



<https://www.revclinesp.es>

1526 - FINERENONA EN UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA: DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA. DATOS DEL REGISTRO FINERLIFE (FINERENONA IN REAL LIFE)

María Luisa Labella Báez, Jose María García Vallejo, Ana Rivero Ramírez, Samanta Ortega Hernández, Adrián Hernández Concepción, Sonia González Sosa y Jose Alberto Rodríguez González

Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: Históricamente spironolactona y eplerenona han demostrado beneficios en insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, pero su eficacia en FE ligeramente reducida o preservada no ha sido concluyente. Tras la publicación del ensayo FINEARTS-HF, finerenona, un antagonista del receptor de mineralcorticoide (ARM) no esteroideo, se postula como nuevo arsenal terapéutico en pacientes con IC y FE igual o superior al 40%. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad y eficacia de finerenona en vida real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, unicéntrico, que incluye los pacientes en tratamiento activo con finerenona en una unidad especializada de IC (UMIPIC). Se analizaron datos demográficos, comorbilidades, situación funcional, etiología de la cardiopatía, parámetros analíticos y ecocardiográficos, tratamiento domiciliario y efectos secundarios. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar cuando seguían distribución normal, o como mediana y rango intercuartílico en caso contrario. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas. Se seleccionaron aquellos que habían completado visita de seguimiento al mes de inicio del fármaco. Para comparar valores a los 30 días se utilizó prueba de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, con edad media de 79,9 (\pm 10,3) años y 51% (26) mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (100%), dislipemia (82,4%) y FA (76,5%), con una mediana de Barthel de 90 puntos. La mayoría presentaban IC de etiología hipertensiva (80,4%), con una mediana de FEVI de 59,5%. Predominó clase funcional NYHA II (72,5%), y el 82,4% habían tenido ingreso previo por IC. El 94,1% de los pacientes estaba en tratamiento con iSGLT2, y en una cuarta parte (25,5%) se optó por cambiar de ARM esteroideo a finerenona. La dosis inicial fue de 10 mg en el 78,4%. Al mes de inicio de tratamiento se observa una caída en medianas de NT-proBNP (2.047 vs. 1.698; $p = 0,005$), CA 12,5 (25,8 vs. 17,8; $p = 0,044$), y cociente albúmina/creatinina (109 vs. 101; $p = 0,036$), a expensas de ligero descenso del filtrado glomerular (41 vs. 35; $p < 0,001$) y discreta elevación de kaliemia (4,5 vs. 4,7; $p < 0,001$), así como caída en presión arterial (130 vs. 125,5; $p = 0,014$). No se apreciaron cambios en clase funcional NYHA ni en dosis de diurético de asa. Tras este periodo de seguimiento, solo se suspendió el tratamiento en un paciente, debido a deterioro de función renal en relación con proceso infeccioso concomitante. Dos pacientes presentaron efectos secundarios sin retirada farmacológica, ambos con hipotensión y uno de ellos además con hiperpotasemia moderada.

Características demográficas

Edad (media, DE)	71,9 ± 9,6	79,9 ± 9,8
-------------------------	------------	------------

Sexo (% mujeres)	1355 (45,1%)	26 (51%)
-------------------------	--------------	----------

Características de la cardiopatía

Hospitalización previa por IC	1797 (59,8%)	42 (82,4%)
--------------------------------------	--------------	------------

Tiempo entre evento de IC e inicio de finerenona

? 7 días	609 (20,3%)	6 (11,8%)
----------	-------------	-----------

> 7 días a 3 meses	1030 (34,3%)	16 (31,4%)
--------------------	--------------	------------

> 3 meses o no evento	1364 (45,4%)	29 (56,9%)
-----------------------	--------------	------------

Fracción de eyección de VI (FEVI)

Valor medio -%	52,6 ± 7,8	61,3 ± 10,8
-----------------------	------------	-------------

40%	0	1 (2%)
-----	---	--------

? 41-49%	1.093 (36,5%)	6 (11,8%)
----------	---------------	-----------

? 50-59%	1.329 (44,3%)	19 (37,3%)
----------	---------------	------------

? 60%	575 (19,2%)	25 (49%)
-------	-------------	----------

NT-proBNP (mediana, [RIQ]) - pg/mL	1.053 [467-1.937]	2.047 [1.115-3.428]
---	-------------------	---------------------

CA 12.5 (mediana, [RIQ]) - U/mL	----	25,8 [13,9 - 44,8]
--	------	--------------------

Clase funcional NYHA

NYHA I	0	3 (5,9%)
NYHA II	2081 (69,3%)	37 (72,5%)
NYHA III	903 (30,1%)	11 (21,6%)
NYHA IV	18 (0,6%)	0

Determinaciones basales

Presión arterial sistólica (media, DE) - mmHg $129,5 \pm 15,3$ $133,56 \pm 16,2$

Índice de masa corporal (media, DE) $29,9 \pm 6,1$ $31,9 \pm 5,8$

Creatinina sérica (media, DE) - mg/dL $1,1 \pm 0,3$ $1,6 \pm 1,8$

Tasa de filtrado glomerular (media, DE)

- mL/min/1,73 m² $61,9 \pm 19,4$ $47,4 \pm 18,8$

60 mL/min/1,73 m² (%) $1.451 (48,3\%)$ $39 (76,5\%)$

Ratio albúmina/creatinina (mediana, [RIQ]) - mg/g $18 (7-67)$ $109 (54,8 - 312,6)$

Potasio sérico (media, DE) - mEq/L $4,4 \pm 0,5$ $4,5 \pm 0,48$

Comorbilidades

Hipertensión arterial $2640 (87,9\%)$ $51 (100\%)$

Dislipemia ---- $42 (82,4\%)$

Fibrilación auricular $1.165 (38,8\%)$ $39 (76,5\%)$

Cardiopatía isquémica $784 (26,1\%)$ $12 (23,5\%)$

EPOC ---- $5 (9,8\%)$

SAOS	----	14 (27,5%)
Enfermedad cerebrovascular	355 (11,8%)	9 (17,6%)
Enfermedad arterial periférica	----	6 (11,8%)
Deterioro cognitivo	----	4 (7,8%)
Tabaquismo (actual o previo)	----	20 (39,2%)
Enolismo (actual o previo)	----	8 (15,7%)
Tratamiento		
Betabloqueantes	2.541 (84,6%)	33 (64,7%)
IECA	1.083 (36,1%)	9 (17,6%)
ARA-II	1.047 (34,9%)	16 (31,4%)
ARNI	256 (8,5%)	7 (13,7%)
Calcio-antagonista	958 (31,9%)	13 (25,5%)
iSGLT2	393 (13,1%)	48 (94,1%)
ARM esteroideo (previo a cambio a finerenona)	----	13 (25,5%)
Diurético de asa	2.618 (87,2%)	51 (100%)
Diurético tiazídico	429 (14,3%)	1 (2%)
aR-GLP1	79 (2,6%)	8 (15,7%)

Discusión: El estudio FINEARTS-HF demostró reducción de hospitalización por IC y muerte cardiovascular en pacientes con IC y FE igual o superior al 40%. Los pacientes de nuestro registro presentaban mayor edad y comorbilidad que los de dicho ensayo clínico. A corto plazo, se aprecia mejoría en parámetros de congestión, siendo un fármaco bien tolerado y con escasos efectos secundarios.

Conclusiones: Finerenona es una opción terapéutica prometedora en IC con FE ligeramente reducida o preservada. Son necesarios más estudios a largo plazo para evaluar el impacto de finerenona como

tratamiento modificador de la enfermedad.