



## P-225. - LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LIRAGLUTIDA 3,0MG PARA EL CONTROL de PESO SON SIMILARES ENTRE RAZAS

F. Goñi<sup>a</sup>, F. Poyato<sup>b</sup>, J.Ard<sup>c</sup>, A.Cannon<sup>d</sup>, C.Lewi<sup>e</sup>, H.Lofton<sup>f</sup> y X. Pi-Sunyer<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao. <sup>b</sup>Novo Nordisk, Madrid. <sup>c</sup>Wake Forest University School of Medicine, Department of Epidemiology and Prevention, Winston-Salem. <sup>d</sup>Sleep & Wellness Medical Associates, Hamilton.

<sup>e</sup>University of Alabama at Birmingham, Birmingham. <sup>f</sup>New York University School of Medicine, New York.

<sup>g</sup>Columbia University, New York.

### Resumen

**Introducción:** La obesidad representa un serio desafío para la salud pública mundial. En comparación con los individuos blancos, los negros/afroamericanos (NAA) están desproporcionalmente afectados, y generalmente logran pérdidas de peso inferiores con las intervenciones estándar.

**Objetivos:** Evaluar las terapias emergentes para la pérdida de peso en diferentes subgrupos raciales es importante para la eficacia y seguridad comparativas.

**Material y métodos:** Análisis *post hoc* de datos agrupados de un estudio fase 2 de 52 semanas y 4 estudios fase 3 SCALE (3 de 56 semanas, 1 de 32 semanas) para comparar eficacia y seguridad de liraglutida 3,0 mg vs placebo, añadido a dieta y ejercicio, en diferentes subgrupos raciales: blancos (n = 4.945), NAA (N = 580), asiáticos (n = 172), otros (n = 116). Los estudios aleatorizados doble ciego fueron realizados en adultos con sobrepeso u obesidad con diabetes tipo 2 (DM2) (n = 844; 14,5%) o sin ella (n = 4.969; 85,5%).

**Resultados:** A través de los subgrupos raciales, la mayoría de los participantes fueron mujeres (~60-80%), la edad media 40,8-47,5 años; el IMC y peso medios fueron más bajos en asiáticos (35,8 Kg/m<sup>2</sup>; 95,1 Kg) y más altos en NAA (39,5 Kg/m<sup>2</sup>; 109,9 Kg). En cada uno de los subgrupos se logró una mayor pérdida de peso media desde el inicio del estudio al final de tratamiento con liraglutida 3,0 mg vs placebo: blancos, -7,74% vs -2,35% (diferencia estimada entre tratamientos [DET] -5,25% [IC95% -5,6; -4,9]); NAA, -6,29% vs -1,36% (DET -4,78% [-5,9; -3,7]); asiáticos, -6,29% vs -2,52% (DET -4,02% [-6,1; -2,0]); otros, -7,31% vs -0,49% (DET -6,81% [-9,3; -4,3]) (todos p < 0,0001, última observación realizada). En cada uno de los subgrupos, un mayor número de individuos perdió ≥ 5% de su peso basal en el grupo con liraglutida 3,0 mg (52-62%) vs placebo (0-8,9%) (todos p < 0,02). Todas las medias y efectos categóricos de pérdida de peso eran independientes de la raza (p > 0,05). Generalmente se observaron mayores mejoras en PAS y PAD, lípidos y HbA<sub>1c</sub> en individuos con y sin DM2 tratados con liraglutida 3,0 mg que con placebo entre los subgrupos raciales; los efectos del tratamiento fueron independientes de la raza (p > 0,05). Las proporciones de pacientes que experimentaron eventos adversos (EA) y EA graves fueron similares entre los subgrupos raciales. Se comunicaron más frecuentemente EA gastrointestinales con liraglutida 3,0 mg (59,1-76,3% en los

subgrupos raciales) que con placebo (31,4-40,1%) y fueron en gran medida similares entre los subgrupos.

**Conclusiones:** Los efectos de liraglutida 3,0 mg, añadido a dieta y ejercicio, en pérdida de peso, efectos metabólicos asociados y perfil de seguridad clínica fueron en general similares y superiores a placebo en todos los subgrupos estudiados, incluyendo NAA, un grupo con tasas de obesidad más elevadas.