

**DRA. CAROLINA AGUILAR LAUSIC**

- Nefróloga.
- Clínica Bupa, Santiago.
- Directora de la Sociedad Chilena de Hipertensión

SOCIEDAD CHILENA DE
HIPERTENSIÓN

Finerenona: el antagonista mineralocorticoide que redefine el manejo de la presión arterial en la enfermedad renal

La hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica (ERC) comparten un eje fisiopatológico común: la sobreactivación del receptor mineralocorticoide (RM). Durante décadas, el manejo de este eje se limitó a antagonistas esteroideos —espironolactona y eplerenona—, eficaces, pero lastrados por hiperpotasemia y, en el caso de la espironolactona, efectos antiandrogénicos. La irrupción de finerenona, un antagonista no esteroideo y altamente selectivo del RM, ha abierto una ventana terapéutica distinta, cuyo perfil de efectos hemodinámicos y renoprotectores conviene revisar a la luz de la evidencia reciente.

Un efecto antihipertensivo modesto en superficie, relevante en profundidad

El ensayo FIDELIO-DKD, reanalizado por Ruilope et al., mostró que finerenona reduce la presión arterial sistólica (PAS) en la consulta de forma modesta ($-2,71$ mmHg frente a placebo), pero este beneficio se mantiene de forma consistente, incluidos los pacientes con PAS >148 mmHg. Más relevante aún: el beneficio cardiorrenal de finerenona sobre los desenlaces renales (HR 0,82) y cardiovasculares (HR 0,86) fue independiente de la presión arterial basal, y solo entre el 12,6% y el 13,8% del efecto del fármaco se explicó por la reducción de la PAS en la consulta. Esto sugiere con fuerza que los mecanismos antifibróticos y antiinflamatorios del bloqueo no esteroideo del RM —más que el efecto hemodinámico puro— son los principales responsables de la protección renal y cardiovascular.

Esta aparente disociación entre "poco efecto en consulta" y "gran beneficio clínico" encuentra una explicación parcial en el estudio ARTS-DN de Agarwal et al. Cuando se midió la presión mediante monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA), las reducciones fueron sustancialmente mayores que las registradas en consulta: hasta $-11,2$ mmHg con finerenona 15 mg frente a placebo, con un efecto persistente durante las 24 horas —incluido el periodo

nocturno— pese a la vida media plasmática corta del fármaco (2–3 horas). Este hallazgo tiene una implicancia práctica importante: la PAS de la consulta subestima el verdadero efecto antihipertensivo de finerenona, y la MAPA podría ser la herramienta más adecuada para monitorizar la respuesta terapéutica en la práctica clínica.

Combinación con iSGLT2: efecto aditivo sobre la albuminuria

El ensayo CONFIDENCE, publicado en NEJM, respondió a una pregunta pendiente en la práctica diaria: ¿es seguro y eficaz iniciar simultáneamente finerenona y un iSGLT2 en lugar de la estrategia escalonada habitual? A los 180 días, la combinación finerenona-empagliflozina redujo la relación albúmina-creatinina urinaria (UACR) un 52% desde el basal, superando en 29–32% a cualquiera de los dos fármacos en monoterapia, con un efecto aditivo consistente con lo esperado. La seguridad fue adecuada: la hiperpotasemia fue relativamente menos frecuente con la combinación que con finerenona sola (reducción del 15–20%), coherente con el efecto kaliurético conocido de los iSGLT2, y la incidencia de lesión renal aguda se mantuvo baja (1,9%). Estos datos respaldan un cambio de paradigma hacia la terapia combinada inicial en pacientes con ERC y diabetes mellitus tipo 2,