



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## 204 - USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SEMAGLUTIDA SC 1 VEZ/SEMANA SEGÚN LA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA INICIAL: ANÁLISIS *POST HOC* DE LOS DATOS AGRUPADOS DE LOS ESTUDIOS SURE

M. Botana<sup>1</sup>, G. Rudofsky<sup>2</sup>, A.M. Catarig<sup>3</sup>, U. Erhan<sup>3</sup>, R.G. Jain<sup>7</sup>, S. Tang Knudsen<sup>4</sup>, P. Saravanan<sup>5</sup> y J.F. Yale<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>2</sup>Cantonal Hospital. Olten. <sup>3</sup>Novo Nordisk A/S. Søborg. <sup>4</sup>Steno Diabetes Center Aarhus. University Hospital. Aarhus. <sup>5</sup>Warwick Medical School. University of Warwick. Coventry. <sup>6</sup>McGill University Health Centre. Montreal. <sup>7</sup>Novo Nordisk Service Centre India Private Ltd. Bangalore.

### Resumen

El programa SURE de estudios observacionales evalúa semaglutida subcutánea (sc) 1 vez por semana (v/s) en la práctica clínica real en población diversa de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), incluidos aquellos con enfermedad renal crónica (ERC). Este análisis *post hoc* conjunto del estudio SURE en Canadá, Dinamarca/Suecia, Suiza y Reino Unido evaluó semaglutida sc 1 v/s y los resultados según la función renal al inicio del tratamiento con semaglutida. En los estudios SURE (todos de ~30 semanas) participaron adultos ( $\geq 18$  años) con DM2 que recibieron semaglutida sc 1 v/s y otros antidiabéticos a criterio del médico; se analizaron los datos agrupados para determinar la variación entre el inicio y el final del estudio (FDE) de la HbA<sub>1c</sub> y el peso corporal por subgrupos de TFGe ( $< 30$ ,  $30- < 45$ ,  $45- < 60$ ,  $60- 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se evaluó la seguridad; solo se registraron sistemáticamente las reacciones adversas graves a medicamentos (RAMG). Se incluyeron datos de 913 pacientes (mediana de edad, 61 años; duración DM2, 11,0 años). Los pacientes con TFGe  $< 45$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> eran más mayores y tenían más tiempo de evolución de DM2 con respecto a los pacientes con TFGe  $\geq 45$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Con TFGe baja, la probabilidad de recibir insulina en el momento inicial era mayor que en aquellos con TFGe más alta. Al FDE se observaron reducciones significativas de HbA<sub>1c</sub>/peso en todos los subgrupos con TFGe  $\geq 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> ( $p < 0,0001$ ). Las tasas de RAMG y episodios adversos causantes de suspensión del tratamiento fueron bajas para todas las TFGe ( $\leq 0,3\%$  y # 1 episodio de hipoglucemia grave o documentada recibían insulina en el momento de iniciar el tratamiento. Semaglutida sc 1 v/s logró un control glucémico y una reducción ponderal clínicamente relevantes, y fue bien tolerada, en diversos grados de ERC al inicio del tratamiento en un contexto de práctica clínica.

Comunicación presentada previamente en el Congreso: ERA 2022.