



Canagliflozina

Hipoglucemiantes orales

Nombre	Canagliflozina
Presentaciones orales	Comprimidos 100 y 300 mg. Este principio activo forma parte de medicamentos compuestos junto a otros hipoglucemiantes orales.
Categoría	Antidiabético oral del grupo de fármacos inhibidores del cotransportador renal de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2).
Uso en pediatría	No se recomienda su uso en menores de 18 años (AEMPS).
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima: 1 - 2 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 99%
Vida media	10,6 ± 2,13 horas (tras una dosis de 100 mg) 13,1 ± 3,28 horas (tras dosis de 300 mg)
Vol. distribución	83.5 L/kg
Eliminación	Fecal (50%). Renal (33%).
Mecanismo de acción	Inhibición selectiva del cotransportador renal del sodio y glucosa 2 (SGLT2), responsable de la reabsorción renal de la glucosa filtrada en el glomérulo. Se produce una glucosuria continua y esto se acompaña de un efecto diurético leve.
Toxicología	Existen pocos datos. Se considera que los efectos tóxicos son una extensión de los efectos secundarios a dosis terapéuticas.
Efectos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica cardiovascular</i>: hipotensión arterial, taquicardia. • <i>Clínica digestiva</i>: náuseas y vómitos. • <i>Efectos metabólicos</i>: el riesgo de hipoglucemia es bajo, pero puede producirse y ser intensa, sobre todo si hay co-ingesta de otros hipoglucemiantes. Con el uso terapéutico se ha descrito hiperkalemia, hiperfosfatemia, hipermagnesemia, acidosis metabólica y cetoacidosis.
Comienzo de síntomas	No descrito
Dosis tóxica	No descrita En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica. En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.
Dosis letal	No descrita
Pruebas complementarias	Glucemia y cetonemia capilar. En caso de co-ingesta de otros hipoglucemiantes, glucemia horaria las primeras 8 -12 horas. Si aparece clínica de toxicidad: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg), función hepática, glucosa, urea y creatinina.
Descontaminación	Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.
Tratamiento de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • ABC y monitorización clínica, de constantes y de diuresis. • Fluidoterapia para mantener la hidratación, la tensión arterial y el volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora). • Si hipoglucemia leve y el paciente está consciente, administrar glucosa por vía oral. Si la hipoglucemia es sintomática, administrar suero glucosado al 10%, 2 ml/kg, i.v. en bolo, que puede repetirse si no se normaliza la glucemia y persisten los síntomas. Continuar con una perfusión de suero glucosado 10% de mantenimiento en función de la glucemia. Si no se consigue vía endovenosa, se puede probar glucagón i.m., pero el efecto depende de los depósitos hepáticos de glucógeno (escasos en niños). Alimentación precoz si el paciente está asintomático. No administrar glucosa i.v. profiláctica.
Antídotos	No
Depuración extrarrenal	No
Observación - Alta a domicilio	En todos los pacientes, dada la ausencia de datos clínicos, se recomienda mantener en observación las primeras 6 horas (12 horas si hay co-ingesta de otros hipoglucemiantes). En ausencia de otros criterios de ingreso, los pacientes podrán ser dados de alta tras 6 horas de observación (12 horas si hay co-ingesta de otros hipoglucemiantes), si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y la glucemia son normales. Si aparece hipoglucemia, deberá mantenerse la monitorización durante un mínimo de 24 horas.

TOXSEUP Guía rápida para el tratamiento de las intoxicaciones pediátricas

Fuentes: National Poison Information Service. Toxbase. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IBM Micromedex © 2022 Grupo de trabajo Intoxicaciones I.®. Todos los derechos reservados



Poisindex. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. 2019. UpToDate.