

# ▼ KERENDIA® FINERENONA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ASOCIADA A DIABETES TIPO 2 ¡Cuidado con la hiperpotasemia!



Requiere controles frecuentes, eficacia modesta y sin ventajas conocidas frente a los iSGLT2.



IMPORTANTE MEJORA TERAPÉUTICA



MODESTA MEJORA TERAPÉUTICA



SÓLO APORTA EN SITUACIONES CONCRETAS



NO SUPONE AVANCE TERAPÉUTICO



INFORMACIÓN INSUFICIENTE

+  
FICHA TÉCNICA

## ¿QUÉ ES?

Antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM) no esteroideo.

## INDICACIONES

Enfermedad renal crónica (ERC) con albuminuria, asociada a diabetes tipo 2 (DM2) en adultos. **Financiado para:** pacientes con tasa de filtración glomerular estimada (TFGe)  $\geq 25$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, ratio albumina creatinina en orina (RAC)  $\geq 30$  mg/g, no controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de IECA o ARA2 y/o iSGLT2, o que presenten intolerancia a IECA o ARA2 o bien a iSGLT2.

## POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Es necesario evaluar el potasio sérico y la TFGe antes de iniciar, a las 4 semanas y luego periódicamente.

TFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) y potasio sérico (K+; mmol/L)			Dosis inicial
TFGe $\geq 60$	y	K+ $\leq 5,0$	20 mg/día
TFGe $\geq 25$ a $< 60$	y	K+ $\leq 5,0$	10 mg/día
TFGe $< 25$	o	K+ $> 5,0$	No iniciar
Mantenimiento			
TFGe $\geq 15$ y no disminución $> 30\%$ respecto a la anterior	y	K+ $\leq 4,8$	20 mg/día
TFGe $\geq 15$ y disminución $> 30\%$ respecto a la anterior	y	K+ $\leq 4,8$	10 mg/día
TFGe $\geq 15$	y	K+ $> 4,8$ a $5,5$	Mantener dosis actual
TFGe $< 15$	o	K+ $> 5,5$	Interrumpir*

(\* Se puede reiniciar con 10 mg/día cuando K+  $\leq 5,0$ .

## POBLACIONES ESPECIALES

No iniciar en insuficiencia hepática grave. Las mujeres en edad fértil deben utilizar métodos anticonceptivos efectivos.

## EFICACIA

Ha demostrado una eficacia modesta únicamente frente a placebo, ambos añadidos al tratamiento con IECA o ARA-II. **En pacientes con ERC grado 3-4**, la mayoría con albuminuria

muy elevada ( $\geq 300$  mg/g), el número de pacientes necesario a tratar (NNT) durante 36 meses para evitar un evento renal (fallo renal, disminución sostenida de la TFGe  $\geq 40\%$  o muerte de causa renal) fue de 29 (IC95% 16 a 166); HR=0,82 (0,73 a 0,93). Este efecto se debía principalmente a la variable "disminución sostenida de la TFGe  $\geq 40\%$ ". También se redujo el riesgo de aparición de eventos cardiovasculares mayores (muerte de causa cardiovascular, infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardiaca); HR=0,86 (0,75 a 0,99). **En ERC en cualquier estadio**, el NNT durante 36 meses para evitar un evento cardiovascular fue de 51 (28 a 237); HR=0,87 (0,76 a 0,98). El efecto se debió principalmente a la reducción del riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca. No hubo diferencias estadísticamente significativas en eventos renales; HR=0,87 (0,76 a 1,01).

## RIESGOS

El efecto adverso más frecuente es la hiperpotasemia. No administrar con diuréticos ahorradores de potasio u otros ARM (espironolactona y eplerenona). Contraindicado el uso con inhibidores potentes del CYP3A4 (como itraconazol, ritonavir, claritromicina, cobicistat). No se recomienda el uso con inductores moderados o potentes del CYP3A4. Contraindicado en enfermedad de Addison.

## COSTE TRATAMIENTO-AÑO

598 €, equivalente al de empagliflozina o dapagliflozina.

## LUGAR EN LA TERAPÉUTICA

Los iSGLT2 añadidos al tratamiento con IECA o ARAII tienen una mayor evidencia para la ERC con RAC elevado. Hay muy poca evidencia sobre el uso de triple terapia (IECA o ARA-II + iSGLT2 + finerenona). No se ha comparado con fármacos de su mismo grupo terapéutico (espironolactona y eplerenona) ni con iSGLT-2. El lugar en terapéutica está por determinar. En todo caso, el beneficio es modesto y el riesgo de hiperpotasemia elevado.

## PRESENTACIONES

Kerendia® 10 mg o 20 mg, 28 comprimidos recubiertos (45,90€)

