

Experiencia en vida real con finerenona en un servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel: características y evolución clínica

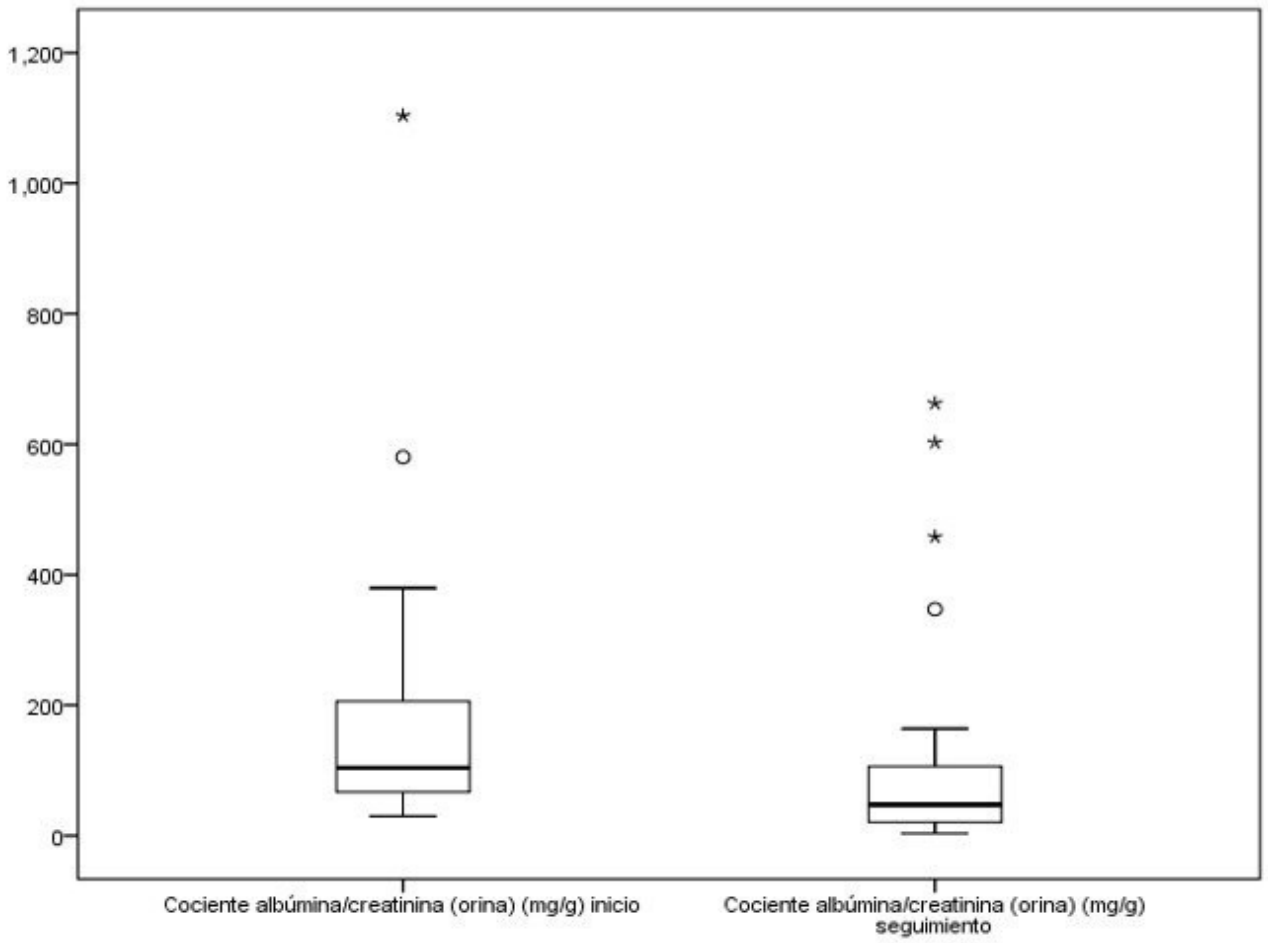
Fabiola Gómez Sevilla(1), Silvia Navas Rodríguez(1), Magdalena Carrillo Bailén(1) y Miriam Padilla Pérez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén - España

Introducción: La finerenona (antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides) ha demostrado beneficio cardiorrenal en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), aunque su uso en Cardiología es aún limitado. Objetivo: describir características clínicas, evolución analítica y eventos en pacientes tratados en un servicio de Cardiología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y longitudinal en pacientes tratados con finerenona (octubre 2024–noviembre 2025), con seguimiento en consultas externas. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, comparando valores basales y finales mediante t de Student o Wilcoxon según distribución.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, con seguimiento de 5,9±3,5 meses. Edad media 72,3±10,9 años, predominio masculino (80,7%) e inicio ambulatorio (73,3%). Alta carga de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (93%), dislipemia (94,7%), DM2 (96,5%). El 68,4% tenían cardiopatía isquémica y el 54,4% insuficiencia cardiaca (IC). El 84,2% presentaba fracción de eyección ventricular izquierda conservada, con péptido natriurético tipo B N-terminal (NT-proBNP) basal de 934 pg/mL (RIC 384–2202). El 57,9% tenía filtrado glomerular (FG) <60 mL/min y el 94,7% cociente albúmina/creatinina (CAC) >30 mg/g. Alto uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) (89,5%) y bloqueo del sistema renina-angiotensina (75,4%). Dosis inicial de 10 mg en el 59,6%, con titulación a 20 mg en el 42,9%. El 23,6% suspendió el tratamiento (23,1% por hiperpotasemia). Mortalidad total del 3,6% (n=2), con un fallecimiento cardiovascular y un ingreso por IC. Analíticamente, en los pacientes con determinaciones basales y de seguimiento, se observó reducción del CAC (104,2 vs 47,6 mg/g; -54,4%; p=0,002), con función renal estable (creatinina: 1,19 vs 1,21 mg/dL; p=0,366; FG: 53,9 vs 53,6 mL/min; p=0,876) y un incremento del potasio (4,6 vs 4,9 mEq/L; p=0,001).

Conclusiones: En práctica clínica cardiológica, la finerenona se utiliza en pacientes de alto riesgo cardiorrenal, generalmente sobre tratamiento optimizado. Presenta buena adherencia y perfil de seguridad aceptable, con reducción significativa de la albuminuria. La hiperpotasemia es el principal limitante, requiriendo monitorización estrecha.



Evolución de parámetros analíticos y de presión arterial tras tratamiento con finerenona.

Variable	Basal	Seguimiento	Valor de p
Creatinina (mg/dL)	1,19 (0,94 – 1,56)	1,21 (0,94 – 1,53)	0,366
FG (mL/min)	53,9 ± 18,1	53,6 ± 19,1	0,876
HbA1c (%)	6,8 (6,1 – 7,7)	6,55 (6,08 – 7,40)	0,209
CAC (mg/g)	104,2 (65,43 – 216,88)	47,55 (20,38 – 111,60)	0,002
Potasio (mEq/L)	4,6 ± 0,60	4,9 ± 0,51	0,001
PA sistólica (mmHg)	132,3 ± 19,8	131,2 ± 19,8	0,717
PA diastólica (mmHg)	76,7 ± 10,9	75,2 ± 13,9	0,455

Los datos se expresan como media ± desviación típica o mediana (rango intercuartílico) según distribución. FG: filtrado glomerular; HbA1c: hemoglobina glicosilada; CAC: cociente albúmina/creatinina urinario; PA: presión arterial.