibió las isoenzimas CYP450 (1A2, 2A6, 2C19, 2D6 o 2E1) e inhibió débilmente CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9 y CYP3A4, con base en estudios *in vitro* con microsomas hepáticos humanos. La canagliflozina es un inhibidor débil de P-gp.

La canagliflozina también es un sustrato de los transportadores de fármaco de glicoproteína P (P-gp) y MRP2.

*Evaluación de las interacciones medicamentosas in vitro*

**Tabla 7: Efecto de fármacos coadministrados sobre las exposiciones sistémicas de canagliflozina**

Fármaco coadministrado	Dosis del fármaco Coadministrado*	Dosis de canagliflozina*	Cociente de medias geométricas (Cociente con/sin fármaco coadministrado) Ningún efecto=1,0	
			AUC† (IC 90%)	Cmáx (IC 90%)
<b>Ver “Interacciones medicamentosas” acerca de la relevancia clínica de lo siguiente:</b>				
Rifampicina	600 mg QD durante 8 días	300 mg	0,49 (0,44; 0,54)	0,72 (0,61; 0,84)
<b>No se requieren ajustes de la dosis de INVOKANA® para lo siguiente:</b>				
Ciclosporina	400 mg	300 mg QD durante 8 días	1,23 (1,19; 1,27)	1,01 (0,91; 1,11)
Etinil estradiol y levonorgestrel	0,03 mg de etinil estradiol y 0,15 mg de levonorgestrel	200 mg QD durante 6 días	0,91 (0,88; 0,94)	0,92 (0,84; 0,99)
Hidroclorotiazida	25 mg QD durante 35 días	300 mg QD durante 7 días	1,12 (1,08; 1,17)	1,15 (1,06; 1,25)
Metformina	2.000 mg	300 mg QD durante 8 días	1,10 (1,05; 1,15)	1,05 (0,96; 1,16)
Probenecid	500 mg BID durante 3 días	300 mg QD durante 17 días	1,21 (1,16; 1,25)	1,13 (1,00; 1,28)

\*Dosis única, a menos que se indique lo contrario

† AUCinf para fármacos administrados como una sola dosis y AUC24h para fármacos administrados como dosis múltiples QD = una vez al día; BID = 2 veces al día

**Tabla 8: Efecto de la canagliflozina sobre la exposición sistémica de fármacos coadministrados**

Fármaco coadministrado	Dosis del fármaco coadministrado*	Dosis de canagliflozina*	Cociente de medias geométricas (cociente con/sin fármaco coadministrado) Sin efecto = 1,0		
				AUC <sup>†</sup> (IC 90%)	C <sub>máx</sub> (IC 90%)
<b>Ver “Interacciones medicamentosas” acerca de la relevancia clínica de lo siguiente:</b>					
Digoxina	0,5 mg QD el primer día seguido de 0,25 mg QD durante 6 días	300 mg QD durante 7 días	Digoxina	1,20 (1,12; 1,28)	1,36 (1,21; 1,53)
<b>No se requieren ajustes de la dosis del fármaco coadministrado para lo siguiente:</b>					
Acetaminofén	1.000 mg	300 mg BID durante 25 días	Acetaminofén	1,06 <sup>‡</sup> (0,98; 1,14)	1,00 (0,92; 1,09)
Etinil estradiol y levonorgestrel	0,03 mg de etinil estradiol y 0,15 mg de levonorgestrel	200 mg QD durante 6 días	Etinil estradiol	1,07 (0,99; 1,15)	1,22 (1,10; 1,35)
			Levonorgestrel	1,06 (1,00; 1,13)	1,22 (1,11; 1,35)
Gliburida	1,25 mg	200 mg QD durante 6 días	gliburida	1,02 (0,98; 1,07)	0,93 (0,85; 1,01)
			3-Cis-hidroxi-gliburida	1,01 (0,96; 1,07)	0,99 (0,91; 1,08)
			4-Trans-hidroxi-gliburide	1,03 (0,97; 1,09)	0,96 (0,88; 1,04)
Hidroclorotiazida	25 mg QD durante 35 días	300 mg QD durante 7 días	Hidroclorotiazida	0,99 (0,95; 1,04)	0,94 (0,87; 1,01)
Metformina	2.000 mg	300 mg QD durante 8 días	Metformina	1,20 (1,08; 1,34)	1,06 (0,93; 1,20)
Simvastatina	40 mg	300 mg QD durante 7 días	Simvastatina	1,12 (0,94; 1,33)	1,09 (0,91; 1,31)

			Simvastatina ácida	1,18 (1,03; 1,35)	1,26 (1,10; 1,45)
Warfarina	30 mg	300 mg QD durante 12 días	(R)-Warfarina	1,01 (0,96; 1,06)	1,03 (0,94; 1,13)
			(S)-Warfarina	1,06 (1,00; 1,12)	1,01 (0,90; 1,13)
			INR	1,00 (0,98; 1,03)	1,05 (0,99; 1,12)

\* Dosis única, a menos que se indique lo contrario

† AUCinf para fármacos administrados como una sola dosis y AUC24h para fármacos administrados como dosis múltiples

‡ AUC0-12h

QD = una vez al día; BID = 2 veces al día; INR = Cociente Normalizado Internacional

## TOXICOLOGÍA PRECLÍNICA

### Carcinogénesis, mutagénesis y trastornos de la fertilidad

#### Carcinogénesis

Se evaluó la carcinogenicidad en estudios de 2 años realizados en ratones CD1 y ratas Sprague-Dawley. La canagliflozina no aumentó la incidencia de tumores en ratones que recibieron dosis de 10, 30 o 100 mg/kg (cantidad menor o igual a 14 veces la exposición de una dosis clínica de 300 mg).

Los tumores de células de Leydig testiculares, considerados secundarios al aumento de la hormona luteinizante (LH), aumentaron significativamente en ratas machos en todas las dosis evaluadas (10, 30 y 100 mg/kg). En un ensayo clínico de 12 semanas, la LH no aumentó en machos tratados con canagliflozina.

El adenoma tubular renal y el carcinoma aumentaron significativamente en ratas machos y hembras que recibieron dosis de 100 mg/kg, equivalentes a aproximadamente 12 veces la exposición clínica de una dosis de 300 mg. Asimismo, el feocromocitoma suprarrenal aumentó significativamente en los machos y numéricamente en hembras que recibieron dosis de 100 mg/kg. La malabsorción de carbohidratos asociada a dosis altas de canagliflozina se consideró un evento proximal necesario en la aparición de tumores renales y suprarrenales en ratas. Los ensayos clínicos no han demostrado la malabsorción de carbohidratos en humanos en dosis de canagliflozina de hasta 2 veces la dosis clínica recomendada de 300 mg.

### Mutagénesis

La canagliflozina no fue mutagénica con o sin activación metabólica en el ensayo de Ames. La canagliflozina fue mutagénica en el ensayo de linfoma de ratón *in vitro* con activación metabólica pero no sin ella. La canagliflozina no fue mutagénica ni clastogénica en un ensayo *in vivo* oral de micronúcleos en ratas y en un ensayo *in vivo* Comet oral en ratas.

### Trastornos de la fertilidad

La canagliflozina no afectó la capacidad de las ratas para aparearse y engendrar o mantener una camada hasta una dosis máxima de 100 mg/kg (aproximadamente 14 veces y 18 veces la dosis clínica de 300 mg en machos y hembras, respectivamente), aunque se observaron alteraciones menores en varios parámetros reproductivos (disminución de la velocidad de los espermatozoides, aumento en el número de espermatozoides anormales, número ligeramente menor de cuerpos lúteos, menos sitios de implantación y tamaños de camadas más pequeños) a la dosis más alta administrada.

## **ESTUDIOS CLÍNICOS**

INVOKANA<sup>®</sup> (canagliflozina) ha sido estudiado como monoterapia y en combinación con metformina, sulfonilurea, metformina y sulfonilurea, metformina y sitagliptina, metformina y una tiazolidinediona (es decir, pioglitazona), y en combinación con insulina (con o sin otros agentes antihiper glucémicos). La eficacia de INVOKANA<sup>®</sup> se comparó con la de un inhibidor de dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) (sitagliptina), tanto como complemento en tratamiento de combinación con metformina y sulfonilurea, y una sulfonilurea (glimепirida), ambos como complemento en tratamiento de combinación con metformina. INVOKANA<sup>®</sup> también se evaluó en adultos de 55 a 80 años de edad y en pacientes con insuficiencia renal moderada.

En pacientes con diabetes tipo 2, el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> produjo mejoras estadística y clínicamente significativas en los niveles de HbA1c en comparación con el placebo. Se observaron reducciones en HbA1c en subgrupos que incluyeron la edad, el sexo, la raza y el índice de masa corporal (BMI) basal.

### **Ensayos de control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2**

#### Monoterapia

Un total de 584 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con dieta y ejercicio participaron en un ensayo doble ciego, controlado con placebo, de 26 semanas para evaluar la eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup>. La edad promedio fue de 55 años, el 44% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 87 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que tomaban otros agentes antihiper glucémicos (N=281) suspendieron el tratamiento y fueron sometidos a un periodo de eliminación de 8 semanas seguido de un periodo de preincorporación de 2 semanas ciego simple con un placebo. Los

Fecha de aprobación: 5 de agosto de 2019 AR\_CANA\_FCT\_PI-PIL\_USPI Oct-18\_V3.0+D\_es

pacientes que no estaban tomando agentes antihiper glucémicos orales (N=303) ingresaron directamente en el período de 2 semanas ciego simple con un placebo. Después del período con el placebo, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o al placebo, administrado una vez al día durante 26 semanas.

Al final del tratamiento, INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día produjeron una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C ( $p < 0,001$  para ambas dosis) en comparación con el placebo. Además, INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día arrojaron una mayor proporción de pacientes que lograron un nivel de HbA1C menor del 7%, en una reducción significativa en la glucosa plasmática en ayunas (FPG), en una mejora en los niveles de glucosa postprandial (PPG), y en una disminución del porcentaje de peso corporal en comparación con el placebo (ver la Tabla 9). Los cambios promedio estadísticamente significativos ( $p < 0,001$  para ambas dosis) con respecto al valor basal en la presión arterial sistólica en comparación con el placebo fueron de -3,7 mmHg y -5,4 mmHg con INVOKANA® 100 mg y 300 mg, respectivamente.

**Tabla 9: Resultados del estudio clínico controlado con placebo de 26 semanas con INVOKANA® como monoterapia\***

<b>Parámetro de eficacia</b>	<b>Placebo (N=192)</b>	<b>INVOKANA® 100 mg (N=195)</b>	<b>INVOKANA® 300 mg (N=197)</b>
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	7,97	8,06	8,01
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	0,14	-0,77	-1,03
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,91 <sup>‡</sup> (-1,09; -0,73)	-1,16 <sup>‡</sup> (-1,34; -0,99)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1c &lt; 7%</b>	21	45 <sup>‡</sup>	62 <sup>‡</sup>
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	166	172	173
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	8	-27	-35
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-36 <sup>‡</sup> (-42; -29)	-43 <sup>‡</sup> (-50; -37)
<b>Glucosa postprandial a las 2 horas (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	229	250	254
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	5	-43	-59
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-48 <sup>‡</sup> (-59,1; -37,0)	-64 <sup>‡</sup> (-75,0; -52,9)
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	87,5	85,9	86,9
% cambio con respecto al valor basal	-0,6	-2,8	-3,9

(promedio ajustado)			
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-2,2 <sup>‡</sup> (-2,9; -1,6)	-3,3 <sup>‡</sup> (-4,0; -2,6)

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> p<0,001

### Tratamiento complementario de combinación con metformina

Un total de 1.284 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con monoterapia con metformina (dosis mayores o iguales a 2.000 mg/día, o de al menos 1.500 mg/día si no se toleraban dosis más altas) participaron en un ensayo clínico doble ciego, controlado con placebo y controlado con activo de 26 semanas para evaluar la eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con metformina. La edad promedio fue de 55 años, el 47% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que ya estaban tomando la dosis requerida de metformina (N=1009) fueron asignados aleatoriamente después de completar un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple con un placebo. Los pacientes que tomaban menos de la dosis requerida de metformina o los pacientes que estaban tomando metformina en combinación con otro agente antihiper glucémico (N=275) fueron cambiados a monoterapia con metformina (a las dosis descritas anteriormente) durante por lo menos 8 semanas antes de entrar en el periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple, con un placebo. Después del período con el placebo, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg, INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg, sitagliptina 100 mg o al placebo, administrados una vez al día como complemento terapéutico de metformina.

Al final del tratamiento, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg una vez al día produjeron una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C (p<0,001 para ambas dosis) en comparación con el placebo cuando se agregó al tratamiento con metformina. Además, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg una vez al día arrojaron una mayor proporción de pacientes que lograron un nivel de HbA1C menor del 7%, una reducción significativa en la glucosa plasmática en ayunas (FPG), una mejoría en los niveles de glucosa postprandial (PPG) y una disminución del porcentaje de peso corporal en comparación con el placebo, cuando se agregó a metformina (ver la Tabla 10). Los cambios promedio estadísticamente significativos (p<0,001 para ambas dosis) con respecto al valor basal en la presión arterial sistólica en comparación con el placebo fueron de -5,4 mmHg y -6,6 mmHg con INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg, respectivamente.

**Tabla 10: Resultados del estudio clínico controlado con placebo de 26 semanas de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con metformina\***

	Placebo + metformina	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg + metformina	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg + metformina
--	-------------------------	---	---

Parámetro de eficacia	(N=183)	(N=368)	(N=367)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	7,96	7,94	7,95
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,17	-0,79	-0,94
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,62 <sup>‡</sup> (-0,76; -0,48)	-0,77 <sup>‡</sup> (-0,91; -0,64)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1c &lt; 7%</b>	30	46 <sup>‡</sup>	58 <sup>‡</sup>
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	164	169	173
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	2	-27	-38
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-30 <sup>‡</sup> (-36; -24)	-40 <sup>‡</sup> (-46; -34)
<b>Glucosa postprandial a las 2 horas (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	249	258	262
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-10	-48	-57
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-38 <sup>‡</sup> (-49; -27)	-47 <sup>‡</sup> (-58; -36)
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	86,7	88,7	85,4
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-1,2	-3,7	-4,2
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-2,5 <sup>‡</sup> (-3,1; -1,9)	-2,9 <sup>‡</sup> (-3,5; -2,3)

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> p<0,001

### Terapia de combinación inicial con metformina

Un total de 1.186 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con dieta y ejercicio participaron en un ensayo doble ciego, controlado con activo, de 26 semanas, con grupos paralelos, con 5 brazos, multicéntrico, para evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento inicial con INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con metformina XR. La mediana de la edad fue de 56 años, el 48% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 87,6 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. La mediana de la duración de la diabetes era de 1,6 años, y el 72% de los pacientes no habían recibido tratamiento previo. Después de completar un periodo de preincorporación de 2 semanas ciego simple con placebo, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un período de tratamiento doble ciego de 26 semanas a 1 de 5 grupos de tratamiento (Tabla 11). La dosis de metformina XR se inició en 500 mg/día durante la primera semana de tratamiento, y luego aumentó a 1000 mg/día. Metformina XR o el placebo equivalente fue titulado en forma ascendente cada 2-3 semanas durante las



siguientes 8 semanas de tratamiento a una dosis diaria máxima de 1500 a 2000 mg/día, según fuera tolerado; alrededor del 90% de los pacientes alcanzó los 2000 mg/día.

Al final del tratamiento, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg en combinación con metformina XR produjeron una mejoría estadísticamente significativa más importante en HbA1c en comparación con sus dosis de INVOKANA<sup>®</sup> respectivas (100 mg y 300 mg) solas o de metformina XR solo.

**Tabla 11: Resultados del estudio clínico controlado con activo de 26 semanas de tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> solo o INVOKANA<sup>®</sup> como tratamiento inicial en combinación con metformina\***

Parámetro de eficacia	Metformina XR (N=237)	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg (N=237)	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg (N=238)	INVOKANA <sup>®</sup> 100 mg + metformina XR (N=237)	INVOKANA <sup>®</sup> 300 mg + metformina XR (N=237)
<b>HbA1C (%)</b>					
Valor basal (promedio)	8,81	8,78	8,77	8,83	8,90
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado) ¶	-1,30	-1,37	-1,42	-1,77	-1,78
Diferencia con respecto a canagliflozina 100 mg (promedio ajustado) (IC 95%) †				-0,40‡ (-0,59; -0,21)	
Diferencia con respecto a canagliflozina 300 mg (promedio ajustado) (IC 95%) †					-0,36‡ (-0,56; -0,17)
Diferencia con respecto a metformina XR (promedio ajustado) (IC 95%) †		-0,06‡‡ (-0,26; 0,13)	-0,11‡‡ (-0,31; 0,08)	-0,46‡ (-0,66; -0,27)	-0,48‡ (-0,67; -0,28)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1c &lt; 7%</b>	38	34	39	47§§	51§§

\* Población de intención a tratar

† Media de mínimos cuadrados ajustada por las covariables incluyendo el valor basal y el factor de estratificación

‡ p=0,001 ajustado por superioridad

‡‡ p=0,001 ajustado por no inferioridad

§§ p<0,05 ajustado

¶ Hubo 121 pacientes sin datos de eficacia de la semana 26. Los análisis que abordaron los datos faltantes dieron resultados consistentes con los resultados que se presentan en esta tabla.

**INVOKANA® en comparación con glimepirida, ambos como complemento en combinación con metformina**

Un total de 1450 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con monoterapia con metformina (dosis mayores o iguales a 2.000 mg/día, o de al menos 1.500 mg/día si no se toleraban dosis más altas) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con activo de 52 semanas para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA® en combinación con metformina.

La edad promedio fue de 56 años, el 52% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que toleraban la dosis máxima requerida de metformina (N=928) fueron asignados aleatoriamente después de completar un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple con un placebo. Los otros pacientes (n=522) fueron cambiados a monoterapia con metformina (a las dosis descritas anteriormente) durante por lo menos 10 semanas, y luego completaron un periodo de preincorporación de 2 semanas ciego simple. Después del periodo de preincorporación de 2 semanas ciego simple, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o glimepirida (se permitió la titulación durante el ensayo de 52 semanas a 6 u 8 mg), administrados una vez al día como complemento terapéutico de metformina.

Como se muestra en la Tabla 12 y la Figura 1, al final del tratamiento INVOKANA® 100 mg proporcionó reducciones similares en HbA1C con respecto al valor basal en comparación con glimepirida cuando se agregó al tratamiento con metformina. INVOKANA® 300 mg proporcionó una mayor reducción con respecto al valor basal en HbA1c en comparación con glimepirida, y la diferencia relativa del tratamiento fue de -0,12% (IC 95%: -0,22; -0,02). Como se muestra en la Tabla 12, el tratamiento con INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día siempre produjo una mejora más importante en el cambio del porcentaje de peso corporal, en comparación con glimepirida.

**Tabla 12: Resultados del estudio clínico de 52 semanas de comparación de INVOKANA® con glimepirida en combinación con metformina\***

Parámetro de eficacia	INVOKANA® 100 mg + metformina (N=483)	INVOKANA® 300 mg + metformina (N=485)	Glimepirida (titulada) + metformina (N=482)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	7,78	7,79	7,83
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,82	-0,93	-0,81
Diferencia con respecto a glimepirida (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-0,01 <sup>‡</sup> (-0,11; 0,09)	-0,12 <sup>‡</sup> (-0,22; -0,02)	
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1c &lt; 7%</b>	54	60	56

<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	165	164	166
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-24	-28	-18
Diferencia con respecto a glimepirida (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-6 (-10; -2)	-9 (-13; -5)	
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	86,8	86,6	86,6
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-4,2	-4,7	1,0
Diferencia con respecto a glimepirida (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-5,2 <sup>§</sup> (-5,7; -4,7)	-5,7 <sup>§</sup> (-6,2; -5,1)	

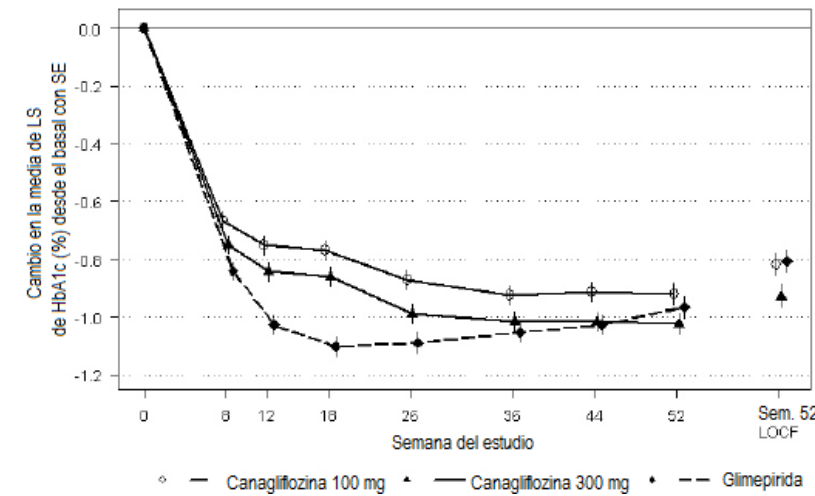
\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> INVOKANA<sup>®</sup> + metformina se considera no inferior a glimepirida + metformina porque el límite superior de este intervalo de confianza es menor al margen de no inferioridad preestablecido de < 0,3%.

<sup>§</sup> p<0,001

**Figura 1: Cambio promedio en HbA1c en cada punto de valoración (pacientes que completaron el estudio) y en la semana 52 usando la última interpolación hacia adelante (Población mITT)**



#### Tratamiento complementario de combinación con sulfonilurea

Un total de 127 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con monoterapia con sulfonilurea participaron en un subestudio doble ciego, controlado con placebo, de 18 semanas para evaluar la eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con sulfonilurea. La edad promedio fue de 65 años, el 57% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 69 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes tratados con monoterapia con sulfonilurea en una dosis estable especificada en el protocolo (dosis mayores o iguales al 50% de la dosis máxima) durante por lo menos 10 semanas completaron

un periodo de preincorporación 2 semanas, ciego simple con un placebo. Después del período de preincorporación, los pacientes con un control glucémico inadecuado fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o placebo, administrados una vez al día como complemento al tratamiento con sulfonilurea.

Como se muestra en la Tabla 13, al final del tratamiento INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día proporcionó mejoras estadísticamente significativas ( $p < 0,001$  para ambas dosis) en HbA1c en comparación con el placebo cuando se agregó al tratamiento con sulfonilurea. INVOKANA® 300 mg una vez al día en comparación con el placebo produjo una mayor proporción de pacientes que lograron un HbA1C menor del 7%, (33% vs 5%), mayores reducciones en la glucosa plasmática en ayunas (-36 mg/dl vs. +12 mg/dl) y una disminución más importante del porcentaje de peso corporal (-2,0% vs -0,2%).

**Tabla 13: Resultados de un estudio clínico controlado con placebo de 18 semanas de INVOKANA® en combinación con sulfonilurea\***

Parámetro de eficacia	Placebo + sulfonilurea (N=45)	INVOKANA® 100 mg + sulfonilurea (N=42)	INVOKANA® 300 mg + sulfonilurea (N=40)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	8,49	8,29	8,28
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	0,04	-0,70	-0,79
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,74 <sup>‡</sup> (-1,15; -0,33)	-0,83 <sup>‡</sup> (-1,24; -0,41)

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal

<sup>‡</sup>  $p < 0,001$

#### Tratamiento complementario de combinación con metformina y sulfonilurea

Un total de 469 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con la combinación de metformina (dosis mayores o iguales a 2.000 mg/día, o de al menos 1.500 mg/día si no se toleraban dosis más altas) y sulfonilurea (dosis efectiva máxima o casi máxima) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con placebo de 26 semanas para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA® en combinación con metformina y sulfonilurea. La edad promedio fue de 57 años, el 51% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que ya estaban tomando las dosis de metformina y sulfonilurea especificadas en el protocolo (N=372) ingresaron en un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple con un placebo. Los otros pacientes (n=97) debían tener una dosis estable especificada en el protocolo de metformina y sulfonilurea durante por lo menos 8 semanas antes de entrar en el periodo de preincorporación de 2 semanas. Después del período de preincorporación, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o placebo,

administrados una vez al día como complemento al tratamiento con metformina y sulfonilurea.

Al final del tratamiento, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg una vez al día produjeron una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C ( $p < 0,001$  para ambas dosis) en comparación con el placebo, como tratamiento complementario de metformina y sulfonilurea. Además, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y 300 mg una vez al día arrojaron una mayor proporción de pacientes que lograron un nivel de HbA1C menor del 7%, una reducción significativa en la glucosa en plasma en ayunas (FPG), y una disminución del porcentaje de peso corporal en comparación con el placebo, cuando se añadieron al tratamiento con metformina y sulfonilurea (ver la Tabla 14).

**Tabla 14: Resultados del estudio clínico controlado con placebo de 26 semanas de INVOKANA® en combinación con metformina y sulfonilurea\***

Parámetro de eficacia	Placebo + metformina y sulfonilurea (N=156)	INVOKANA® 100 mg + metformina y sulfonilurea (N=157)	INVOKANA® 300 mg + metformina y sulfonilurea (N=156)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	8,12	8,13	8,13
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,13	-0,85	-1,06
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,71 <sup>‡</sup> (-0,90; -0,52)	-0,92 <sup>‡</sup> (-1,11; -0,73)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron A1C &lt; 7%</b>	18	43 <sup>‡</sup>	57 <sup>‡</sup>
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	170	173	168
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	4	-18	-31
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-22 <sup>‡</sup> (-31; -13)	-35 <sup>‡</sup> (-44; -25)
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	90,8	93,5	93,5
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,7	-2,1	-2,6
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-1,4 <sup>‡</sup> (-2,1; -0,7)	-2,0 <sup>‡</sup> (-2,7; -1,3)

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> p<0,001

#### Tratamiento complementario de combinación con metformina y sitagliptina

Un total de 217 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con terapia de combinación con metformina (dosis mayores o iguales a 1.500 mg/día) y sitagliptina 100 mg/día (o una combinación de dosis fija equivalente) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con placebo de 26 semanas para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA® en combinación con metformina y sitagliptina. La edad promedio fue de 57 años, el 58% de los pacientes eran hombres, el 73% de los pacientes eran de raza caucásica, el 15% eran asiáticos, y el 12% eran negros o afroamericanos. El promedio del nivel basal de la TFGe fue de 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y el promedio del nivel basal del BMI fue de 32 kg/ m<sup>2</sup>. La duración promedio de la diabetes fue de 10 años. Los pacientes elegibles ingresaron en un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple con un placebo y posteriormente fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg o al placebo, administrados una

Fecha de aprobación: 5 de agosto de 2019 AR\_CANA\_FCT\_PI-PIL\_USPI Oct-18\_V3.0+D\_es

vez al día como complemento al tratamiento con metformina y sitagliptina. Los pacientes con una TFGe basal de 70 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o mayor que estaban tolerando INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y que requerían un control glucémico adicional (dedo en ayunas de 100 mg/dl o mayor al menos dos veces en el curso de 2 semanas) fueron titulados en forma ascendente a INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg. Aunque la titulación en forma ascendente se produjo a partir de la semana 4, la mayoría (90%) de los pacientes asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> fueron titulados en forma ascendente a INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg a las 6 a 8 semanas.

Al final de las 26 semanas, INVOKANA<sup>®</sup> produjo una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C (p<0,001) en comparación con el placebo como tratamiento complementario de metformina y sitagliptina.

**Tabla 15: Resultados del estudio clínico controlado con placebo de 26 semanas de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con metformina y sitagliptina**

Parámetro de eficacia	Placebo + metformina y sitagliptina (N=108*)	INVOKANA <sup>®</sup> + metformina y sitagliptina (N=109*)
<b>HbA1C (%)</b>		
Valor basal (promedio)	8,40	8,50
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,03	-0,83
Diferencia con respecto al placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†§</sup>		-0,81 <sup>#</sup> (-1,11; -0,51)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1C &lt; 7%<sup>‡</sup></b>	9	28
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)<sup>¶</sup></b>		
Valor basal (promedio)	180	185
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-3	-28
Diferencia con respecto al placebo (promedio ajustado) (IC 95%)		-25 <sup>#</sup> (-39; -11)

\* Para preservar la integridad de la aleatorización, todos los pacientes asignados al azar fueron incluidos en el análisis. El paciente que fue asignado aleatoriamente a cada brazo fue analizado con respecto a INVOKANA<sup>®</sup>.

† Suspensión prematura del tratamiento antes de la semana 26, ocurrió en el 11,0% y el 24,1% de los pacientes que tomaron INVOKANA<sup>®</sup> y placebo, respectivamente.

‡ Los pacientes sin datos de eficacia en la semana 26 fueron considerados como pacientes que no respondieron al estimar la proporción que logró un HbA1c < 7%.

§ Estimado utilizando un método de imputación múltiple modelando un "lavado" del efecto del tratamiento en los pacientes con datos faltantes que abandonaron el tratamiento. Los datos faltantes solo fueron imputados en la semana 26 y fueron analizados mediante ANCOVA.

¶ Estimado utilizando un método de imputación múltiple modelando un "lavado" del efecto del tratamiento en los pacientes con datos faltantes que abandonaron el tratamiento. Se usó un modelo mixto para medidas repetidas para analizar los datos imputados.

# p<0,001

INVOKANA<sup>®</sup> en comparación con sitagliptina, ambos como tratamiento complementario de combinación con metformina y sulfonilurea

Un total de 755 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con la combinación de metformina (dosis mayores o iguales a 2.000 mg/día, o de al menos 1.500 mg/día si no se toleraban dosis más altas) y sulfonilurea (dosis efectiva máxima o casi máxima) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con activo de 52 semanas para comparar la seguridad y eficacia de INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg versus sitagliptina 100 mg en combinación con metformina y sulfonilurea. La edad promedio fue de 57 años, el 56% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 88 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que ya estaban tomando las dosis de metformina y sulfonilurea especificadas en el protocolo (N=716) ingresaron en un periodo de preincorporación de 2 semanas ciego simple con un placebo. Los otros pacientes (n=39) debían tener una dosis estable especificada en el protocolo de metformina y sulfonilurea durante por lo menos 8 semanas antes de entrar en el periodo de preincorporación de 2 semanas. Después del período de preincorporación, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg o a sitagliptina 100 mg como complemento al tratamiento con metformina y sulfonilurea.

Como se muestra en la Tabla 16 y la Figura 2, al final del tratamiento INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg proporcionó una mayor reducción de la HbA1c en comparación con sitagliptina 100 mg como tratamiento complementario de metformina y sulfonilurea (p<0,05). INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg produjo un cambio porcentual promedio en el peso corporal con respecto al valor basal de -2,5% en comparación con +0,3% con sitagliptina 100 mg. Se observó un cambio promedio de la presión sanguínea sistólica con respecto al valor basal de -5,06 mmHg con INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg en comparación con +0,85 mmHg con sitagliptina 100 mg.



**Tabla 16: Resultados del estudio clínico de 52 semanas de comparación de INVOKANA® con sitagliptina en combinación con metformina y sulfonilurea\***

Parámetro de eficacia	INVOKANA® 300 mg + metformina y sulfonilurea (N=377)	Sitagliptina 100 mg + metformina y sulfonilurea (N=378)
<b>HbA1C (%)</b>		
Valor basal (promedio)	8,12	8,13
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-1,03	-0,66
Diferencia con respecto a sitagliptina (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-0,37 <sup>‡</sup> (-0,50; -0,25)	
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1C &lt; 7%</b>	48	35
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>		
Valor basal (promedio)	170	164
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-30	-6
Diferencia con respecto a sitagliptina (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-24 (-30; -18)	
<b>Peso corporal</b>		
Valor basal (promedio) en kg	87,6	89,6
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-2,5	0,3
Diferencia con respecto a sitagliptina (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>	-2,8 <sup>§</sup> (-3,3; -2,2)	

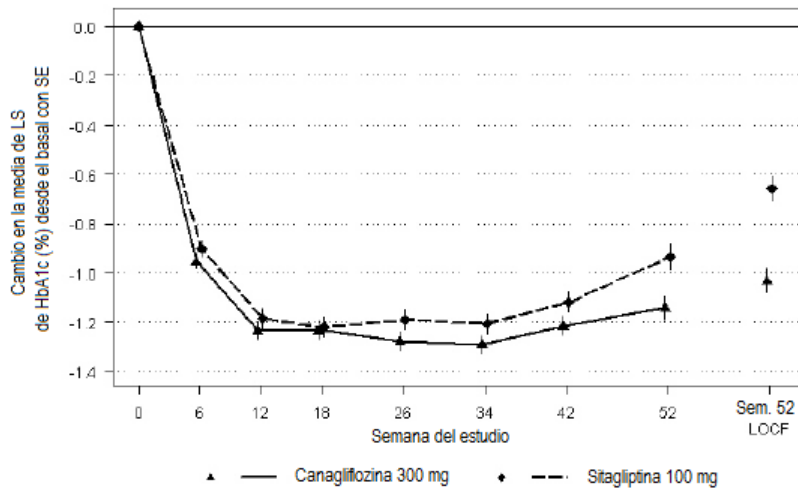
\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> INVOKANA® + metformina + sulfonilurea se considera no inferior a sitagliptina + metformina + sulfonilurea porque el límite superior de este intervalo de confianza es menor al margen de no inferioridad preestablecido de < 0,3%.

<sup>§</sup> p<0,001

**Figura 2: Cambio promedio en HbA1c en cada punto de valoración (pacientes que completaron el estudio) y en la semana 52 usando la última interpolación hacia adelante (Población mITT)**



### Tratamiento complementario de combinación con metformina y pioglitazona

Un total de 342 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con la combinación de metformina (dosis mayores o iguales a 2.000 mg/día, o de al menos 1.500 mg/día si no se toleraban dosis más altas) y pioglitazona (30 o 45 mg/día) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con placebo de 26 semanas para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA® en combinación con metformina y pioglitazona. La edad promedio fue de 57 años, el 63% de los pacientes eran hombres, y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 86 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes que ya estaban tomando dosis especificada en el protocolo de metformina y pioglitazona (N=163) ingresaron en un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple con un placebo. Los otros pacientes (n=181) debían tener una dosis estable especificada en el protocolo de metformina y pioglitazona durante por lo menos 8 semanas antes de entrar en el periodo de preincorporación de 2 semanas. Después del período de preincorporación, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o placebo, administrados una vez al día como complemento al tratamiento con metformina y pioglitazona.

Al final del tratamiento, INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día produjeron una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C ( $p < 0,001$  para ambas dosis) en comparación con el placebo, como tratamiento complementario de metformina y pioglitazona. INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día también arrojaron una mayor proporción de pacientes que lograron un nivel de HbA1C menor del 7%, una reducción significativa en la glucosa en plasma en ayunas (FPG), y una disminución del porcentaje de peso corporal en comparación con el placebo, cuando se añadieron al tratamiento con metformina y pioglitazona (ver la Tabla 17). Los cambios promedio estadísticamente significativos ( $p < 0,05$  para ambas dosis) con respecto al valor basal en la presión arterial sistólica en comparación con el placebo fueron de -4,1 mmHg y -3,5 mmHg con INVOKANA® 100 mg y 300 mg, respectivamente.

**Tabla 17: Resultados del estudio clínico controlado con placebo de 26 semanas de INVOKANA® en combinación con metformina y pioglitazona\***

Parámetro de eficacia	Placebo + metformina y pioglitazona (N=115)	INVOKANA® 100 mg + metformina y pioglitazona (N=113)	INVOKANA® 300 mg + metformina y pioglitazona (N=114)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	8,00	7,99	7,84
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,26	-0,89	-1,03
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,62 <sup>‡</sup> (-0,81; -0,44)	-0,76 <sup>‡</sup> (-0,95; -0,58)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1C &lt; 7%</b>	33	47 <sup>‡</sup>	64 <sup>‡</sup>
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal (promedio)	164	169	164
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	3	-27	-33
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-29 <sup>‡</sup> (-37; -22)	-36 <sup>‡</sup> (-43; -28)
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	94,0	94,2	94,4
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	-0,1	-2,8	-3,8
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-2,7 <sup>‡</sup> (-3,6; -1,8)	-3,7 <sup>‡</sup> (-4,6; -2,8)

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> p<0,001

Tratamiento complementario de combinación con insulina (con o sin otros agentes antihiper glucémicos)

Un total de 1.718 pacientes con diabetes tipo 2 y con un control inadecuado con insulina mayor o igual a 30 unidades/día o con insulina combinada con otros agentes antihiper glucémicos participaron en un subestudio doble ciego, controlado con placebo de 18 semanas de un ensayo cardiovascular para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA® en combinación con insulina. La edad promedio fue de 63 años, el 66% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 75 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes tratados con insulina basal, en bolo o insulina basal/en bolo durante por lo menos 10 semanas ingresaron en un periodo de preincorporación de 2 semanas, ciego simple, con un placebo. Aproximadamente el 70% de los pacientes estaban en un régimen de insulina

de fondo basal/en bolo. Después del período de preincorporación, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a INVOKANA® 100 mg, INVOKANA® 300 mg o placebo, administrados una vez al día como complemento al tratamiento con insulina. El promedio de la dosis diaria de insulina basal fue de 83 unidades, el cual fue similar entre los grupos de tratamiento.

Al final del tratamiento, INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día produjeron una mejoría estadísticamente significativa en HbA1C ( $p < 0,001$  para ambas dosis) en comparación con el placebo, como tratamiento complementario a la insulina. Además, INVOKANA® 100 mg y 300 mg una vez al día arrojaron una mayor proporción de pacientes que lograron un nivel de HbA1C menor del 7%, en una reducción significativa en la glucosa plasmática en ayunas (FPG) y en una disminución del porcentaje de peso corporal en comparación con el placebo (ver Tabla 18). Los cambios promedio estadísticamente significativos ( $p < 0,001$  para ambas dosis) con respecto al valor basal en la presión arterial sistólica en comparación con el placebo fueron de -2,6 mmHg y -4,4 mmHg con INVOKANA® 100 mg y 300 mg, respectivamente.

**Tabla 18: Resultados de un estudio clínico de 18 semanas controlado con placebo de INVOKANA® en combinación con insulina  $\geq 30$  unidades/día (con o sin otros agentes antihiper glucémicos orales) \***

Parámetro de eficacia	Placebo + insulina (N=565)	INVOKANA® 100 mg + insulina (N=566)	INVOKANA® 300 mg + insulina (N=587)
<b>HbA1C (%)</b>			
Valor basal (promedio)	8,20	8,33	8,27
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	0,01	-0,63	-0,72
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 95%) <sup>†</sup>		-0,65 <sup>‡</sup> (-0,73; -0,56)	-0,73 <sup>‡</sup> (-0,82; -0,65)
<b>Porcentaje de pacientes que lograron HbA1C &lt; 7%</b>	8	20 <sup>‡</sup>	25 <sup>‡</sup>
<b>Glucosa en plasma en ayuno (mg/dl)</b>			
Valor basal	169	170	168
Cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	4	-19	-25
Diferencia con el placebo (promedio ajustado) (IC 97,5%) <sup>†</sup>		-23 <sup>‡</sup> (-29; -16)	-29 <sup>‡</sup> (-35; -23)
<b>Peso corporal</b>			
Valor basal (promedio) en kg	97,7	96,9	96,7
% cambio con respecto al valor basal (promedio ajustado)	0,1	-1,8	-2,3
Diferencia con el placebo (promedio)		-1,9 <sup>‡</sup>	-2,4 <sup>‡</sup>

ajustado) (IC 97,5%) <sup>†</sup>		(-2,2; -1,6)	(-2,7; -2,1)
-----------------------------------	--	--------------	--------------

\* Población de intención a tratar usando la última observación del estudio antes de la terapia de rescate glucémico

<sup>†</sup> Media de mínimos cuadrados ajustada por el valor basal y los factores de estratificación

<sup>‡</sup> p<0,001

### Estudio en pacientes de 55 a 80 años de edad

Un total de 714 pacientes con diabetes tipo 2 de 55 a 80 años y con un control inadecuado con el tratamiento de diabetes actual (ya fuera dieta y ejercicio solos o combinados con agentes orales o parenterales) participaron en un ensayo doble ciego, controlado con placebo, de 26 semanas para evaluar la eficacia y la seguridad de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con el tratamiento de la diabetes actual. La edad promedio fue de 64 años, el 55% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 77 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1:1 a la adición de INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg, INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg o placebo, administrados una vez al día. Al final del tratamiento, INVOKANA<sup>®</sup> proporcionó mejoras estadísticamente significativas con respecto al valor basal comparada con placebo en HbA1C (p<0,001 para ambas dosis) de -0,57% (IC 95%: -0,71%; -0,44%) para INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg y de -0,70% (IC 95%: -0,84%; -0,57%) Para INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg (ver “Uso en poblaciones específicas”).

### Insuficiencia renal moderada

Un total de 269 pacientes con diabetes tipo 2 y TFGe basal de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a menos de 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> con un control inadecuado con el tratamiento de la diabetes actual participaron en un ensayo clínico de 26 semanas, doble ciego, controlado con placebo para evaluar la seguridad y eficacia de INVOKANA<sup>®</sup> en combinación con el tratamiento de la diabetes actual (tratamiento con dieta o un agente antihiper glucémico, con el 95% de los pacientes tratados con insulina y/o sulfonilurea). La edad promedio fue de 68 años, el 61% de los pacientes eran hombres y el promedio del nivel basal de la TFGe fue de 39 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1:1 a la adición de INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg, INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg o placebo, administrados una vez al día.

Al final del tratamiento, INVOKANA<sup>®</sup> 100 mg e INVOKANA<sup>®</sup> 300 mg una vez al día produjeron reducciones más importantes en HbA1C en comparación con el placebo (-0,30% [IC 95%: -0,53%; -0,07%] y -0,40% [IC 95%: -0,64%; -0,17%], respectivamente) (ver “Advertencias y precauciones”, “Reacciones adversas” y “Uso en Poblaciones Específicas”).

### **Resultados cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica**

Los ensayos CANVAS y CANVAS-R fueron multicéntricos, multinacionales, aleatorizados, doble ciego, de grupos paralelos, con criterios de inclusión y exclusión similares. Los pacientes elegibles para participar en los ensayos CANVAS y CANVAS-R tenían 30 años

de edad o más y padecían enfermedad arterial periférica, cardiovascular o cerebrovascular estable (66% de la población inscrita) o tenían 50 años de edad o más y presentaban dos o más factores de riesgo específicos de enfermedad cardiovascular (34% de la población inscrita).

El análisis integrado de los ensayos CANVAS y CANVAS-R comparó el riesgo de Eventos Cardiovasculares Adversos Importantes (MACE) entre la canagliflozina y el placebo cuando estos se añadieron y utilizaron concomitantemente con los tratamientos de referencia para la diabetes y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. El criterio de valoración primario, MACE, fue el tiempo hasta la primera aparición de una medida de resultado compuesta de tres partes que incluía muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal.

En el ensayo CANVAS, los pacientes fueron asignados aleatoriamente en proporción 1:1:1 a 100 mg de canagliflozina, 300 mg de canagliflozina o un placebo equivalente. En el ensayo CANVAS-R, los pacientes fueron asignados aleatoriamente en proporción 1:1 a 100 mg de canagliflozina o un placebo equivalente, y se permitió la titulación a 300 mg a discreción del investigador (basado en la tolerabilidad y las necesidades glucémicas) después de la semana 13. Las terapias concomitantes para la diabetes y la aterosclerosis podían ajustarse, a discreción de los investigadores, para asegurar que los participantes fueran tratados de acuerdo con la atención de referencia para estas enfermedades.

Un total de 10.134 pacientes fueron tratados (4.327 en el ensayo CANVAS y 5.807 en el ensayo CANVAS-R; un total de 4.344 pacientes asignados aleatoriamente al placebo y 5.790 a canagliflozina) y expuestos durante una media de 149 semanas (expuestos durante una media de 223 semanas [4,3 años] en el ensayo CANVAS y 94 semanas [1,8 años] en el ensayo CANVAS-R). Aproximadamente el 78% de la población del ensayo era caucásica, el 13% era asiática y el 3% era negra. La edad promedio fue de 63 años y aproximadamente el 64% eran hombres.

La HbA1C media al inicio del estudio fue del 8,2% y la duración media de la diabetes fue de 13,5 años, con un 70% de pacientes que habían tenido diabetes durante 10 años o más. Aproximadamente el 31%, 21% y 17% de los pacientes reportaron antecedentes de neuropatía, retinopatía y nefropatía, respectivamente, y la TFGe media fue de 76 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Al inicio del estudio, los pacientes fueron tratados con uno (19%) o más (80%) medicamentos antidiabéticos que incluyeron metformina (77%), insulina (50%) y sulfonilurea (43%).

Al inicio del estudio, la presión arterial sistólica media fue de 137 mmHg, la presión arterial diastólica media fue de 78 mmHg, la LDL media fue de 89 mg/dl, la HDL media fue de 46 mg/dl, y la proporción media de albúmina urinaria a creatinina (UACR) fue de 115 mg/g. Al inicio del estudio, aproximadamente el 80% de los pacientes fueron tratados con inhibidores

del sistema de renina angiotensina, el 53% con betabloqueantes, el 13% con diuréticos de asa, el 36% con diuréticos no de asa, el 75% con estatinas y el 74% con agentes antiplaquetarios (principalmente aspirina). Durante el ensayo, los investigadores pudieron modificar las terapias antidiabéticas y cardiovasculares para alcanzar los objetivos del tratamiento de referencia local con respecto a la glucosa en sangre, los lípidos y la presión arterial. Más pacientes que recibieron canagliflozina en comparación con el placebo iniciaron tratamiento con antitrombóticos (5,2% versus 4,2%) y estatinas (5,8% versus 4,8%) durante el ensayo.

Para el análisis primario, se utilizó un modelo estratificado de riesgos proporcionales de Cox para probar la no inferioridad frente a un margen de riesgo preespecificado de 1,3 para la relación de riesgos de MACE.

En el análisis integrado de los ensayos de CANVAS y CANVAS-R, la canagliflozina redujo el riesgo de primera aparición de MACE. La relación de riesgos estimada (IC del 95%) para el tiempo transcurrido hasta el primer MACE fue de 0,86 (0,75; 0,97). Consultar la Tabla 19. Se obtuvo el estado vital del 99,6% de los pacientes en todos los ensayos. En la Figura 3 se muestra la curva de Kaplan-Meier que representa el tiempo hasta la primera aparición de MACE.

**Tabla 19: Efecto del tratamiento para el criterio de valoración compuesto primario, MACE, y sus componentes en el análisis integrado de los estudios CANVAS y CANVAS-R\*.**

	Placebo N=4347	Canagliflozina N=5795	Relación de riesgos (IC del 95%) †
Compuesto de muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio no mortal, accidente cerebrovascular no mortal (tiempo hasta la primera aparición) †, ‡, §	426 (10,4)	585 (9,2)	0,86 (0,75; 0,97)
Infarto de miocardio no mortal †, §	159 (3,9)	215 (3,4)	0,85 (0,69; 1,05)
Accidente cerebrovascular no mortal †, §	116 (2,8)	158 (2,5)	0,90 (0,71; 1,15)
Muerte por causa cardiovascular †, §	185 (4,6)	268 (4,1)	0,87 (0,72; 1,06)

\* Grupo de análisis de intención de tratar

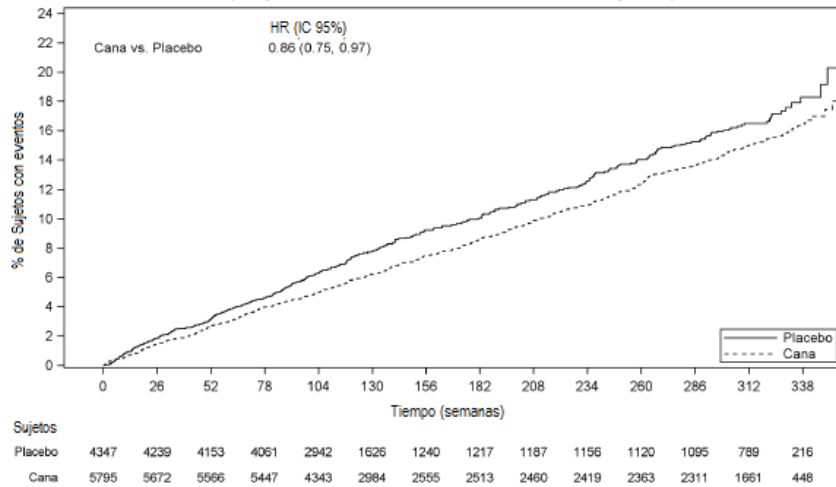
† Valor de P para superioridad (bilateral) = 0,0158

‡ Número y porcentaje de primeros eventos

§ Debido a la combinación de proporciones desiguales de aleatorización, se aplicaron ponderaciones Cochran-Mantel-Haenszel para calcular los porcentajes.

¶ Modelo de riesgos proporcionales de Cox estratificado con tratamiento como factor y estratificado por estudio y por enfermedad CV previa.

**Figura 3: Tiempo hasta la primera aparición de MACE**



## PRESENTACIÓN

INVOKANA<sup>®</sup>, comprimidos recubiertos de 100 mg: 30 comprimidos recubiertos.

INVOKANA<sup>®</sup>, comprimidos recubiertos de 300 mg: Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos

## CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Conservar a temperatura ambiente hasta 30°C.

## INFORMACIÓN DE ORIENTACIÓN PARA EL PACIENTE

### Amputación de miembros inferiores

Informar a los pacientes que INVOKANA<sup>®</sup> está asociado con un mayor riesgo de amputaciones. Aconsejar a los pacientes sobre la importancia del cuidado preventivo de rutina de los pies. Indicar a los pacientes que vigilen si aparece dolor o sensibilidad nuevos, llagas o úlceras, o infecciones que afecten a la pierna o al pie, y que busquen asistencia médica inmediatamente si se desarrollan tales signos o síntomas (ver “Advertencias y precauciones”).

### Hipotensión

Informar a los pacientes que puede producirse hipotensión sintomática con INVOKANA<sup>®</sup> y advertirles que se pongan en contacto con su médico si experimentan tales síntomas (ver “Advertencias y precauciones”). Informar a los pacientes que la deshidratación puede aumentar el riesgo de hipotensión y que deben tener una ingesta adecuada de líquidos.



### Cetoacidosis

Informar a los pacientes que la cetoacidosis es una afección seria potencialmente fatal. Se han reportado casos de cetoacidosis durante el uso de INVOKANA<sup>®</sup>. Indicar a los pacientes que revisen las cetonas (cuando sea posible) si presentan síntomas concordantes con la cetoacidosis, incluso si la glucosa en la sangre no está elevada. Si presentan síntomas de cetoacidosis (que incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, cansancio y dificultad para respirar), indicar a los pacientes que dejen de tomar INVOKANA<sup>®</sup> y busquen asistencia médica inmediatamente (ver “Advertencias y precauciones”).

### Lesión renal aguda

Informar a los pacientes que se ha reportado lesión renal aguda durante el uso de INVOKANA<sup>®</sup>. Advertir a los pacientes que busquen consejo médico inmediatamente si han reducido su ingesta oral (por ejemplo, debido a una enfermedad aguda o al ayuno) o incrementado la pérdida de líquidos (por ejemplo, debido a vómitos, diarrea o exposición excesiva al calor), ya que puede ser apropiado interrumpir temporalmente el uso de INVOKANA<sup>®</sup> en esos casos (ver “Advertencias y precauciones”).

### Infecciones serias de las vías urinarias

Informar a los pacientes sobre la posibilidad de infecciones de las vías urinarias, que pueden ser serias. Proporcionarles información sobre los síntomas de infecciones de las vías urinarias. Advertirles que acudan al médico si presentan tales síntomas (ver “Advertencias y precauciones”).

### Fascitis necrotizante del perineo (gangrena de Fournier)

Informar a los pacientes que se han producido infecciones necrotizantes del perineo (gangrena de Fournier) con INVOKANA<sup>®</sup>. Aconsejar a los pacientes que busquen atención médica de inmediato si desarrollan dolor o sensibilidad, enrojecimiento o hinchazón de los genitales o de la zona desde los genitales hasta el recto, junto con fiebre superior a 38°C o malestar general (ver “Advertencias y precauciones”).

### Infecciones micóticas genitales en mujeres (por ejemplo, vulvovaginitis)

Informar a las pacientes que puede producirse una infección vaginal por hongos y proporcionarles información sobre los signos y síntomas de la misma. Informar sobre las opciones de tratamiento y cuándo buscar consejo médico (ver “Advertencias y precauciones”).

### Infecciones micóticas genitales en hombres (por ejemplo, balanitis o balanopostitis)

Informar a los pacientes de sexo masculino que puede producirse una infección por levaduras en el pene (por ejemplo, balanitis o balanopostitis), especialmente en hombres no circuncidados y en pacientes con antecedentes. Proporcionarles información sobre los signos y síntomas de la balanitis y la balanopostitis (erupción o enrojecimiento del glande o del

prepucio del pene). Informar sobre las opciones de tratamiento y cuándo buscar consejo médico (ver “Advertencias y precauciones”).

#### Reacciones de hipersensibilidad

Informar a los pacientes que se han reportado reacciones de hipersensibilidad serias, como urticaria, erupción, anafilaxia y angioedema, con INVOKANA<sup>®</sup>. Advertir a los pacientes que informen inmediatamente de cualquier signo o síntoma que sugiera una reacción alérgica, y que dejen de tomar el medicamento hasta que hayan consultado a los médicos prescriptores (ver “Advertencias y precauciones”).

#### Fractura ósea

Informar a los pacientes que se han reportado fracturas óseas en pacientes que toman INVOKANA<sup>®</sup>. Proporcionarles información sobre los factores que pueden contribuir al riesgo de fractura (ver “Advertencias y precauciones”).

#### Embarazo

Aconsejar a las mujeres embarazadas y a las mujeres en edad fértil sobre el riesgo potencial para el feto del tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Uso en poblaciones específicas”). Indicar a las mujeres en edad fértil que reporten los embarazos a sus médicos tan pronto como sea posible.

#### Lactancia

Advertir a las mujeres que no se recomienda la lactancia materna durante el tratamiento con INVOKANA<sup>®</sup> (ver “Uso en poblaciones específicas”).

#### Pruebas de laboratorio

Informar a los pacientes que, debido a su mecanismo de acción, los pacientes que toman INVOKANA<sup>®</sup> darán positivo en la prueba de glucosa en orina (ver “Interacciones medicamentosas”).

#### Dosis omitidas

Si se omite una dosis, advertir a los pacientes que la tomen tan pronto como lo recuerden, a menos que sea casi la hora de la siguiente dosis, en cuyo caso los pacientes deben saltar la dosis omitida y tomar el medicamento a la siguiente hora regularmente programada. Advertir a los pacientes que no tomen dos dosis de INVOKANA<sup>®</sup> al mismo tiempo.

### **MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LO NIÑOS**

Elaborado por: Janssen Ortho LLC, State Road 933 KM 0.1, Mamey Ward, Gurabo, Puerto Rico, Estados Unidos.

Acondicionado por: Janssen Cilag SPA, Via C. Janssen, Borgo San Michele, Latina, Italia.

Importado por: Janssen Cilag Farmacéutica S.A. Mendoza 1259 - C1428DJG - Ciudad  
Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.  
Certificado N°: 57.690  
Directora Técnica: Farm. Georgina Rodriguez

**Centro de Atención al Cliente**

**Por correo electrónico:** [infojanssen@janar.jnj.com](mailto:infojanssen@janar.jnj.com)

**Por teléfono:** 0800 122 0238

Con licencia de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation  
® Marca Registrada

**Fecha de última revisión:** 5 de agosto de 2019

**INVOKANA®**  
**CANAGLIFLOZINA 100 y 300 mg**  
**Comprimidos recubiertos**

Administración por vía oral  
Industria estadounidense

Venta Bajo Receta

**¿Cuál es la información más importante que debo saber sobre INVOKANA®?**

INVOKANA® puede causar efectos secundarios importantes, que incluyen:

- **Amputaciones.** INVOKANA® puede aumentar su riesgo de amputación de miembros inferiores. Las amputaciones involucran principalmente la extirpación de dedos o parte del pie, sin embargo, también han ocurrido amputaciones que involucran la pierna, por debajo y por encima de la rodilla. Algunas personas tuvieron más de una amputación, algunas en ambos lados del cuerpo.

Usted puede tener un riesgo más alto de amputación de miembros inferiores si:

- presenta un historial de amputación
- tiene una enfermedad del corazón o está en riesgo de tener una enfermedad del corazón
- ha tenido vasos sanguíneos bloqueados o estrechados, por lo general en la pierna
- tiene daños en los nervios (neuropatía) en la pierna
- ha tenido úlceras o llagas de pie diabético

**Llame a su médico de inmediato si tiene dolor o sensibilidad nuevos, llagas, úlceras o infecciones en la pierna o el pie.** Su médico puede decidir suspender INVOKANA® por un tiempo si usted presenta alguno de estos signos o síntomas.  
Hable con su médico acerca del cuidado adecuado de los pies.

- **Deshidratación.** INVOKANA® puede causar que algunas personas se deshidraten (pierdan demasiada agua corporal). La deshidratación puede hacer que se sienta mareado, desmayado, aturdido o débil, especialmente cuando se pone de pie (hipotensión ortostática).

Usted puede tener un riesgo más alto de deshidratación si:

- tiene la presión arterial baja
- toma medicamentos para bajar su presión arterial, incluyendo diuréticos (píldoras para orinar)
- está haciendo una dieta baja en sodio (sal)
- tiene problemas renales
- tiene 65 años de edad o más

Hable con su médico acerca de lo que puede hacer para prevenir la deshidratación, incluyendo la cantidad de líquido que debe beber diariamente.

- **Infección vaginal por levaduras.** Las mujeres que toman INVOKANA<sup>®</sup> pueden contraer infecciones vaginales por levaduras. Los síntomas de una infección vaginal por levaduras incluyen:
  - olor vaginal
  - flujo vaginal de color blanco o amarillento (el flujo puede ser grueso o parecerse al requesón)
  - picazón vaginal
- **Infección por levaduras en el pene (balanitis o balanopostitis).** Los hombres que toman INVOKANA<sup>®</sup> pueden tener una infección por levaduras en la piel alrededor del pene. Ciertos hombres que no están circuncidados pueden tener hinchazón del pene que dificulta la retracción de la piel alrededor de la punta del pene. Otros síntomas de la infección por levaduras en el pene incluyen:
  - enrojecimiento, picazón o hinchazón del pene
  - erupción del pene
  - secreción maloliente del pene
  - dolor en la piel alrededor del pene

Hable con su médico sobre qué hacer si tiene síntomas de una infección por levaduras en la vagina o el pene. Su médico le puede sugerir que use un medicamento antimicótico de venta libre. Hable con su médico de inmediato si usa un medicamento antimicótico de venta libre y sus síntomas no desaparecen.

### ¿Qué es INVOKANA<sup>®</sup>?

- INVOKANA<sup>®</sup> es un medicamento de venta bajo receta que se utiliza:
  - junto con la dieta y el ejercicio para reducir el nivel de azúcar (glucosa) en la sangre en adultos con diabetes tipo 2.
  - para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares importantes como ataque cardíaco, derrame cerebral o la muerte en adultos con diabetes tipo 2 que padecen enfermedades cardiovasculares conocidas.
- INVOKANA<sup>®</sup> no es para personas con diabetes tipo 1.
- INVOKANA<sup>®</sup> no es para personas con cetoacidosis diabética (aumento de cetonas en sangre u orina).
- No se sabe si INVOKANA<sup>®</sup> es seguro y efectivo en niños menores de 18 años de edad.

### ¿Quién no debe tomar INVOKANA<sup>®</sup>?

#### No tome INVOKANA<sup>®</sup> si usted:

- es alérgico a la canagliflozina o a alguno de los componentes de INVOKANA<sup>®</sup>. Vea una lista de los componentes de INVOKANA<sup>®</sup> en el final de este prospecto. Los síntomas de reacción alérgica a INVOKANA<sup>®</sup> pueden incluir:
  - sarpullido
  - manchas rojas elevadas en la piel (urticaria)

- hinchazón de la cara, labios, boca, lengua y garganta que puede causar dificultad para respirar o tragar
- tiene problemas renales graves o está en diálisis.

### ¿Qué debo informar a mi médico antes de tomar INVOKANA®?

Antes de tomar INVOKANA®, informe a su médico si usted:

- tiene un historial de amputaciones
- tiene enfermedades del corazón o está en riesgo de tenerlas
- ha tenido vasos sanguíneos bloqueados o estrechados, por lo general en la pierna
- tiene daños en los nervios (neuropatía) en la pierna
- ha tenido úlceras o llagas de pie diabético
- tiene problemas renales
- tiene problemas de hígado
- tiene antecedentes de infecciones de las vías urinarias o problemas al orinar
- está haciendo una dieta baja en sodio (sal). Su médico puede cambiar su dieta o su dosis de INVOKANA®
- va a ser operado
- está comiendo menos debido a una enfermedad, cirugía o un cambio en su dieta
- tiene o ha tenido problemas con el páncreas, incluidos pancreatitis o cirugía del páncreas
- bebe alcohol muy a menudo, o bebe mucho alcohol en corto tiempo (beber “compulsivamente”)
- ha tenido alguna vez una reacción alérgica a INVOKANA®
- tiene otras enfermedades
- está embarazada o planea quedar embarazada. INVOKANA® puede dañar al bebé por nacer. Si queda embarazada mientras toma INVOKANA®, dígaselo a su médico lo antes posible. Hable con su médico acerca de la mejor manera de controlar su nivel de azúcar en la sangre durante el embarazo
- está amamantando o planea amamantar. INVOKANA® puede pasar a la leche materna y puede hacerle daño al bebé. Hable con su médico acerca de la mejor manera de alimentar a su bebé si usted está tomando INVOKANA®. No amamante mientras esté tomando INVOKANA®

### **Informe a su médico acerca de todos los medicamentos que usted toma, incluidos medicamentos recetados y no recetados, vitaminas y suplementos de hierbas.**

INVOKANA® puede afectar la forma en que funcionan otros medicamentos, y otros medicamentos pueden afectar la forma en que funciona INVOKANA®.

Dígale especialmente a su médico si toma:

- diuréticos (píldoras para orinar)
- rifampicina (usada para tratar o prevenir la tuberculosis)
- fenitoína o fenobarbital (utilizados para controlar las convulsiones)
- ritonavir (Norvir®, Kaletra®)\* (utilizados para tratar la infección por VIH)
- digoxina (Lanoxin®)\* (utilizada para tratar problemas cardíacos)

Pídale a su médico una lista de estos medicamentos si no está seguro de si su medicamento figura en la lista anterior.

Conozca los medicamentos que toma. Mantenga una lista de los mismos y muéstrela a su médico cuando reciba un medicamento nuevo.

### ¿Cómo debo tomar INVOKANA®?

- Tome INVOKANA® por vía oral 1 vez al día exactamente como su médico le indique.
- Su médico le dirá cuánto INVOKANA® debe tomar y cuándo hacerlo. Su médico puede cambiar su dosis si es necesario.
- Es mejor tomar INVOKANA® antes de la primera comida del día.
- Su médico puede pedirle que tome INVOKANA® junto con otros medicamentos para la diabetes. Pueden producirse niveles bajos de azúcar en la sangre con más frecuencia cuando se toma INVOKANA® con otros medicamentos para la diabetes. Ver “¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de INVOKANA®?”
- Si se olvidó de tomar su dosis, tómela tan pronto como lo recuerde. Si es casi la hora de su siguiente dosis, espere y tome la dosis omitida a la siguiente hora regularmente programada. No tome dos dosis de INVOKANA® al mismo tiempo. Hable con su médico si tiene dudas acerca de una dosis omitida.
- Si toma demasiado INVOKANA®, llame a su médico o vaya de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Cuando su organismo está bajo algunos tipos de estrés, como fiebre, trauma (como un accidente automovilístico), infección o cirugía, la cantidad de medicamento para la diabetes que necesita puede cambiar. Dígale a su médico de inmediato si tiene alguna de estas condiciones y siga sus instrucciones.
- Manténgase en su dieta y programa de ejercicios prescripto mientras toma INVOKANA®.
- Revise su nivel de azúcar en la sangre como su médico le indique.
- INVOKANA® hará que su orina dé positivo en la prueba de glucosa.
- Su médico puede hacerle ciertas pruebas de sangre antes de que comience a tomar INVOKANA® y durante el tratamiento según sea necesario. Su médico puede cambiar su dosis de INVOKANA® basándose en los resultados de sus análisis de sangre.
- Su médico revisará su diabetes con exámenes de sangre regulares, incluyendo sus niveles de azúcar en la sangre y su hemoglobina A1C.

### ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de INVOKANA®?

INVOKANA® puede causar efectos secundarios serios, que incluyen:

Ver “¿Cuál es la información más importante que debo saber sobre INVOKANA®?”

- **cetoacidosis (aumento de cetonas en la sangre o en la orina).** Se ha producido cetoacidosis en personas que tienen **diabetes tipo 1 o tipo 2** durante el tratamiento con INVOKANA®. La cetoacidosis es una afección seria que puede requerir tratamiento en un hospital. Puede causar la muerte. **Puede producirse cetoacidosis con INVOKANA® incluso si su nivel de azúcar en la sangre es inferior a 250 mg/dl.**

**Deje de tomar INVOKANA® y llame a su médico de inmediato si tiene cualquiera de los siguientes síntomas:**

- náuseas
- cansancio
- vómitos
- problemas para respirar
- dolor en el área del estómago (abdominal)

En caso de tener alguno de estos síntomas durante el tratamiento con INVOKANA®, si es posible, verifique si hay cetonas en su orina, incluso si su nivel de azúcar en la sangre es menor de 250 mg/dl.

- **problemas renales.** Se ha producido una lesión renal repentina en personas que toman INVOKANA®. Hable con su médico de inmediato si usted:
  - reduce la cantidad de alimentos o líquidos que bebe, por ejemplo, si está enfermo o no puede comer
  - comienza a perder líquidos de su organismo, por ejemplo, por vómitos, diarrea o por estar demasiado tiempo al sol
- **infecciones serias de las vías urinarias.** Se han producido infecciones serias de las vías urinarias que pueden llevar a la hospitalización en personas que están tomando INVOKANA®. Informe a su médico si tiene cualquier signo o síntoma de infección de las vías urinarias como sensación de ardor al orinar, necesidad de orinar con frecuencia, necesidad de orinar de inmediato, dolor en la parte inferior del estómago (pelvis) o sangre en la orina. Algunas veces las personas también pueden tener fiebre, dolor de espalda, náuseas o vómitos.
- **nivel bajo de azúcar en la sangre (hipoglucemia).** Si usted toma INVOKANA® con otro medicamento que puede causar un nivel bajo de azúcar en la sangre, como la sulfonilurea o la insulina, su riesgo de tener un nivel bajo de azúcar en la sangre es mayor. Es posible que deba disminuirse la dosis de su medicamento sulfonilurea o insulina mientras toma INVOKANA®.

Los signos y síntomas de un nivel bajo de azúcar en la sangre pueden incluir:

- dolor de cabeza
  - somnolencia
  - debilidad
  - confusión
  - mareos
  - irritabilidad
  - hambre
  - latidos rápidos del corazón
  - sudoración
  - temblores o sensación de nerviosismo
- **una infección bacteriana rara pero seria que causa daño al tejido debajo de la piel (fascitis necrotizante) en la zona entre y alrededor del ano y los genitales (perineo).** Se ha producido fascitis necrotizante del perineo en mujeres y hombres que



toman INVOKANA<sup>®</sup>. La fascitis necrotizante del perineo puede llevar a la hospitalización, requerir cirugías múltiples y llevar a la muerte. Busque atención médica inmediatamente si tiene fiebre o se siente muy débil, cansado o incómodo (con malestar) y desarrolla cualquiera de los siguientes síntomas en la zona entre y alrededor de su ano y genitales:

- dolor o sensibilidad
  - hinchazón
  - enrojecimiento de la piel (eritema)
- **reacción alérgica seria.** Si tiene cualquier síntoma de una reacción alérgica seria, deje de tomar INVOKANA<sup>®</sup> y llame a su médico de inmediato o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Ver “¿Quién no debe tomar INVOKANA<sup>®</sup>?”. Su médico puede darle un medicamento para la reacción alérgica y prescribirle un medicamento diferente para la diabetes.
  - **huesos rotos (fracturas).** Se han observado fracturas óseas en pacientes que toman INVOKANA<sup>®</sup>. Hable con su médico acerca de los factores que pueden aumentar su riesgo de fractura ósea.

Los efectos secundarios más comunes de INVOKANA<sup>®</sup> incluyen:

- infecciones vaginales por levaduras e infecciones por levaduras en el pene (Ver “¿Cuál es la información más importante que debo saber sobre INVOKANA<sup>®</sup>?”)
- cambios en la micción, incluyendo necesidad urgente de orinar con más frecuencia, en grandes cantidades o durante la noche

Informe a su médico si tiene algún efecto secundario que le moleste o que no desaparezca. Estos no son todos los posibles efectos secundarios de INVOKANA<sup>®</sup>. Para más información, pregunte a su médico.

*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*

### **¿Cómo debo conservar INVOKANA<sup>®</sup>?**

Conserve INVOKANA<sup>®</sup> a temperatura ambiente hasta 30°C.

### **Información general sobre el uso seguro y efectivo de INVOKANA<sup>®</sup>.**

Los medicamentos se prescriben en ocasiones para fines distintos a los que se listan en el prospecto. No use INVOKANA<sup>®</sup> para una condición para la cual no fue prescrito.

No dé INVOKANA<sup>®</sup> a otras personas, aunque tengan los mismos síntomas que usted. Puede hacerles daño.

Este prospecto resume la información más importante sobre INVOKANA<sup>®</sup>. Si desea más información, hable con su médico. Usted puede pedirle a su médico información sobre INVOKANA<sup>®</sup> que está redactada para profesionales de la salud.

### **¿Cuáles son los componentes de INVOKANA<sup>®</sup>?**

Principio activo: canagliflozina

Componentes inactivos: Celulosa microcristalina, lactosa anhidra, croscarmelosa sódica, hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, Opadry II 85F92209 amarillo (Polivinil alcohol - parcialmente hidrolizado, Macrogol 3350, Talco, Dióxido de titanio E171, Óxido de hierro amarillo E172), Opadry II 85F18422 blanco (Polivinil alcohol - parcialmente hidrolizado, Macrogol 3350, Talco, Dióxido de titanio E171).

\* Las marcas mencionadas son marcas comerciales de sus respectivos propietarios y no marcas comerciales de Janssen Pharmaceuticals, Inc.

### **MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS**

Elaborado por: Janssen Ortho LLC, State Road 933 KM 0.1, Mamey Ward, Gurabo, Puerto Rico, Estados Unidos.

Acondicionado por: Janssen Cilag SPA, Via C. Janssen, Borgo San Michele, Latina, Italia.

Importado por: Janssen Cilag Farmacéutica S.A. Mendoza 1259 - C1428DJG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.  
Certificado N°: 57.690  
Directora Técnica: Farm. Georgina Rodriguez

#### **Centro de Atención al Cliente**

**Por correo electrónico:** [infojanssen@janar.jnj.com](mailto:infojanssen@janar.jnj.com)

**Por teléfono:** 0800 122 0238

Con licencia de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation

® Marca Registrada

**Fecha de última revisión:** 5 de agosto de 2019