



309 - EFECTO DE SEMAGLUTIDA EN LOS RESULTADOS RENALES EN PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN EL ENSAYO SELECT

H.M. Colhoun¹, A. Soto-González², I. Lingvay³, P.M. Brown⁴, J.P.H. Wilding⁵, J.F.E. Mann⁶, K.R. Tuttle⁷, T. Idorn⁴, N. Rathor⁴ y M. Lincoff⁸

¹Institute of Genetics and Cancer, The University of Edinburgh, Reino Unido. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de A Coruña. ³UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, EE. UU. ⁴Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁵Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, Institute of Life Course and Medical Sciences, University of Liverpool, Reino Unido. ⁶KfH Kidney Centre, München, Alemania and Friedrich-Alexander University, Erlangen, Alemania. ⁷Providence Medical Research Center, Providence Inland Northwest Health Services, Spokane, EE. UU. and University of Washington, Seattle, EE. UU. ⁸Cleveland Clinic, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, EE. UU.

Resumen

Introducción y objetivos: Análisis secundarios de ensayos de resultados cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2 sugieren que semaglutida tiene el potencial de reducir el deterioro de la función renal. Semaglutida redujo el *endpoint* primario de eventos cardiovasculares adversos mayores en un 20% en el ensayo SELECT en personas con sobrepeso u obesidad sin diabetes. Se muestra el análisis preespecificado de los resultados renales secundarios y exploratorios en SELECT.

Métodos: El principal *endpoint* renal fue el tiempo hasta la primera aparición de un compuesto nefropático de 5 puntos: muerte por causas renales; inicio de terapia de reemplazo renal crónico; inicio de una tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR) persistente 15 mL/min/1,73 m²; reducción persistente $\geq 50\%$ en la eGFR en comparación con el inicio; o inicio de macroalbúminuria persistente. Los pacientes se aleatorizaron a recibir semaglutida subcutánea (sc) 2,4 mg semanal o placebo. Se recogieron muestras de sangre y orina para medir eGFR y la relación albúmina-creatinina urinaria (UACR).

Resultados: El principal *endpoint* ocurrió en menor proporción en el grupo de semaglutida (1,8% [155/8.803]) que placebo (2,2% [198/8.801]): Hazard ratio 0,78 [intervalo de confianza del 95% (IC) 0,63; 0,96]; $p = 0,02$. A las 104 semanas, la eGFR disminuyó menos en el brazo de semaglutida que en el de placebo, efecto de tratamiento de 0,75 mL/min/1,73 m² [IC95% 0,43; 1,06]; $p = 0,001$. A 104 semanas, el aumento proporcional en UACR fue menor en el brazo de semaglutida que en el de placebo. Efecto de tratamiento de $-10,7\%$ [IC95% $-13,2$; $-8,2$]; $p = 0,001$. Semaglutida no se asoció con exceso de lesión renal aguda.

Conclusiones: Los análisis secundarios preespecificados sugieren un efecto beneficioso de semaglutida 2,4 mg en un *endpoint* compuesto renal en personas con sobrepeso u obesidad y enfermedad cardiovascular establecida. Se encontraron beneficios significativos tanto para la eGFR como para la UACR.

Presentada previamente en ERA 2024.