

Finerenona frente a antagonistas clásicos del receptor mineralocorticoide en insuficiencia cardiaca con enfermedad renal crónica diabética: experiencia en vida real

Marina Teresa García García(1), Mario Galván Ruiz(2), Edison Omar Boada Lincango(2), Francisco Amado Romano Matos(3), Miguel Casares Ruiz(2), Miguel Fernández de Sanmamed Girón(2), Marina Pérez Fernández(4), Lola Hernández Chinea(5), María del Val Groba Marco(2), Antonio García Quintana(6), Javier León Santana(2), Luis Burgos Ramírez(2), Alberto Villar Ruiz(1), Manuel González Armayones(7) y Inmaculada Noval Morillas(1) de (1)Servicio de Cardiología del HUPM. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España, (2)Servicio de Cardiología del HUGCDN. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (3)Servicio de Cardiología del HUGDN. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (4)Servicio de Cardiología del HURJR. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva - España, (5)Servicio de Cardiología del HUC. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España, (6)Servicio de Cardiología de HUGCDN. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España y (7)Servicio de Cardiología del HURM. Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga - España

Introducción: La finerenona ha demostrado beneficio cardiorrenal en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con albuminuria, aunque existen pocos datos de vida real en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo fue comparar finerenona frente a antagonistas clásicos del receptor mineralocorticoide (ARM) en pacientes con IC, ERC y DM2.

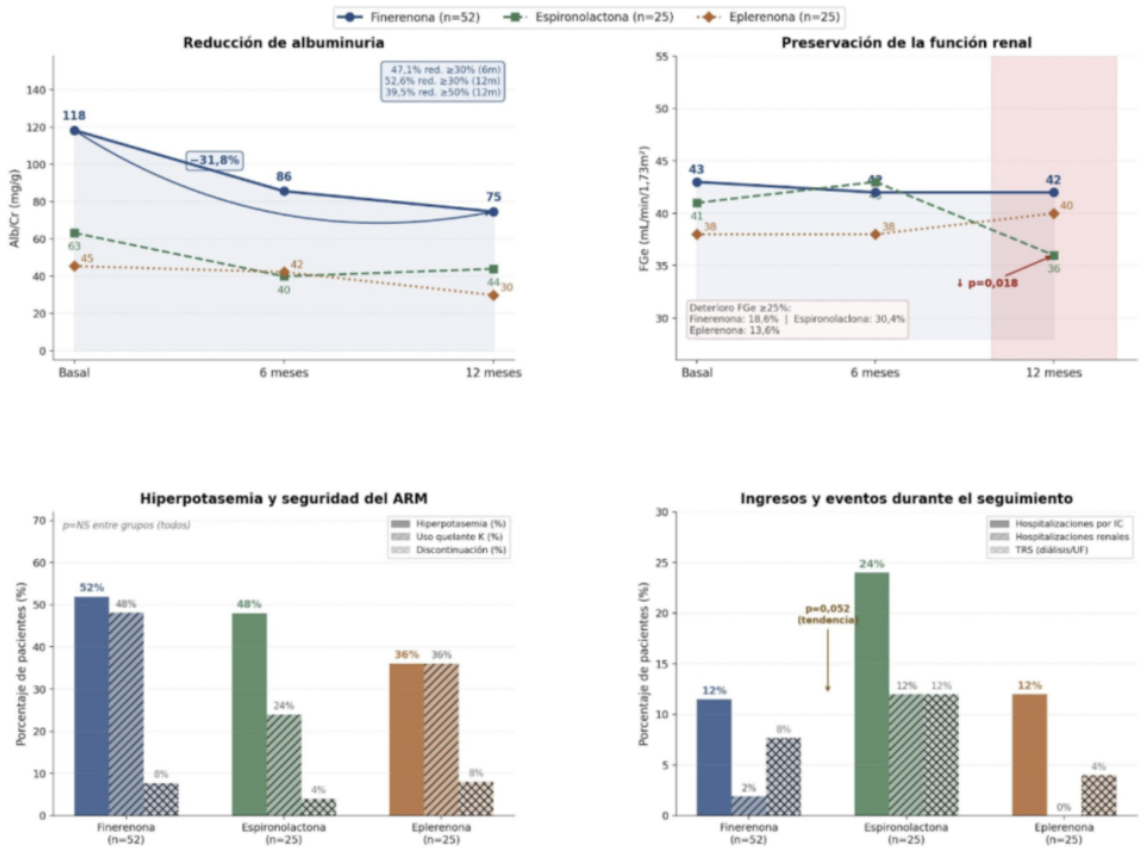
Métodos: Registro observacional de 102 pacientes clasificados según el tratamiento recibido: finerenona (n=52), espironolactona (n=25) o eplerenona (n=25). Se analizaron variables clínicas y analíticas basales, a los 6 y a los 12 meses, incluyendo filtrado glomerular estimado (FGe), creatinina, potasio, ratio albúmina/creatinina, discontinuación del tratamiento, hospitalizaciones y mortalidad. Las comparaciones se realizaron mediante test de Wilcoxon, Kruskal-Wallis y chi-cuadrado.

Resultados: Finerenona se empleó en pacientes con mayor carga albuminúrica basal que espironolactona y eplerenona (Alb/Cr 111 vs 56 vs 48 mg/g; p=0,080), y mostró la mayor reducción de microalbuminuria a 12 meses: ?34,8 mg/g (?31,8%), con reducción ?30% en el 52,6% y ?50% en el 39,5%; alcanzando 9 pacientes normoalbuminuria. El FGe permaneció estable con finerenona (43?42?42 ml/min; p=0,267), frente al descenso significativo con espironolactona (41?36 ml/min; p=0,018), mientras eplerenona no mostró cambios relevantes. El deterioro del FGe ?25% fue del 18,6%, 30,4% y 13,6%, respectivamente. La hiperpotasemia fue comparable (51,9%, 48,0% y 36,0%; p=0,421), pese a mayor uso de quelantes con finerenona. Los ingresos por IC fueron menores con finerenona y eplerenona que con espironolactona (11,5% y 12,0% vs 24,0%; p=0,319), mientras que las hospitalizaciones renales fueron más frecuentes con espironolactona (12,0% vs 1,9% y 0,0%; p=0,052).

Conclusiones: Finerenona mostró un perfil nefroprotector superior al ARM clásico en pacientes con IC y ERC

diabética con albuminuria significativa. Se asoció a una reducción sostenida de la albuminuria y a estabilidad completa del FGe, frente al deterioro observado con espironolactona. La hiperpotasemia fue frecuente pero manejable, sin más eventos graves ni suspensiones. Estos hallazgos, limitados por el diseño observacional y el diferente tiempo de seguimiento, apoyan la consideración de finerenona como alternativa preferente al ARM clásico en pacientes con IC que presentan ERC diabética con albuminuria significativa.

Figura 1. Finerenona vs ARM clásico: albuminuria, función renal, hiperpotasemia e ingresos



Evolución cardiorrenal y perfil de seguridad según tipo de antagonista mineralocorticoide

Variable	Finerenona (n=52)	Espironolactona (n=25)	Eplerenona (n=25)	p
n	**52**	**25**	**25**	**—**
Albuminuria				
Alb/Cr basal, mg/g	111	56	48	0,080
Reducción Alb/Cr durante seguimiento	−34,8 mg/g; −31,8% a 12 m	−22,1% a 12 m	−7,0% a 6 m	—
Reducción Alb/Cr ≥30%, n (%)	52,6%	38,9%	38,9%	—
Reducción Alb/Cr ≥50%, n (%)	39,5%	38,9%	33,3%	—
Normoalbuminuria a 12 m, n	9	7	9	—
Función renal				
FGe basal→12 m, ml/min/1,73 m²	43→42	41→36	38→39,5	—
p FGe basal vs 12 m	0,267	0,018*	0,911	—
Deterioro FGe ≥25%, n (%)	18,6%	30,4%	13,6%	—
Creatinina basal→12 m, mg/dl	1,5→1,5	1,5→1,7	1,6→1,7	—
Hiperpotasemia y seguridad				
Hiperpotasemia cualquier grado, n (%)	51,9%	48,0%	36,0%	0,421
Uso de quelantes de potasio, n (%)	48,1%	24,0%	36,0%	0,119
Discontinuación ARM, n (%)	7,7%	4,0%	8,0%	0,808
Eventos clínicos				
Hospitalización por IC, n (%)	11,5%	24,0%	12,0%	0,319
Hospitalización renal, n (%)	1,9%	12,0%	0,0%	0,052

Datos como mediana (RIC), n (%) o porcentaje, según corresponda. Kruskal-Wallis y chi-cuadrado para comparaciones entre grupos. *p significativa en test de Wilcoxon apareado dentro del grupo. —: p no calculada o no aplicable. Alb/Cr: ratio albúmina/creatinina; ARM: antagonista del receptor mineralocorticoide; FGe: filtrado glomerular estimado; IC: insuficiencia cardiaca; K: potasio.