



CO-007 - EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CANAGLIFLOZINA 100 MG/DÍA Y SU INTENSIFICACIÓN A 300 MG/DÍA SOBRE EL HEMATOCRITO Y LA URICEMIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA COHORTE DEL ESTUDIO INTENSIFY

J.J. Gorgojo Martínez, A. Galdón Sanz-Pastor^b, F. Almodóvar Ruiz^a, J. Cárdenas Salas^c, T. Antón Bravo^d, M. Brito Sanfiel^e y P.J. Ferreira Ocampo^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Resumen

Objetivos: Los ensayos clínicos de seguridad cardiovascular y renal con iSGLT-2 en pacientes con DM2 sugieren que el descenso de la uricemia y el aumento del hematocrito, 2 marcadores de activación de la señalización de deprivación de nutrientes, son los principales mediadores estadísticos de la reducción del riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca y de eventos renales. El objetivo del presente análisis del estudio de vida real INTENSIFY es evaluar el efecto de la intensificación del tratamiento con canagliflozina sobre el hematocrito y la uricemia en pacientes adultos con DM2.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico retrospectivo que incluyó pacientes de 5 servicios de Endocrinología tratados inicialmente con canagliflozina 100 mg/d (CANA100) e intensificados posteriormente a canagliflozina 300 (CANA300). El objetivo primario del presente análisis fue evaluar el cambio en hematocrito y ácido úrico sérico durante el tratamiento con CANA100 y tras incremento de dosis a CANA300. El estudio estadístico se realizó mediante una t de Student para datos pareados.

Resultados: Se incluyeron 317 pacientes, 59,6% varones, edad media 60,9 (DE 9,8) años, HbA1c 8,4 (1,6)%, uricemia 5,5 (1,5) mg/dl y hematocrito 43,3 (4,5)%. El tratamiento con CANA100 durante una mediana de 9,9 meses redujo el ácido úrico -0,5 mg/dl ($p < 0,0001$) e incrementó el hematocrito +2,1% ($p < 0,0001$). El tratamiento con CANA300 redujo el ácido úrico -1,9 mg/dl ($p < 0,0001$) e incrementó el hematocrito +0,2% ($p < 0,0001$). El aumento de dosis de CANA100 a CANA300 no tuvo efecto significativo sobre el ácido úrico (-0,1 mg/dl, $p = NS$) ni sobre el hematocrito (+0,2%, $p = NS$) a lo largo de una mediana de seguimiento de 20,8 meses. Esta falta de efecto contrastó con la mejoría adicional observada en la HbA1c (-0,47%, $p < 0,0001$), el peso (-2,9 kg, $p < 0,0001$) y presión arterial (PA) sistólica (-5,3 mmHg, $p = 0,002$) tras la intensificación a CANA300. Considerando el periodo completo de tratamiento con CANA100/CANA300 (mediana 38,8 meses), se observó una reducción significativa ($p < 0,0001$) en HbA1c (-1,30%), peso (-5,8 kg), PA sistólica (-9,6 mmHg) y úrico (-0,5 mg/dl) y un aumento significativo ($p < 0,0001$) del hematocrito (+2,2%).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el tratamiento con canagliflozina presenta efectos dependientes e independientes de la dosis en pacientes con DM2. El incremento de dosis de CANA100 a CANA300 no tuvo efectos clínicos significativos sobre el ácido úrico o el hematocrito, a diferencia del beneficio dosis-dependiente mostrado sobre control glucémico, peso y PA.