

Uso de finerenona en vida real en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2: impacto clínico y cardiorrenal en un hospital de tercer nivel

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

Introducción: Finerenona es un antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides indicado en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con beneficio cardiorrenal demostrado. La evidencia en práctica clínica real es limitada, especialmente en pacientes con elevada comorbilidad cardiovascular. Objetivo: describir características clínicas, evolución analítica y eventos en pacientes tratados en vida real.

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

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes, con seguimiento de 8,2 ± 4,5 meses (mediana 7; RIC 6–12) y edad media 68,5 ± 10,1 años. Predominaron varones (73,9%) con alta carga de factores de riesgo cardiovascular: DM2 (98,4%), hipertensión arterial (97,3%) y dislipemia (92%). El 31,4% presentaban cardiopatía isquémica, un 25% insuficiencia cardíaca (IC) y fibrilación auricular, un 19,1%; el 83,3% de los pacientes tenía fracción de eyección conservada.
El 29,4% presentaba un filtrado glomerular entre 60–89 ml/min/1,73 m² y el 51,6% un cociente albúmina/creatinina urinario (CAC) >300 mg/g. La prescripción fue mayoritariamente ambulatoria (92%), principalmente desde Nefrología (61,7%). La dosis inicial más frecuente fue 10 mg (84%), con titulación posterior a 20 mg en el 42,1%.
El 24,7% suspendió el tratamiento, principalmente por hiperpotasemia (50%). Cuatro pacientes (2,1%) ingresaron por IC y se registraron 5 fallecimientos (2 por causa cardiovascular).
En los pacientes con determinaciones analíticas basales y de seguimiento, se observó mejoría significativa en los parámetros analíticos, excepto de hemoglobina glicosilada (p=0,503), destacando una reducción del CAC de 343,6 a 204,1 mg/g (?40,6%).

Conclusiones: En práctica clínica real, la finerenona en pacientes con ERC y DM2 se asocia a una reducción significativa de la albuminuria y baja tasa de eventos clínicos durante el seguimiento. La hiperpotasemia constituye la principal causa de suspensión, lo que subraya la importancia de la monitorización estrecha.

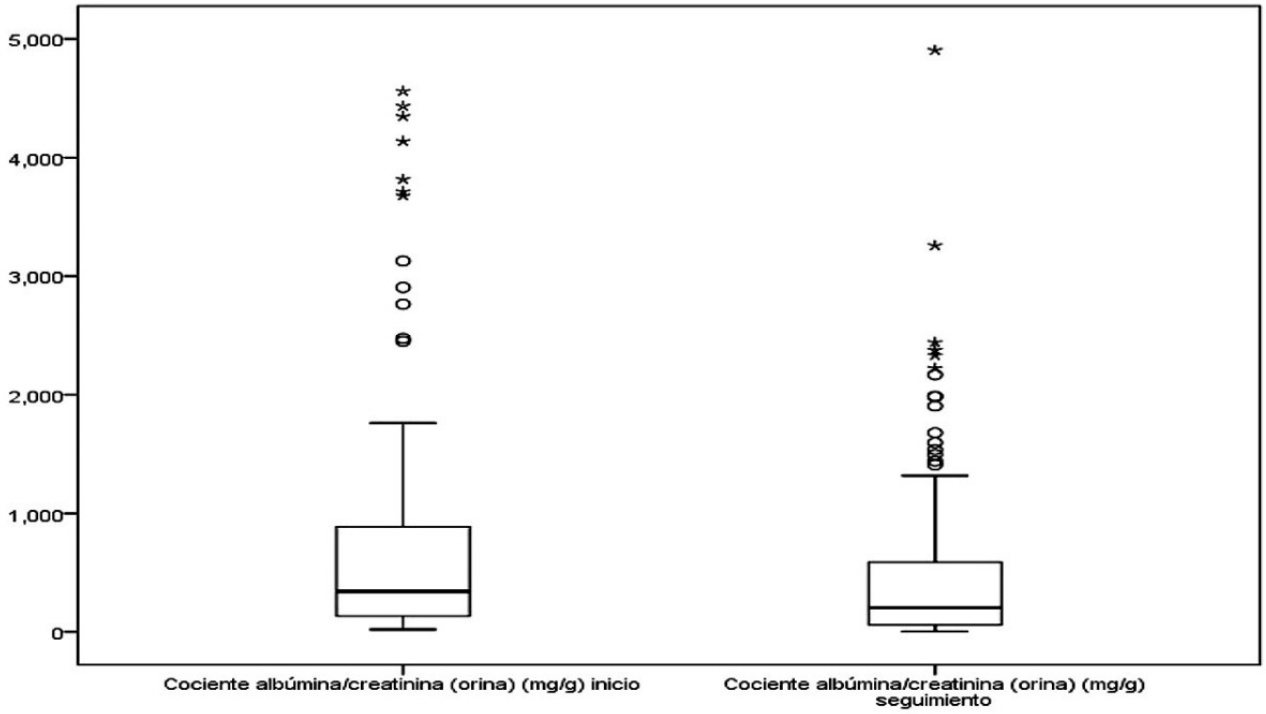


Tabla 1. Evolución de parámetros analíticos y clínicos en el seguimiento y significación estadística.

Variable	Basal	Seguimiento	Valor de p
Creatinina (mg/dL)	1,2 (1 - 2)	1,3 (1 - 2)	<0,001
FG (mg/dL)	51,5 (37 - 71)	48 (34 - 67)	<0,001
HbA1c (%)	7,1 (6 - 8)	6,8 (6 - 8)	0,503
CAC (mg/g)	343,6 (127 - 904)	204,1 (59 - 598)	<0,001
Potasio (mEq/L)	4,6 (4 - 5)	4,9 (4 - 5)	<0,001
PA sistólica (mmHg)	138 ± 21	132,7 ± 19,3	0,005
PA diastólica (mmHg)	75,4 ± 12	72,3 ± 12,6	0,003

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