

15 RESULTADOS CLÍNICOS CON FINERENONA DE NOVO O TRAS CAMBIO DE ANTIMERNEALOCORTICOIDE (AMC) PREVIO EN ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA (ERD)

K. MEMBREÑO-BLONDON¹, S. BIELSA-GRACIA¹, A. VALLEJOS-NUÑEZ¹, J. ROIG-CARCEL¹, M. BORRÁS-SANS¹, V. PEÑA-GARCÍA¹, ML. MARTÍN-CONDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA)

Introducción: El estudio FIDELITY mostró mejoría de resultados cardiorrenales en ERD y redujo el cociente albúmina/creatinina (CACo) un 36%.

Objetivo: Analizar resultados en vida real de tratamiento con Finerenona en ERD y analizar grupo previamente tratado con otro AMC (espironolactona o eplerenona).

Material y métodos: Inclusión de pacientes en tratamiento con Finerenona desde mayo de 2024 con control analítico a 3 meses. Análisis descriptivo de mediana ± DE y prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestras relacionadas.

Resultados: 50 pacientes iniciaron Finerenona, en 14 de ellos se suspendió AMC previo. Edad: 68 ± 11.6 años. Años de evolución de DM 13,5 ± 7.4 años; Tratamientos asociados previos: bloqueantes SRA: 92%; iSGLT2: 96%; arGLP1: 42%; tiazidas: 48%; diuréticos de asa: 10%; beta-bloqueantes: 48%. 3 meses después de iniciar tratamiento con Finerenona: no cambió significativamente la presión arterial ni el filtrado glomerular (FGe). Globalmente, disminuyó un 30.98% el CACo (basal 505 ± 695.3; 3 meses: 348.6 ± 743.5 mg/g; p<0.001) y aumentó el potasio sérico (basal 4.5 ± 0.4; 3 meses: 4.7 ± 0.5; p= 0.011). El grupo con AMC previo: no mostró cambios significativos en ninguna de las variables analizadas (tabla 1), ni diferencia con el grupo de novo a 3 meses. El grupo de novo redujo la albuminuria un 46.89%. Todos los pacientes toleraron el fármaco y pudieron mantenerlo a 3 meses. En 11 pacientes se optimizó la dosis a 20 mg a los 3 meses.

Conclusiones: Finerenona mejoró significativamente el CACo a 3 meses en pacientes con ERD con doble o triple terapia previa antiproteinúrica. Con la limitación del tamaño muestral disponible, no identificamos mejoría en el control de la albuminuria respecto a otros AMC, ni diferencias en la Kalemia o el FGe.

Tabla 1. Análisis resultados clínicos a los 3 meses de tratamiento con Finerenona por grupos con AMC previo o de novo.

	Grupo con AMC previo a Finerenona (n=14)					Grupo con Finerenona de novo (n=36)				
	Basal		3 meses		P*	Basal		3 meses		P*
	Mediana	Dev.	Mediana	Dev.		Mediana	Dev.	Mediana	Dev.	
TAS	140.70	20.24	148.35	14.90	0.221	151.00	20.40	147.70	23.29	0.430
TAD	73.30	13.51	74.00	11.13	0.346	81.00	13.35	74.30	12.27	0.510
TAQ	29.04	3.59	29.70	3.44	0.072	30.47	4.26	30.40	3.44	0.032
IMC	25.20	22.22	27.85	22.43	0.017	25.35	20.72	26.95	19.15	0.083
Filtrado glomerular (FGe)	356.67	1064.02	386.01	1261.40	0.186	586.30	511.87	511.37	367.84	0.000
Albúmina/creatinina (CACo)	4.41	0.36	4.55	0.53	0.626	4.53	0.41	4.73	0.46	0.007
ProBNP	1.40	7.47	1.5	7.54	0.552	2.90	3.43	2.65	10.14	0.766
Na/Cr	6.77	0.87	6.73	0.88	0.645	6.65	0.75	6.65	0.68	0.746

* Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

16 IMPACTO DEL ISGLT2 EN LOS NIVELES DE MMP10 Y SU INHIBIDOR TIMP1 EN UNA COHORTE DE DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA INCIPIENTE: RESULTADOS PRELIMINARES

G. BUADES¹, I. FERNANDEZ LORENTE², M. BAZTAN¹, A. HURTADO¹, S. ECHEVERRÍA ANDUEZA¹, JM. MORA-GUTIERREZ³, N. GARCÍA-FERNANDEZ³

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ²NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA) (PAMPLONA), ³NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA), RICORS2040 (KIDNEY DISEASE) (PAMPLONA)

La enfermedad renal diabética (ERD) es la primera causa de enfermedad renal crónica (ERC) en el mundo. Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado claro beneficio cardiorrenal en estos pacientes. El desequilibrio entre síntesis y degradación de matriz extracelular (MEC) se reconoce mecanismo de daño y progresión de la ERD, y datos recientes, plantean que los iSGLT2 puedan modular el aumento de metaloproteinasas (MMPs) implicadas en el desbalance de MEC. El objetivo del estudio fue estudiar el impacto de iSGLT2 en MMP10 y su inhibidor TIMP1 en pacientes con ERD en fases iniciales.

Pacientes y métodos: Estudio observacional retrospectivo en cohorte de pacientes con probable ERD en fases iniciales (CKD1-2) reclutados entre 2011 y 2014 y seguidos al menos 4 años.

A los 4 años los pacientes se clasificaron en dos grupos en función de haber iniciado la toma de iSGLT2 (G1) o no (G2). Las variables de estudio basales y a 4 años para ambos grupos fueron: estimación del filtrado glomerular por CKD-EPI creatinina (GfRe) y ratio albumina-creatinina (ACR), HBA1C, nT-ProBNP, MMP10, su inhibidor TIMP-1 y ratio MMP10/TIMP1. El estudio de comparación en el tiempo por grupos y la comparación de variable cambio entre grupos se hizo con SPSS (p<0,05).

Resultados: Incluidos 96 pacientes (Edad media: 66,02 años, 75% varones, 68,75%, ACR: 101.05 mg/g GfRe: 81.57ml/min/1,73m²). A 4 años eran 15 (G1) y 81 (G2). Basalmente no hubo diferencias entre G1 y G2 para la edad, GfRe, MMP10, TIMP1 y MMP10/TIMP1, y el ACR era mayor en G1 que G2 (p<0,05). A los 4 años hubo una reducción del GfRe (p<0,05) y aumento de albuminuria y NTProBNP (ns) en ambos grupos (p<0,05). La MMP10 aumentó y el TIMP1 disminuyó en ambos grupos (p<0,05) pero dicho cambio fue mayor en G2 que en G1 (ns). En la Tabla 1 se presentan las comparaciones de ambos grupos basal y 4 años.

Conclusiones: La toma de iSGLT2 asoció un menor aumento de MMP10 y descenso de TIMP1 en el tiempo, planteando que potencialmente tengan efecto modulador de las metaloproteinasas y el desbalance MEC. Este efecto es visible aun siendo una n pequeña (15) y con función renal levemente alterada. Además, nuestros datos confirman el beneficio del iSGLT2 en la enfermedad renal, aun en fases iniciales, con menor descenso GfRe y menor aumento de ACR con iSGLT2 aun cuando sin significación. Este estudio precisa confirmarse en una población más amplia y con más tiempo de seguimiento.

[Ver tabla](#)

17 IMPACTO DE LA ATENCIÓN POR NEFROLOGÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

S. SANCHEZ BLANCO¹, A. MOLINA ORTEGA¹, A. ALUSTIZA GARCIA¹, I. FERNANDEZ ESPINOSA¹, M. SÁEZ MORALES¹, S. CAMINO RAMOS¹, R. BERZAL RICO¹, O. CARMONA LORUSSO¹, PP. NEYRA BOHORQUEZ¹, G. ALCALDE BEZHOLD²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (VITORIA-GASTEIZ/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA (VITORIA-GASTEIZ/ESPAÑA)

Introducción: Las guías internacionales establecen una serie de recomendaciones de alto nivel de evidencia sobre el manejo farmacológico de la enfermedad renal diabética (ERD). Mientras las guías de la SEN y otras sociedades definen los criterios para derivar a Nefrología.

Objetivos: Analizar el grado de adherencia al cumplimiento de los criterios de derivación y el manejo recomendado, realizando un análisis estratificado por el contacto con Nefrología.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo con una base de datos anonimizada, incluyendo pacientes con DM2 de un área de 300.000 habitantes que seguían vivos a finales de 2024. Se seleccionaron aquellos con FGe >50 ml/min y CAC >300 mg/g, o FGe entre 25– 50 ml/min y CAC >100 mg/g, siguiendo criterios similares al ensayo FLOW. Se evaluó si recibían tratamiento con IECA/ARA-2, iSGLT2, a-GLP1 o finerenona en 2024, y se compararon los resultados según si tenían episodio de Nefrología entre 2022-2024, para analizar la repercusión en el manejo de la ERD.

Resultados: De los 1118 pacientes que cumplían los criterios, 534 (47,8%) habían sido evaluados por Nefrología. Estos pacientes eran más jóvenes, presentaban un mayor IMC, más albuminuria, menor FGe y una proporción menor de mujeres en comparación con los no valorados por Nefrología.

En la tabla se muestra la utilización de medicación nefroprotectora según las recomendaciones de las guías internacionales.

Conclusiones: Los pacientes en seguimiento por Nefrología tienen más probabilidades de recibir medicación nefroprotectora respecto al resto de pacientes, existiendo margen de mejora. Se recomienda a los pacientes con alto riesgo de progresión de ERD sean valorados por Nefrología para optimizar el tratamiento y reducir la morbi-mortalidad.

[Ver tabla](#)

18 DESAFÍOS EN EL CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: UNA BRECHA ENTRE LAS GUÍAS Y LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. MOLINA ORTEGA¹, S. SÁNCHEZ BLANCO¹, A. ALUSTIZA GARCÍA¹, M. SÁEZ MORALES¹, I. FERNÁNDEZ ESPINOSA¹, A. BEDIA RABA¹, FB. ZALDUENDO GUADILLA¹, O. GARCÍA URIARTE¹, PP. NEYRA BOHORQUEZ¹, G. ALCALDE BEZHOLD¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (VITORIA-GASTEIZ/ESPAÑA)

Introducción: Las guías nacionales e internacionales recomiendan un cribado anual de la enfermedad renal diabética (ERD) mediante filtrado glomerular (FGe) y albuminuria. Sin embargo, en la práctica clínica actual, tanto el cribado como el diagnóstico precoz siguen siendo insuficientes.

Objetivos: Analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre cribado de ERD en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en un área de salud.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, utilizando una base de datos anonimizada, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de DM2 prevalentes en 2021 y que han sobrevivido hasta el 31/12/2024, de un área de salud de 300.000 habitantes.

Se excluyeron no residentes en el área de salud, menores de 18 años, fallecidos durante el seguimiento, trasplantados renales, pacientes con diabetes tipo 1, gestacional y aquellos en los no se pudo determinar el tipo de diabetes.

Resultados: Se incluyeron 18.631 pacientes, de los cuales 10.164 eran hombres (54,6%) y 8.467 mujeres (45,4%). De estos, 7.503 (40,27%) no tenían solicitada una albuminuria en 2024, con una distribución de 3.599 hombres (47,97%) y 3.904 mujeres (52,03%). Además, se analizó el período 2020-2024, donde 4.225 pacientes (22,7%) no tenían albuminuria solicitada, siendo 1.845 hombres (43,66%) y 2.380 mujeres (56,33%). Se observaron diferencias significativas en el cribado entre hombres y mujeres (OR: 0,567; IC 95%: 0,529-0,608).

Conclusiones: Debemos enfocar nuestros esfuerzos en mejorar el cribado de la ERD para ofrecer una nefroprotección y prevenir así la morbi-mortalidad a largo plazo a las mujeres con DM2.

[Ver tablas](#)

Resúmenes

Diabetes

19 ¿TRATAMOS LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA DIFERENTE EN FUNCIÓN DEL SEXO? M. SAEZ MORALES¹, S. SANCHEZ BLANCO¹, A. MOLINA ORTEGA¹, A. ALUSTIZA GARCÍA¹, A. BEDIA RABA¹, O. CARMONA LORUSSO¹, S. CAMINO RAMOS¹, R. BERZAL RICO¹, MC. ROBLEDO ZULET¹, G. ALCALDE BEZHOLD¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. OSAKIDETZA (VITORIA GASTEIZ / ESPAÑA)

Introducción: En los últimos años la revolución en cuanto al tratamiento de la enfermedad renal diabética (ERD) ha supuesto que nuestros pacientes tengan un mejor pronóstico.

Aunque tenemos claro los pilares de tratamiento de la ERD, no todos los pacientes se benefician por igual, por ello, nos hemos preguntado si existe alguna diferencia en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad entre hombres y mujeres, como ocurre en otras patologías.

Material y métodos: Mediante la creación de una base de datos anonimizada con 18.631 pacientes en el periodo de 2020-2024, hemos realizado un estudio observacional descriptivo, para analizar las diferencias que existen en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal diabética en función del sexo.

Resultados: En cuanto al diagnóstico, la probabilidad de que se realice una albuminuria en mujeres es un 36% inferior a los hombres.

Analizando nuestros datos según los criterios del estudio FLOW, el porcentaje de valoración en Nefrología es diferente entre hombres (51.1%) y mujeres (41.1%) por lo que parece que, a igualdad de enfermedad, existen diferencias en la derivación por sexo.

Siguiendo los mismos criterios, existen diferencias en cuanto a la prescripción de medicación nefroprotectora entre hombres y mujeres. La prescripción de a-GLP1 según sexo es diferente en los pacientes controlados por nefrología, a diferencia de los que no se han visto en nefrología. Todos los datos quedan reflejados en la tabla que se adjunta.

Conclusión: Hay diferencias en el manejo de la enfermedad renal diabética en las mujeres, empezando por el diagnóstico ya que, según nuestros datos, se las diagnostica menos, lo que puede llevar a que tanto el tratamiento como la derivación a Nefrología sea diferente entre hombres y mujeres. Deberíamos cuestionarnos el por qué de estos resultados y realizar más estudios enfocados en el tema.

 Ver tabla

20 DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO ANIMAL NO GENOTÍPICO DE DIABETES TIPO 2 PARA EL ESTUDIO DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

S. TEIXIDÓ TRUJILLO¹, MF. TONIOLO¹, E. PORRINI¹, S. LUIS LIMA¹, L. DÍAZ MARTÍN¹, LM. MENÉNDEZ QUINTANA¹, R. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ², A. TORRES RAMÍREZ², C. FUMERO¹, AE. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, ESPAÑA), (²ITAC-NEPHROLOGY). INSTITUTO DE TRASPLANTES Y ALTA COMPLEJIDAD (BUENOS AIRES, ARGENTINA), ³DEPARTAMENTO DE LABORATORIO MÉDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, ESPAÑA), ⁴DEPARTAMENTO DE QUÍMICA Y DROGAS. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, ESPAÑA), ⁵FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, ESPAÑA), ⁶DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, ESPAÑA)

Introducción: La patogenia de la nefropatía diabética (ND) no se conoce completamente, en parte debido a la falta de modelos preclínicos. Los modelos animales actuales, mayormente genotípicos y monogénicos, no reflejan correctamente el daño orgánico en la diabetes. En estudios previos, observamos que Tacrolimus (TAC) induce toxicidad en células beta en un contexto de obesidad y síndrome metabólico, la cual se asemeja a la patogenia de la diabetes tipo 2 (DT2). Basándonos en ello, hemos desarrollado un modelo animal no genotípico de DT2 combinando obesidad y tratamiento crónico con TAC para evaluar, específicamente, la ND.

Material y métodos: 26 ratas macho Sprague Dawley fueron alimentadas con dieta alta en grasas (HFD) durante 30 días para inducir obesidad. Luego, fueron tratadas con TAC o placebo durante 9 meses. El tratamiento con TAC comenzó con 0.5 mg/kg diariamente durante 15 días; 3 veces por semana durante 30 días; 2 veces por semana hasta el mes 6; y 1 vez por semana hasta el mes 9. La HFD se mantuvo durante todo el estudio. Los niveles de TAC en sangre se midieron cada mes. La tolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina se evaluaron con sobrecargas intraperitoneales de glucosa (SIPG) y test de resistencia a la insulina (ITT). La tasa de filtrado glomerular (TFG) se midió mediante aclaramiento plasmático de iohexol-DBS, y se analizó albuminuria y proteinuria en orina de 24 horas. Al final del estudio se analizó la histología renal.

Resultados: Los animales tratados con TAC desarrollaron diabetes desde el día 15 hasta los 9 meses. En el páncreas, estos animales mostraron características similares a las de pacientes con DT2 (disminución del número y área de los islotes, fibrosis y desbalance en células alfa/beta) (datos no mostrados). Los niveles de TAC en sangre tras 24h no fueron tóxicos: 7.5 ± 2.4 ng/mL (15 días), 4 ± 1.6 ng/mL (mes 6) y 0.9 ± 0.2 ng/mL (mes 9). Tras 30 días de HFD los animales aumentaron su TFG, que continuó aumentando hasta los 6 meses, y luego disminuyó. Los animales diabéticos presentaron una TFG similar a los animales obesos, pero con niveles más altos. En la histología renal, los animales diabéticos mostraron una mayor área glomerular (p<0.0001), expansión mesangial (p<0.0001), fibrosis intra-glomerular (p<0.0002) y peritubular (p<0.0001), mayor proporción de glomerulos con esclerosis (p<0.0043), mayor expresión de marcadores inflamatorios TNF-α y MCP-1 (p<0.0001) e incremento en la proteinuria.

Conclusiones: Este modelo animal de DT2 inducida por TAC presenta marcadores de ND. Además, puede ser útil para estudiar la patogénesis de la ND y como plataforma para probar nuevos medicamentos.

21 IMPACTO DE LA RATIO ECW/TBW EN LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA EVALUADA MEDIANTE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DM2 EN HEMODIÁLISIS

P. GIL-MILLÁN¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², S. CAPARRÓS¹, A. RIBAS-PAULET¹, M. EL MANOUAR¹, C. HERNÁNDEZ PASCUAL¹, M. SORRIBES LÓPEZ¹, S. MARTÍNEZ VAQUERA¹, R. SIMÓ CANOGÉ¹, O. SIMÓ-SERVAT¹

¹ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON / CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ²NUTRICIÓN. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁴ENFERMERA DE NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁶ENDOCRINO. VHIR / HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA), ⁷NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (MADRID), ⁸ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ESKD) en hemodiálisis (HD), presentan una alta variabilidad glucémica (VG), con hipoglucemias intra-HD e hiperglucemias post-HD, lo que incrementa el riesgo cardiovascular (CV) y hospitalizaciones. La ratio ECW/TBW, asociada a inflamación y mortalidad CV, podría influir sobre la VG, aunque su papel no ha sido bien caracterizado. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la ratio ECW/TBW con la VG entre días HD y sin HD en pacientes con T2D ESKD-HD.

Métodos: Estudio prospectivo en 47 pacientes en HD: 30 con DM2 insulinizados (I-T2D), 7 con DM2 Burn-out sin tratamiento activo (bo-T2D) y 10 sin DM (n-T2D). La MCG fue con Dexcom One Plus® durante 20 días. Se analizaron porcentajes de tiempos en rangos (mg/dl): en rango (TIR 70-180), sobre rango (TAR >180) y debajo de rango (TBR <70). La ratio ECW/TBW (normal <0.395), se obtuvo mediante bioimpedancia multifrecuencia (MF-BIA), 30 minutos después de la sesión de HD. Se realizó un modelo de regresión lineal multivariante con variables clásicas, obtenidas de las sesiones de HD (Qb y Kt/v) y de MF-BIA para identificar predictores independientes de la VG entre días HD y no-HD. Se fijó como significancia estadística p < 0,05.

Resultados: El grupo I-T2D mostró con menor TIR (58.0 ± 22.8%), mayor TAR y VG (SD: 55.8 ± 19.5 mg/dL), en comparación con bo-T2D y n-T2D (p < 0.001). Además, este grupo tuvo una ratio ECW/TBW significativamente superior (0.395 ± 0.0136), en relación a bo-T2D (0.381 ± 0.0123) y n-T2D (0.386 ± 0.0116), p = 0.024. El grupo I-T2D mostró una marcada diferencia glucémica entre días HD y no-HD, (TIR: 63.0 ± 19.1% vs. 57.5 ± 23.6%, p = 0.039). En cambio, los grupos bo-T2D y n-T2D, presentaron perfiles glucémicos estables sin diferencias significativas entre días HD y no-HD: (73.8 ± 14.4% vs. 73.7 ± 14.9%; TIR 93.5 ± 5.2% vs. 94.5 ± 4.4%). La ratio ECW/TBW se correlacionó negativamente con el TIR en HD (p = -0.340) y no-HD (p = -0.353) y positivamente con la glucemia media y VG (p > 0.36; p < 0.05). En el modelo multivariante, la ratio ECW/TBW fue el principal predictor independiente de la VG (B = +14.79; p = 0.005).

Conclusiones: La ratio ECW/TBW, como marcador del estado de hidratación, se asocia de forma significativa e independiente con una mayor variabilidad glucémica entre días con y sin hemodiálisis en pacientes con DM2 insulinizados. Estos hallazgos refuerzan la utilidad de integrar parámetros de hidratación obtenidos por bioimpedancia junto con los datos de la MCG, para identificar pacientes con mayor riesgo de excesiones glucémica e hipoglucemias. Este enfoque podría facilitar un manejo más personalizado y proactivo del control glucémico en esta población especialmente vulnerable.

22 TRANSICIÓN DEL SEGUIMIENTO DEL CONTROL GLICÉMICO CON AGC A MCG EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS EN HEMODIÁLISIS: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR BASADO EN PLATAFORMAS DIGITALES

S. CAPARRÓS¹, A. RIBAS-PAULET², P. GIL-MILLÁN¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO³, M. EL MANOUAR⁴, N. SALA¹, M. SORRIBES LÓPEZ¹, L. TOBEY¹, L. CARTAGENA¹, S. MARTÍNEZ VAQUERA⁶

¹NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ²ENFERMERA DE NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ³ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON / CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁴NUTRICIÓN. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁶NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA), ⁷NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (MADRID)

Introducción: El seguimiento del control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulinizados en hemodiálisis (HD) representa un desafío clínico, dada la elevada variabilidad glucémica (VG) y el riesgo de hipoglucemias. En este contexto, desarrollamos un programa basado en el uso sistemático de plataformas digitales para mejorar el control metabólico, desde el autoanálisis capilar (AGC) hasta la implementación de monitorización continua de glucosa (MCG).

Objetivo: Describir la implementación y los resultados clínicos de un programa digital de seguimiento del control glucémico en pacientes con DM2 insulinizados en HD, que integra el uso de AGC y MCG, y evaluar su impacto en las métricas glicémicas a lo largo del tiempo.

Métodos: Desde 2022 se inició en tres centros de HD un programa multidisciplinar (nefrología, enfermería especializada y endocrinología/nutrición). Se realizaron descargas de glucómetros (Accu-Chek®) tres veces por semana en la plataforma SmartPix Online®, monitorizando glucosa media, TIR (70-180 mg/dL), TAR (>180 mg/dL) y TBR (<70 mg/dL). Se compararon los datos basales con los de seguimiento a dos años.

Posteriormente, en una cohorte de 32 pacientes, se implantó MCG durante 20 días (Dexcom One Plus®), analizándose su correlación con los últimos registros de SMBG. Las métricas glucémicas se analizaron mediante plataformas Roche y Dexcom Clarity®. Compararon medias por test no patamétricos, y se fijó un p < 0,05, como estadísticamente significativa.

Resultados: En los 53 pacientes con AGC, tras dos años de seguimiento, no se observaron cambios en TIR (70,55% a 67,28%), una tendencia de incremento en TAR (24,64% a 30,72%) y un descenso del TBR (4,55% vs. 2,6%; p = ns). En el subgrupo con MCG (n=32), no se observaron diferencias significativas en glucosa media (166,7 vs. 161,1 mg/dL, p=NS), TIR (67,3% AGC vs. 66,6% MCG, p=NS), ni TAR (30,73% vs 31,38%). Sin embargo, el TBR mostró una reducción (2,36% AGC vs. 1,64% MCG); aunque no significativa, si clínicamente importante. El GMI obtenido por MCG (7,23 ± 1,11%) fue significativamente superior a la HbA1c (6,45 ± 1,39%; p<0,001), indicando una posible infraestimación del control glucémico por HbA1c.

Conclusiones: La implementación escalonada de plataformas digitales ha permitido optimizar el control metabólico en pacientes con DM2 en HD, integrando el rol activo de un equipo especializado. La transición de AGC a MCG ha demostrado detectar patrones glucémicos subclínicos, mejorando la toma de decisiones terapéuticas seguras tanto del paciente como del equipo médico y de enfermería. La innovación tecnológica a través de las plataformas digitales, mantiene el enfoque multidisciplinar y la aplicabilidad clínica real en la práctica diaria.

23 EL TRATAMIENTO CON ISGLT2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA REDUCE LOS NIVELES URINARIOS DE CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS INDEPENDIENTEMENTE DE LA REDUCCIÓN DE LA ALBUMINURIA

C. GARCÍA CARRO¹, I. GÓMEZ DELGADO², A. RAPOSO³, M. MUÑOZ⁴, A. RODRÍGUEZ MORENO⁵, M. ÁLVAREZ NADAL⁶, M. RIVERO⁷, M. LÓPEZ MARTÍNEZ⁸, E. URCELAY⁹, A. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA), ²UNIDAD DE RESPUESTA Y FUNCIÓN CELULAR (URECEL). INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC) (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Estudios in vitro y modelos murinos han sugerido que el beneficio cardiorenometabólico de los ISGLT2 en la enfermedad renal diabética (ERD) podría tener relación con un efecto antiinflamatorio a nivel renal, pero esta hipótesis no se ha confirmado en vida real.

Objetivo: investigar si el uso de ISGLT2 en pacientes con ERD albuminúrica modifica los niveles urinarios de biomarcadores de inflamación.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes con ERD albuminúrica >30 mg/g creatinina que iniciaron ISGLT2 por indicación clínica. Se analizaron los niveles urinarios de citoquinas pro y antiinflamatorias basalmente, al mes, 3 y 6 meses tras el inicio de ISGLT2.

Resultados: 72 pacientes incluidos. Edad: 69 años, 29.2% mujeres. Basalmente, TFGe 52ml/min/1.73m²; albuminuria, 838mg/g creatinina (59.9% A3); IMC 30,1kg/m² y HbA1c, 6.8% (datos expresados en medianas). 83% recibían IECA/ARAI, 63.8% metformina, 26.8% arGLP1 y 27.8% insulina. En 68 pacientes se inició dapagliflozina; en 4, empagliflozina. Al mes de iniciar ISGLT2, se observó una reducción significativa de los niveles urinarios de las citoquinas proinflamatorias IL-6, IL-7, MCP-1, interferon γ , CCL8, CXCL8, CXCL19, CXCL10, CXCL11 y VEGF-A, que en su mayoría se mantuvo a los 3 y 6 meses. No se observó una reducción de los niveles urinarios de las citoquinas antiinflamatorias IL-10, IL-4, IL-13, EGF ni CSF2. Tampoco de IL-18, IL-1 β , IL-2, TNF ni IL-15 (Tabla 1). La reducción de las principales citoquinas en orina no se correlaciona con la reducción de la albuminuria al mes del inicio de ISGLT2 (IL-6 rho 0,048, MCP rho -0,078, IL-7 rho -0,070, VEGF-A rho 0,025).

Conclusión: El tratamiento con ISGLT2 en pacientes con ERD albuminúrica se asoció a la reducción de la inflamación renal medida mediante excreción urinaria de citoquinas proinflamatorias, sin afectar la excreción urinaria de citoquinas antiinflamatorias.

Ver tabla

24 PERFIL INFLAMATORIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN TRATAMIENTO CON FINERENONA: ESTUDIO PILOTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. RINCON TIRADO¹, -T. MONZON VAZQUEZ¹, E. VALGA AMADO¹, S. MARRERO ROBAINA¹, F. GONZALEZ CABRERA¹, N. SABLON¹, E. OLIVA DAMASO¹, P. PEREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN (ESPAÑA)

En los últimos años se han desarrollado múltiples líneas de investigación acerca del eje cardiorreno-metabólico, siendo un espectro de enfermedades con un nexo en común que es la inflamación crónica.

Finerenona es un antagonista no esteroideo potente y altamente selectivo de los receptores mineralocorticoides (RMs) que tiene un papel protector en la progresión de la enfermedad renal diabética.

Dado su papel como inhibidor de la hiperactivación de los RMs, este fármaco ha demostrado, en estudios preclínicos, potenciales efectos anti-inflamatorios y anti-fibróticos en pacientes con diabetes mellitus 2.

El objetivo de este estudio es valorar el perfil inflamatorio de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento con finerenona.

Materiales y métodos: Se recogieron los datos analíticos de los pacientes de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) de nuestro centro. Se incluyeron un total de 28 pacientes diabéticos con filtrado glomerular estimado (eFG) < 45 mL/min/1.73m², desde junio de 2024 hasta marzo de 2025, que iniciaron finerenona por indicación clínica.

Se analizaron los siguientes parámetros previo al inicio del tratamiento (basal) y a los 3 meses de tratamiento: índice neutrófilo-linfocito (INL), índice plaquetas-linfocito (IPL), índice de inmunidad-inflamación sistémica (IIS) y niveles de cloro sérico (Cl—).

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se analizaron un total de 28 pacientes, con una mediana de edad de 69 años. El 32,1% eran mujeres. La mediana de seguimiento fue de 114 días. El eFG medio fue de 39,19±17,15 mL/min/1.73m².

Se dividió la muestra en dos grupos tomando como punto de corte 35 mL/min/1.73m² de eFG (Tabla 1).

Se compararon los índices inflamatorios y la diferencia entre los valores basales y el obtenido a los 3 meses desde el inicio del tratamiento (Δ). Se objetivó un mayor descenso en los niveles de IIS (Δ IIS) en los pacientes con eFG < 35 mL/min/1.73m².

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con menor filtrado glomerular, en tratamiento con finerenona, tienden a presentar menor grado de inflamación en términos de disminución de los valores de IIS a los 3 meses de iniciado el tratamiento (Δ IIS).

Necesitaríamos más muestra y tiempo de observación para valorar la significación estadística y clínica de este hallazgo.

Tabla 1. Δ de los parámetros inflamatorios en función del eFG (mL/min/1.73m²).

	eFG < 35mL/min/1.73m ²	eFG \geq 35mL/min/1.73m ²	p-valor
Δ INL	-0,075	0,257	0,180
Δ IPL	-1,302	3,986	0,196
Δ IIS	-14,1	84,13	0,07

25 UNA NUEVA MOLECULA NO PEPTÍDICA REVIERTE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN UNA APROXIMACIÓN PRECLÍNICA, MODULANDO EL COMPLEJO DE ANDAMIAJE ENTRE LA ACTINA Y LA LA QUINASA LIGADA A INTEGRINAS (ILK) SIN CAMBIAR SU ACTIVIDAD CATALÍTICA

M. GRIERA MERINO¹, J. GARCÍA MARÍN², J.L. ACEÑA³, M. DURÁN MARTÍNEZ⁴, P. MARTÍNEZ MIGUEL⁵, A. SILVESTRE VARGAS⁶, S. GARCÍA VILLORIA⁷, L. CALLEROS BASILIO⁸, D. RODRÍGUEZ PUJOL⁹, S. DE FRUTOS GARCÍA⁴

¹GRAPHENANO MEDICAL CARE AND DEPARTMENT OF SYSTEMS BIOLOGY, PHYSIOLOGY UNIT, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (ALCALÁ DE HENARES), ²DEPARTAMENTO DE QUÍMICA ORGÁNICA Y QUÍMICA INORGÁNICA, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, ALCALÁ DE HENARES. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN QUÍMICA "ANDRÉS M. DEL RÍO" (IQAR), INSTITUTO RAMON Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS), RICORS2040-RENAL FROM INSTITUTO DE UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (ALCALÁ DE HENARES), ³NEPHROLOGY UNIT FROM HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS, ALCALÁ DE HENARES. HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES), ⁴DEPARTMENT OF SYSTEMS BIOLOGY, PHYSIOLOGY UNIT, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, ALCALÁ DE HENARES. INSTITUTO RAMON Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS), RICORS2040-RENAL FROM INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII), INNOREN-CM, FUNDACIÓN RENAL IÑIGO ÁLVAREZ. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (ALCALÁ DE HENARES), ⁵NEPHROLOGY UNIT AND FOUNDATION FOR BIOMEDICAL RESEARCH FROM HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS, DEPARTMENT OF MEDICINE FROM UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, ALCALÁ DE HENARES. INSTITUTO RAMON Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS), RICORS2040-RENAL FROM INSTITUTO D. HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES)

Antecedentes: Hemos demostrado que ILK regula la expresión y tráfico intracelular del transportador de glucosa GLUT4 en cultivos celulares de músculo esquelético y en animales en un contexto de resistencia a la insulina [PMID: 31972071; 28490443]. ILK pertenece al 10% de quinasas sin actividad catalítica, o "pseudocinasas", pero actúa en el complejo de andamiaje que comunica la dinámica entre el medio extracelular y el citoesqueleto de actina [PMID: 30367047]. Hemos patentado [WO/2022/023612, ES2891987] y publicado [PMID: 34790291; 35869378] nuevas moléculas peptídicas que interactúan con este complejo, de utilidad en patologías donde demostramos la importancia de regular ILK [PMID: 37306667; 35090553, 35246616; 25398526].

Presentamos la molécula no peptídica JGM416 que activa la interacción ILK/actina sin mediar en la fosforilación directa de otros substratos, para mejorar la captación de glucosa mediada por GLUT4 en mioblastos y miotubos.

Materiales y métodos: JGM416 mostró in silico e in vitro su unión a la región pseudocinasa de ILK. La toxicidad y funcionalidad del producto fue testada en cultivos de mioblastos C2C12 sin diferenciar y diferenciados a miotubos [PMID: 28490443]. Observamos por microscopía confocal la internalización de JGM416 unido covalentemente a fluoresceína, la interacción ILK-actina, la presencia en membrana del transportador de glucosa GLUT4 y los niveles de F-actina mediante la sonda faloidina. Analizamos por inmunoblot los niveles de fosforilación del sustrato de ILK GSK3beta, tanto en cultivo como en un ensayo quíntico in vitro. La captación de glucosa por los miotubos fue determinada como la relación de fluorescencia intracelular de la sonda 2-NBDG captada por las células [PMID: 28490443]. Confirmamos la especificidad de los efectos observados usando células sin ILK (mediante la transfección de RNAs de interferencia, siRNA-ILK).

Resultados: JGM416 no es tóxico y se internaliza al citosol para interactuar con ILK, incrementando la polimerización de actina. JGM416 no modifica la fosforilación del sustrato GSK3beta en cultivo o in vitro, pero aumenta la captación de glucosa y la presencia en membrana de GLUT4, al mismo nivel de eficiencia que el tratamiento con insulina. Las células sin ILK revirtieron los efectos observados.

Conclusiones: JGM416 modula la interacción ILK/actina y mejora la capacidad captadora de glucosa de mioblastos y miotubos al mismo nivel que la insulina, siendo una novedosa estrategia farmacológica para tratar patologías asociadas a la resistencia insulina, como la diabetes tipo 2, síndrome metabólico o nefropatía diabética.

26 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FINERENONA EN LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA

A.O. ZELAIETA ZAMAKONA¹, MR. SANCEN MARTÍNEZ¹, J. AIZPURUA MENENDEZ¹, MA. POVEDANO MEDINA¹, A. ROS ABANDO¹, JA. MARTÍNEZ MARTÍNEZ¹, MT. RODRIGO DE TOMAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA (DONOSTIA ESPAÑA), ²ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA (DONOSTIA ESPAÑA)

Introducción: Finerenona es el primer ARMne (antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide) autorizado en enfermedad renal diabética con albuminuria. El objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en la proteinuria, y revisar efectos secundarios relacionados con su pauta.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con enfermedad renal diabética, en los que se inició finerenona (según indicaciones de la guía KDIGO). Se revisaron datos clínicos y analíticos a las 4 semanas, y a los 3-6 meses.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, con una edad media de 70 años [65- 76], Hombres 86% (n=37), Mujeres 14% (n=6) con IMC de 30.5 (IC 29.2-31.8) y de raza caucásica el 93% (n=40). El 44.2% era cardiopata, el 23.3% (n=10) tenía arteriopatía periférica y 11.6% (n=5) enfermedad cerebrovascular. Un 93% llevaba tratamiento con IECA, y ISGLT2 el 79,1%. La creatinina basal fue de 1.4 mg/dl (IC 1.28-1.53), la TFGe media de 52.5 mL/min (IC 46.9- 58.2), proteinuria 1.7 g/24hrs [0.97-2.47], CACo 947 mg/g [382-1706] y el potasio de 4.54 mEq/L (IC 4.43-4.65). La TAS basal media fue de 137.5 mmHg [130-142.5], con TAD de 76.2 mmHg (IC 72.6- 79.9). A los 3-6 meses hubo un incremento de creatinina sobre el basal de 0.16 mg/dL, con una media de 1.56 mg/dL [1.13-1.96] y un descenso del TFGe de 5.5 mL/min, siendo la TFG final de 47 mL/min [33-67]. Dichos cambios no fueron estadísticamente significativos (p=0.353 y 0.06). Se observó un descenso significativo de proteinuria de 0.46 g/24hrs con una media final de 1.24 g/24hrs [0.50-2.50] y CACo de 452.5 mg/g [187-1312] (p=0.009 y <0.001).

Respecto a las cifras de potasio, la diferencia a las 4 semanas, con la dosis de 10mg fue de 0.29 mEq/L (4.83mEq/L) (IC 4.70-4.96)(p=0,01) y de 0.16 mEq/L [4.70 mEq/L] [4.40-4.90](p=0,005) con dosis de 20 mg. También hubo un incremento significativo del potasio a los 3-6 meses, de 0.32 mEq/L (media de 4.86 mEq/L) (IC 4.63-5.09) (p=0.005). La TAS y TAD media (3-6 meses) fue de 131.0 mmHg (IC 126.0-136.0) y 73.1 mmHg (IC 69.4- 76.8), con descenso significativo de TAS (p<0.001) pero no de TAD (p=0.132). Un 9.3% (n=4) de pacientes suspendieron el fármaco: 2.3% (n=1) por hipotensión, 2.3% (n=1) por deterioro de función renal y 4.7% (n=2) por hiperpotasemia.

Conclusiones: La finerenona es un fármaco que se asocia a disminución de la proteinuria, con leve descenso de TAS y leve incremento de potasio sérico.

Resúmenes

Diabetes

27 EXPRESIÓN EN CORAZÓN, AORTA Y GRASA PERIVASCULAR DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN UN MODELO ANIMAL DE DIABETES TIPO 1

B. MARTÍN-CARRO¹, A. HOSPITAL-SASTRE², S. FERNÁNDEZ-VILLABRILLE¹, N. GONZÁLEZ-GARCÍA¹, R. GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ², M. BORISENKO CADENAS³, L. SUÁREZ-FERNÁNDEZ², M. RODRÍGUEZ-SANTAMARÍA⁴, J.L. FERNÁNDEZ-MARTÍN⁵, C. ALONSO-MONTES⁶

¹METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS, UGC METABOLISMO ÓSEO, RICORS2040-RENAL. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ ESPAÑA), ²BIOQUÍMICA CLÍNICA, LABORATORIO DE MEDICINA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ ESPAÑA), ³METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA) (OVIEDO/ESPAÑA), ⁴METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS, UGC METABOLISMO ÓSEO, RICORS2040-RENAL. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ESPAÑA), ⁵BIOTERIO DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA) (OVIEDO/ ESPAÑA)

Introducción: La desregulación del sistema renina-angiotensina (SRA) desempeña un papel importante en la patogénesis de la nefropatía diabética. Este sistema es fundamental en la homeostasis cardiovascular y renal, regulando, entre otros procesos, la inflamación. El objetivo de este estudio fue investigar la contribución de la activación del SRA y la inflamación en el corazón, la aorta y el tejido adiposo perivascular (TAPV) en un modelo murino de diabetes tipo 1 (DT1) a largo plazo.

Material y métodos: Durante 24 semanas se estudiaron dos grupos de ratas Wistar macho: control (n=17) y DT1 (n=17) inducida mediante estreptozotocina. Se determinaron parámetros bioquímicos: HbA1c, glucosa sérica, proteínas totales, albúmina, creatinina, urea, colesterol total, HDL, triglicéridos, NT-proBNP, proteinuria y uACR. Además, se analizó la expresión génica de los componentes de la vía pro-inflamatoria (ECA y AT1R), y anti-inflamatoria (ECA2, AT2R y MasR) del SRA, así como marcadores inflamatorios (ADAM17 y TNFα), en corazón, aorta y TAPV mediante qPCR.

Resultados: Las ratas diabéticas presentaron niveles elevados de glucosa sérica, HbA1c, triglicéridos y NT-proBNP, y evidencias de disfunción renal con aumento de la proteinuria y uACR. En comparación con el grupo control, los animales diabéticos mostraron una expresión génica significativamente mayor de AT1R en el corazón (1,70 veces), en la aorta (1,74 veces) y en el TAPV (7,22 veces), así como de ACE en la aorta (1,90 veces) y en el TAPV (4 veces). Así mismo, en el grupo con diabetes se observó una expresión significativamente mayor de ACE2 en el corazón (1,96 veces) y de MasR tanto en el corazón (1,33 veces) como en PVAT (1,31 veces). Sin embargo, la expresión de ACE2 en la aorta fue menor (0,51 veces). Respecto a los marcadores de inflamación, la expresión de ADAM17 y TNFα aumentó significativamente en el corazón (2,19 y 3,25 veces, respectivamente) y en el TAPV (1,65 y 6,91 veces, respectivamente). En la aorta, únicamente ADAM17 mostró una mayor expresión en el grupo con diabetes (1,47 veces) respecto al grupo control. En el corazón la expresión de TNFα y ACE se correlacionaron positivamente.

Conclusión: La DT1 parece inducir una desregulación del SRA específica de tejido, con patrones de activación diferenciados en el corazón, la aorta y el TAPV, lo que podría contribuir al daño cardiovascular a través del aumento de la inflamación. Por tanto, la modulación de las distintas vías del SRA, en combinación con terapias antiinflamatorias, podría representar una estrategia eficaz para mitigar las complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes.

28 EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL USO DE FINERENONA: COMPLETANDO EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA

G. MONROY¹, N. AYASREH¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal diabética (ERD) sigue siendo la primera causa de tratamiento sustitutivo renal. Su fisiopatología es compleja, por ello, el tratamiento multitarget ha ido aumentando en los últimos años. La última pieza del puzzle que faltaba por incorporar, era la que actúa en la vía de la inflamación y fibrosis. La finerenona, un antagonista selectivo no esteroideo de los receptores de mineralocorticoides, ha demostrado reducir eventos renales y cardiovasculares en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este estudio en vida real, describe las características clínicas basales de un grupo de pacientes candidatos al uso de finerenona y los cambios clínicos que se producen tras el inicio del fármaco en la albuminuria, así como los efectos secundarios en caída de la función renal o potasio sérico.

Material y método: Estudio observacional descriptivo de 32 pacientes con ERC y DM2 a los que se inició tratamiento con finerenona (10 mg/día) entre mayo de 2024 y abril de 2025. Se recogieron variables clínicas, analíticas y tratamientos concomitantes.

Resultados: La mediana de edad fue de 69 años, con un 78,2% de varones. El 87,5% presentaba hipertensión y dislipidemia, y la mediana de duración de la DM2 fue de 15 años. Un 43,8% tenía retinopatía diabética y el 50% estaba en tratamiento con insulina. La HbA1c basal fue de 6,5 % y el IMC medio de 30 kg/m². El 100 % recibían IECA/ARA-II, el 84,3 % iSGLT2 y el 40,6 % agonistas de GLP-1. El filtrado glomerular estimado (FGe) basal fue de 49 ml/min/1,73 m² y tras el tratamiento fue de 41 ml/min/1,73 m² (descenso mediano del 6 %). El potasio aumentó de 4,5 a 4,9 mEq/L. La albuminuria se redujo de una mediana de 1163 mg/g a 785,5 mg/g, lo que representa un descenso del 37 %. Solo un paciente suspendió el tratamiento por hiperpotasemia moderada.

Conclusiones: En nuestra experiencia en vida real, la finerenona mostró una reducción significativa de la albuminuria de forma precoz, con un perfil de seguridad adecuado en cuanto a función renal y potasio, similar al observado en los ensayos clínicos. Es de esperar que esta reducción en la albuminuria, implique un enlentecimiento de la progresión de la ERD. Estos datos respaldan su uso en vida real como parte del tratamiento integral de la enfermedad renal diabética.

29 IMPORTANCIA DE LA PROTEINURIA TUBULAR EN LOS EVENTOS RENALES Y CARDIOVASCULARES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA

P. RUIZ LÓPEZ-ALVARADO¹, L. MARISAL DE GANTE¹, A. DE SANTOS WILHELM¹, L. SALANOUA VILLANUEVA¹, A. NÚÑEZ SÁNCHEZ¹, A. FERNÁNDEZ PERPÉN¹, A. BAJO RUBIO¹, B. QUIROGA GLI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La diabetes es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC) y de inicio de terapia renal sustitutiva. Un factor clave en la progresión de la ERC es la albuminuria. Sin embargo, pocos estudios han puesto el foco en el impacto de la proteinuria no selectiva en el pronóstico. El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la proteinuria no selectiva y eventos renales (MARE) y cardiovasculares mayores (MACE).

Métodos: Se incluyó a pacientes consecutivos con enfermedad renal diabética con FG >20ml/min/1,73m² y proteinuria total >200mg/g o >200mg/24h. Basalmente, se recogieron factores epidemiológicos, comorbilidad, datos analíticos, puntaje de enfermedad renal diabética y tratamiento previo. Se realizaron mediciones de marcadores de lesión tubular renal y durante el seguimiento (dos años) se registraron los MAREs y MACEs.

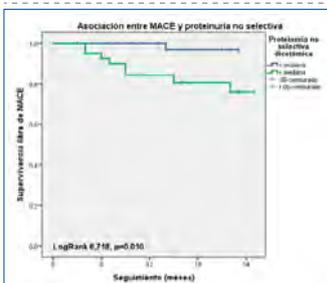
Resultados: Se incluyeron 89 pacientes (72% varones, edad 70±10 años) con un puntaje de 4 (3,5-5,5). El 81% de los pacientes recibían insulino terapia, el 93% bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona y el 77% inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2. El FGe basal fue 47±20 ml/min/1,73 m², la albuminuria 432 (241-1141) mg/g y la proteinuria no selectiva 282 (158-648) mg/g.

Durante el seguimiento a evento renal [14 (9-23) meses] se produjeron 24 (27%) MAREs. Ni la albuminuria ni proteinuria no selectiva se asociaron al desarrollo de MAREs (p=0,182 y p=0,906, respectivamente).

Durante el seguimiento a evento cardiaco [19 (9-23) meses] se produjeron 9 (19%) MACEs. Tanto la albuminuria como la proteinuria no selectiva se asociaron a presentar un MACE (p=0,027 y p=0,027, respectivamente) (figura). En un modelo multivariante ajustado, la proteinuria no selectiva mantuvo su poder predictivo independiente (HR 1,001 IC95% [1,000-1,002], p=0,023).

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares proponen una asociación independiente entre la proteinuria no selectiva y el desarrollo de MACE que debe ser confirmada en estudios más amplios y con mayor seguimiento.

Figura 1.



30 UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA CATEGORÍA FUNCIONAL 3 CON O SIN MACROALBUMINURIA

J.M. MORA-GUTIÉRREZ¹, S. ECHEVERRÍA ANDUEZA², R. ECHEVERRÍA-CHASCO³, X. IRAZUSTA OLLOQUIEQUI⁴, L. FERNÁNDEZ LORENTE⁵, M.A. FERNÁNDEZ-SEARA⁶, M. PASCUAL IZCO⁷, F.J. ESCALADA SAN MARTÍN⁸, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ⁹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, IDISNA, RICORS2040 (KIDNEY DISEASE) (PAMPLONA), ²ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ³RADIOLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁴CARDIOLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁵NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, IDISNA (PAMPLONA), ⁶RADIOLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁷ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, IDISNA (PAMPLONA)

Introducción: La enfermedad renal diabética (ERD) es la primera causa de enfermedad renal crónica (ERC) en el mundo. Las herramientas diagnósticas siguen siendo imprecisas, y tardías. La resonancia magnética multiparamétrica (RMm) parece alternativa potencial con parámetros cuantitativos, de perfusión y microestructura renal, y segura (sin contraste). Por otro lado, se conoce el papel fisiopatológico del desequilibrio entre metaloproteinasas y sus inhibidores, con datos esperanzadores de la MMP-10 y TIMP-1, desde fases precoces, y de la lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos (NGAL). Objetivo: Evaluar la utilidad de secuencias de perfusión y microestructura renal de la RMm, y su correlación con biomarcadores séricos circulantes en pacientes con ERD y distinto grado de proteinuria.

Pacientes y métodos: Estudio observacional con 47 adultos con diabetes tipo 2 (DM2) y ERD-3 según la clasificación KDIGO, categorizados según macroalbuminuria (sí o no). Se incluyeron 19 controles sanos. Se midieron en suero: MMP10, TIMP1, NGAL. Se obtuvieron por RMm: flujo sanguíneo renal -FSR-, tiempo de relajación T1 y coeficiente de difusión aparente (ADC). El análisis estadístico incluyó valorar el impacto de la albuminuria en las asociaciones entre los distintos biomarcadores (RStudio, p<0,05).

Resultados: Se observó una reducción del FSR (en corteza y médula), del ADC y de la diferenciación córtico-medular T1 (CMD) en los sujetos con ERD en comparación con los controles. Al analizar los pacientes sin (T1) y ADC.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la RMm renal podría ser una herramienta valiosa para una evaluación más precisa de la ERD. La RMm es capaz de detectar el impacto de la albuminuria sobre la microperfusión y fibrosis renal en la afectación renal del paciente con diabetes, incluso entre pacientes con un grado similar de ERC.

31 EVALUACIÓN DEL GMI FRENTE A LA HbA1c EN PACIENTES CON ESKD EN HEMODIÁLISIS: ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE HIDRATACIÓN Y CALIDAD DIÁLISIS

P. GIL-MILLÁN¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², S. CAPARRÓS³, A. RIBAS-PAULET⁴, M. EL MANOUARI⁵, C. HERNÁNDEZ PASCUAL⁶, O. SIMÓ-SERVAT⁷, S. MARTÍNEZ VAQUERA⁸, R. SIMÓ CANOGE⁹

¹ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON / CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ²NUTRICIÓN. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ³NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ⁴ENFERMERA DE NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ⁵NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (BARCELONA); ⁶ENDOCRINO. VHIR / HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA); ⁷ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA); ⁸NEFROLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS DIAVERUM (MADRID)

Introducción: En pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ESKD) en hemodiálisis (HD), la HbA1c presenta múltiples limitaciones como marcador de control glucémico, debido a alteraciones en la eritropoyesis, inflamación crónica y cambios en el estado de hidratación. La monitorización continua de glucosa (MCG) permite calcular el Glucose Management Indicator (GMI), que podría reflejar con mayor precisión el perfil glucémico real. Sin embargo, su relación con parámetros de calidad de diálisis y composición corporal en esta población ha sido poco estudiado.

Objetivo: Comparar la HbA1c y el GMI en pacientes con T2D en HD, y analizar sus asociaciones con el estado de hidratación (ratio ECW/TBW), el flujo de diálisis (Qb) y el ángulo de fase (PA) obtenido por bioimpedancia multifrecuencia (MF-BIA).

Métodos: Estudio transversal en 55 pacientes con ESKD-HD: 35 con T2D insulinizados (I-D), 7 con T2D sin tratamiento hipoglucemiante activo (n-D) y 10 sin diabetes (n-T2D). Se inició MCG durante 20 días mediante Dexcom One Plus[®]. Se recopilaron valores de HbA1c, GMI, métricas de CGM (TIR, TAR, TBR), ratio ECW/TBW, PA, Qb y Kt/V. Se realizaron comparaciones de medias y correlaciones de Spearman ($p < 0.05$).

Resultados: La hemoglobina fue comparable entre grupos: n-T2D (11.23 ± 1.45 g/dL), n-D (11.24 ± 1.09 g/dL) e I-D (11.19 ± 1.21 g/dL). ($p = NS$). En todos los grupos, el GMI fue significativamente mayor que la HbA1c: I-D ($7.63 \pm 1.10\%$ vs. $6.99 \pm 1.38\%$; $p = 0.002$), n-D ($7.03 \pm 0.44\%$ vs. $6.10 \pm 0.75\%$; $p = 0.009$) y n-T2D ($5.85 \pm 0.21\%$ vs. $4.99 \pm 0.27\%$; $p = 0.001$).

Ambos marcadores se correlacionaron con las métricas glucémicas de CGM, pero solo el GMI mostró correlaciones positivas con ratio ECW/TBW ($p = 0.327$; $p = 0.028$) y negativas con Qb ($p = -0.290$; $p = 0.038$) y PA ($p = -0.327$; $p = 0.028$). Estas asociaciones no se observaron con la HbA1c. En la regresión lineal multivariante, solo la ratio ECW/TBW permaneció como predictor significativo del GMI ($B = 32.107$; $p = 0.020$).

Conclusiones: El GMI refleja de forma más precisa el control glucémico en pacientes en HD, particularmente en contextos de sobrehidratación o disfunción celular. Su correlación con parámetros clínicos clave como ratio ECW/TBW, Qb y PA refuerza su utilidad como marcador metabólico dinámico. La integración del CGM con el análisis de composición corporal puede ofrecer un enfoque más completo y personalizado en el manejo glucémico de pacientes con ESKD en hemodiálisis.

32 USO DE FINERENONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

M. SANCHEZ-BAYA¹, F. VÁZQUEZ², B. SOLDEVILA MADORELL³, I. DA SILVA⁴, E. MASSÓ JIMÉNEZ⁵, V. COLL-BRITO⁶, A. ANTON-PAMPOLS⁷, M. BOLUFER⁸, J. ARA⁹, J. BOVER¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA); ²ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Finerenona es un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoideo(ARM). En comparación con los ARM esteroideos, se asocia con reducción de los efectos adversos y menor grado de inflamación y fibrosis. El ensayo FIDELIO-DKD demostró que el uso de finerenona reduce el riesgo de progresión de la enfermedad renal. El objetivo del estudio fue evaluar el uso de finerenona en la práctica clínica real en pacientes con diabetes mellitus tipo 2(DM2) y enfermedad renal crónica(ERC).

Material y método: Se incluyeron pacientes con DM2 de la consulta de nefrología y endocrinología, con Filtrado glomerular estimado(FGe) ≥ 25 ml/min/1,73m² y un cociente albúmina creatinina en orina(CACu) ≥ 30 mg/g, que iniciaron tratamiento con finerenona entre mayo y diciembre de 2024. Los pacientes tenían cifras de potasio correctas antes de iniciar el fármaco ($\leq 4,8$ mmol/l). Se evaluó creatinina, FGe, CACu y potasio tras 1-1,5 meses después del inicio del tratamiento con finerenona.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, 18% mujeres, con una edad media de 68 ± 8 años. El 97% de los pacientes(n=37) estaban en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina(IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) a la dosis máxima tolerada, el 97%(n=37) con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2(iSGLT2) y el 44%(n=17) con agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (ARG-1). El 94%(n=36) de los pacientes inició con una dosis de finerenona de 10 mg. Se evaluó el CACu en el 39% de los pacientes(n=15) a los 1-1,5 meses de tratamiento con finerenona. En este grupo, el 60%(n=9) mostró reducción de la albuminuria, de éstos la reducción del CACu fue inferior al 30% en el 55%(n=5), del 30 al 50% en el 22,5%(n=2) y una reducción superior al 50% en el 22,5%(n=2) de los pacientes. Tras 1-1,5 meses de tratamiento con finerenona, el 8%(n=3) presentó deterioro de la función renal(definido como un aumento de la creatinina $\geq 0,3$ mg/dl en comparación con la creatinina basal), el 10%(n=4) presentó hiperpotasemia (1 con hiperpotasemia moderada y 3 con hiperpotasemia leve) y el 6%(n=2) suspendió el tratamiento (1 por hipotensión y 1 por hiperpotasemia moderada).

Conclusiones: En nuestra cohorte, finerenona reduce la albuminuria en pacientes con DM2 y ERC. Es un medicamento seguro, con pocos efectos adversos que obliguen la suspensión.

33 EXPERIENCIA CLÍNICA TEMPRANA CON FINERENONA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES TIPO 2 EN LA VIDA REAL. COMPARACIÓN CON EL ANÁLISIS COMBINADO FIDELITY

SA. ALADRO ESCRIBANO¹, FA. BAPTISTA GARCÍA¹, IV. CHAMORRO², SE. GONZALEZ NÚEZ³, SA. FERNÁNDEZ GRANADOS⁴, YA. RIVERO⁵, SA. AFONSO⁶, E. DOMENECH⁷, NO. ESPARZA⁸, CE. GARCÍA CANTÓN⁹

¹NEFROLOGÍA. CHUIMI (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: Finerenona, nuevo antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides (MRA), ha demostrado mejorar los resultados renales en pacientes con enfermedad renal diabética (ERD), como evidenció en los ensayos FIGARO y FIDELIO-DKD. Nuestro objetivo es describir el uso de finerenona, compararlo con los pacientes del análisis conjunto FIDELITY (FIGARO + FIDELIO-DKD), analizar su impacto en un seguimiento a corto plazo.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo que incluyó pacientes con ERD que iniciaron tratamiento con finerenona entre mayo 2024 y enero 2025. Analizamos datos demográficos, clínicos, parámetros de laboratorio, ecocardiográficos y tratamientos. Realizamos subanálisis para evaluar el impacto en pacientes con al menos seis meses de seguimiento.

Resultados: La tabla 1A muestran datos de nuestro registro frente a FIDELITY. Incluimos pacientes de mayor edad y mayor grado de insuficiencia cardíaca. Dos pacientes eran receptores de trasplante renal.

Basalmente observamos menor tasa de filtración glomerular y niveles más altos de potasio sérico, sin diferencias en la relación albúmina/creatinina urinaria (UACR).

La mayoría de los pacientes (87,9%) iniciaron finerenona de 10 mg, mientras que el 12,1% comenzaron con 20 mg. Nuestro registro mostró un mayor uso de agonistas del receptor GLP-1, inhibidores de SGLT2 y quelantes de potasio en comparación con FIDELITY, sin diferencias en el uso de inhibidores del sistema RAAS.

Titulamos finerenona en siete pacientes. Reducción significativa en UACR, especialmente en pacientes que no habían recibido MRA previamente. No detectamos deterioro significativo de la función renal.

Doce presentaron hiperpotasemia leve, sin impacto clínico. Ninguna interrupción del tratamiento ni efectos adversos.

Conclusión: Dada alta prevalencia de ERD, esencial comprender el impacto de la finerenona en la práctica clínica real. Nuestro registro incluye pacientes de mayor edad, menor TFGe y niveles similares de UACR. Observamos disminución de albuminuria en pacientes sin MRA previo, mayor incidencia de hiperpotasemia.

 Ver tabla

34 FINERENONA: UNA NUEVA HERRAMIENTA FRENTE A LA PROTEINURIA EN LA DIABETES

M. ARNAIZ PEREZ¹, J. NARANJO MUÑOZ², C. ORELLANA CHAVEZ³, F. VILLANEGO FERNANDEZ⁴, JM. CAZORLA LOPEZ⁵, JM. AMARO MARTIN⁶, M. ALONSO MOZO⁷, MA. MAZUECOS BLANCA⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA))

La proteinuria es un factor crucial en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). A pesar de los avances con los inhibidores del sistema renina-angiotensina (ISRA) y los inhibidores SGLT2, el riesgo de progresión sigue siendo elevado. La finerenona, un antagonista selectivo del receptor mineralocorticoideo, ha demostrado ser efectiva en la reducción de la albuminuria y la desaceleración de la ERC en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2).

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la finerenona en pacientes con ERC.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo para evaluar la proteinuria, la función renal y los niveles de potasio en pacientes tratados con finerenona 10 mg al día. Se recolectaron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos al inicio y durante el seguimiento, con revisiones a los tres y seis meses desde el inicio del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (80% varones) con una edad media de $69,2$ años ($\pm 9,06$). La duración media del tratamiento fue de $206 \pm 107,46$ días. Todos los pacientes eran DM2, con un tiempo medio de diagnóstico de DM2 de $15,2$ años. El 97,1% de los pacientes estaban en tratamiento con ISRA y el 91,4% con iSGLT2. 3 pacientes abandonaron el tratamiento debido a efectos adversos (dos por malestar intestinal y uno por insuficiencia cardíaca congestiva e hiperpotasemia). Al inicio de tratamiento los pacientes presentaban un filtrado glomerular (FG) medio de $61,6 \pm 23,4$ mL/min, potasio de $4,38 \pm 0,5$ mEq/L y una proteinuria de 1118 mg/g [$691,1692$]. 21 pacientes presentaron al menos 3 meses de seguimiento con un FG de $59,8 \pm 24,1$ mL/min, potasio de $4,65 \pm 0,56$ mEq/L y una proteinuria de 725 mg/g [501,870]. 17 pacientes presentaron 6 meses de seguimiento con un FG de $60,9 \pm 26,2$ mL/min, potasio de $4,55 \pm 0,53$ mEq/L y una proteinuria mediana de 870 mg/g [447,1709].

Conclusiones: El tratamiento con finerenona redujo la proteinuria a los tres y seis meses sin observarse deterioro de la función renal en pacientes con ERC y DM2. Los niveles de potasio aumentaron levemente, sin provocar hiperpotasemia en la mayoría de pacientes. Se requiere un seguimiento más extenso y un mayor número de pacientes para obtener conclusiones claras sobre el impacto de la finerenona en los pacientes renales en la práctica clínica diaria.

Resúmenes

Diabetes

35 EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL USO DE FINERENONA, VALORACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD

PD. DONOSO NARANJO¹, CC. CEBRIÁN ANDRADA¹, LL. LUQUE CARBALLO², MG. GÓMEZ COUÑAGO², CA. ANDRADES GÓMEZ², MP. PÉREZ VALDIVIA¹, JT. TORO PRIETO¹, DL. LEÓN JIMÉNEZ², ML. LOPEZ MENDOZA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA); ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal diabética (ERD) es una de las principales causas de enfermedad renal terminal, con importante impacto en la morbimortalidad. La sobreactivación del receptor mineralocorticoide (RM) juega un papel clave en su fisiopatología, promoviendo inflamación y daño orgánico progresivo. La finerenona, un antagonista selectivo del RM de última generación, ha emergido como una innovación terapéutica significativa en este campo, permitiendo una inhibición más eficiente del receptor con un perfil de seguridad favorable, especialmente respecto al riesgo de hiperpotasemia.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de la iniciación secuencial de finerenona en pacientes con ERD bajo tratamiento optimizado con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (ISRAA) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2). Se analizará su impacto sobre la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe), cociente albúmina-creatinina (CAC) y niveles séricos de potasio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal en pacientes adultos con ERD que iniciaron finerenona. Se recogieron variables demográficas, tratamiento concomitante y parámetros bioquímicos al inicio, al mes y a los 3 meses. La seguridad se evaluó al mes mediante hiperpotasemia ($K^+ > 5,5$ mmol/L) y deterioro de función renal (eGFR $\geq 30\%$). La eficacia se analizó a los 3 meses, definiéndose como respuesta una reducción $\geq 30\%$ en el CAC. Se utilizaron pruebas de Wilcoxon y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. El potasio sérico aumentó significativamente (4.7 a 4.9 mmol/L, $p < 0.001$), con 7% de hiperpotasemia y 2% de suspensiones. El eGFR mostró leve disminución no significativa al mes (49.5 a 46.9 mL/min/1.73m², $p = 0.081$), y 9.5% presentó deterioro $\geq 30\%$. A los 3 meses, el CAC disminuyó significativamente (1021 a 730 mg/g, $p = 0.002$), con 43.5% de pacientes respondedores. La presión arterial sistólica también se redujo (143.5 a 130 mmHg, $p = 0.001$). No se identificaron predictores de respuesta, aunque hubo tendencia a mejor respuesta en > 65 años y peor en eGFR.

Conclusiones: En pacientes con ERD, finerenona demostró un perfil de seguridad aceptable, con incidencia limitada de hiperpotasemia y deterioro renal. Se observó reducción significativa de albuminuria y presión arterial a los 3 meses. Estos hallazgos respaldan la eficacia y seguridad de finerenona en la práctica clínica, requiriéndose estudios a mayor escala para confirmar estos resultados.

Ver tablas y figuras

36 EFICACIA ANTIPROTEINÚRICA DE LA FINERENONA SEGÚN GRADO INICIAL DE ALBUMINURIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

P. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ¹, FJ. VIGUERAS RUIZ¹, I. GARCÍA ALFARO¹, R. GONZÁLEZ CANO¹, MA. LÓPEZ MONTES¹, S. BLAS GÓMEZ¹, ME. LÓPEZ RUBIO¹, I. LORENZO GONZÁLEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: La albuminuria, además de ser un marcador precoz de daño renal en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), desempeña un papel activo en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). La presencia persistente de albúmina en la orina refleja disfunción del endotelio glomerular, pérdida de la barrera de filtración y promueve la activación de mecanismos proinflamatorios y profibróticos. Esto se asocia a mayor riesgo de deterioro renal acelerado y eventos cardiovasculares, siendo por tanto un objetivo terapéutico prioritario. La finerenona, antagonista del receptor mineralocorticoide, ha mostrado reducir la albuminuria al interferir con las vías inflamatorias y fibrogénicas a nivel renal, pero no está claro si su eficacia varía en función del grado inicial de albuminuria. El presente estudio compara su eficacia en la reducción de la albuminuria según el grado de esta al inicio del tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo y comparativo en pacientes con DM2 y ERC que iniciaron tratamiento con finerenona en nuestra consulta de hipertensión y riesgo cardiovascular entre Junio de 2024 y Marzo de 2025, obteniéndose un total de 91 pacientes. Se clasificaron en dos grupos según el índice albúmina/creatinina (IAC) en orina previo al inicio del tratamiento: 23 pacientes con microalbuminuria (30–300 mg/g), y 68 pacientes con macroalbuminuria (> 300 mg/g). Se compararon las reducciones absolutas y el porcentaje de reducción del IAC tras 3 meses de tratamiento, y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos mediante el test de Wilcoxon W.

Resultados: Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos se muestran en la Tabla 1.

Ambos grupos mostraron una disminución significativa del IAC al tercer mes del comienzo del tratamiento con finerenona. No obstante, los pacientes con macroalbuminuria inicial mostraron reducciones absolutas más pronunciadas del IAC que los pacientes con microalbuminuria, lo que sugiere que el nivel basal de albuminuria influye directamente en la eficacia del tratamiento.

Conclusiones: La finerenona reduce eficazmente la albuminuria en pacientes con DM2 y ERC, siendo la respuesta más pronunciada en aquellos con macroalbuminuria inicial. Este hallazgo podría tener implicaciones clínicas relevantes, ya que la selección de pacientes con macroalbuminuria podría maximizar los beneficios del tratamiento. La cuantificación inicial de la albuminuria podría servir como un criterio útil para priorizar el uso de finerenona en la práctica clínica, tanto a nivel diagnóstico como pronóstico para predecir la respuesta a la misma, sin olvidar que también ha demostrado beneficio clínico en pacientes con microalbuminuria.

Tabla 1. Resultados del análisis de la reducción del IAC tras tratamiento con finerenona según grupo de albuminuria.

ALBUMINURIA	Reducción IAC (mg/g) (media)	Reducción IAC (%)
Microalbuminuria (IAC 30-300 mg/g)	64.5	32.4
Macroalbuminuria (IAC >300 mg/g)	437.2	30.3
ANÁLISIS COMPARATIVO	Resultados	Interpretación
Test de Wilcoxon W (macroalbuminuria vs. microalbuminuria)	Wilcoxon W = 395.5 p = 0.000	Se observan diferencias significativas entre ambos grupos

37 PREVALENCIA DE PATOLOGÍA GLOMERULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS Y VALIDACIÓN DE MODELO PREDICTIVO

M. VALCÁRCCEL¹, D. DIM-SÁNCHEZ², E. OLIVA-DAMASO¹, N. OLIVA-DAMASO¹, F. VALGA¹, E. GÓMEZ¹, J. COLINA¹, E. GONZÁLEZ-MONTES¹, M. RINCÓN¹, P. PÉREZ-BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC, ESPAÑA); ²ULPGC (LAS PALMAS DE GC, ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (MARBELLA, ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, siendo la nefropatía diabética (ND) una de las complicaciones más graves y frecuentes. Por otro lado, las biopsias renales son procedimientos invasivos que podrían ser útiles para descartar patología renal no diabética.

Objetivos: Conocer la prevalencia de nefropatía diabética (ND) versus enfermedad renal no diabética (ERNND) en los pacientes diabéticos biopsiados en nuestro centro y validar la utilidad del modelo predictivo de ERND del Hospital 12 de Octubre.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo en 139 pacientes diabéticos biopsiados en los últimos 10 años en nuestro centro.

Resultados: La media de edad fue de 59.8 años siendo el 65.3 % de los pacientes varones. 38.1% presentaban datos de ND en la biopsia, y 3 de ellos, además, tenían otros diagnósticos primarios. De los 86 pacientes con ERND, el 51.2% presentaban una glomerulopatía primaria. El diagnóstico más prevalente fue la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFEFS) (29.1%), seguida de la glomerulonefritis IgA (9.3%) y, posteriormente, la glomerulonefritis membranosa (7%).

Observamos asociación estadísticamente significativa entre la ND y la presencia de retinopatía diabética ($p < 0.001$), isquemia en MMII ($p = 0.02$), insulinoterapia ($p < 0.01$), duración de la diabetes mayor de 10 años y una proteinuria > 3.5 g/24 horas ($p = 0.048$). No encontramos, sin embargo, asociación estadísticamente significativa con el IMC ni con la microhematuria. Estos hallazgos se confirmaron en el análisis multivariable.

Por otro lado, conforme aumenta la puntuación, se incrementa la proporción de pacientes con ND ($p < 0.001$), de manera que con una puntuación inferior a -0,5 puntos solo el 12.5% tuvo ND, mientras que, en aquellos pacientes con un score más de 3 puntos el 76.9% presentó ND.

Conclusiones: En nuestra muestra observamos que un 61.9% de los pacientes diabéticos biopsiados presentaron ERND, siendo la GFEFS la glomerulopatía primaria más frecuente. Asimismo, confirmamos que 5 de las 7 variables incluidas en el modelo predictivo propuesto alcanzaron la significación estadística, considerándose por tanto un buen modelo para predecir la presencia de ERND y decidir la realización biopsia renal a pacientes diabéticos.

38 FINERENONA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) Y DIABETES MELLITUS TIPO II (DM2): ESTUDIO EN VIDA REAL

AM. CAVADA BUSTAMANTE¹, P. JUAREZ MAYOR¹, C. ESCAGEDO CAGIGAS¹, M. LANAU MARTÍNEZ¹, M. PÉREZ ARNEDO¹, L. PANIAGUA GARCÍA¹, N. GÓMEZ LARRAMBE¹, I. CASTAÑO BILBAO¹, C. ALFARO SANCHEZ¹, J. MANRIQUE ESCOLA¹

¹NEFROLOGÍA. HUN (PAMPLONA); ²NEFROLOGÍA. HUN (PAMPLONA)

Introducción: La Finerenona es un antagonista del receptor de mineralocorticoide no esteroideo que ha demostrado entelecer la progresión de la ERC en los pacientes con DM2. Al ser de reciente comercialización pretendemos analizar el efecto y la seguridad en los pacientes atendidos en la consulta de nefrología.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo y longitudinal sobre el uso de la finerenona en ERC y DM2 en un centro de tercer nivel. El objetivo es determinar la eficacia medida como el descenso de la albuminuria y la seguridad tras un mes de tratamiento.

Se recogieron variables: sociodemográficas (edad, sexo, etnia), de función renal (filtrado glomerular CKD-EPI, potasio, cociente albúmina/creatinina) y clínicas. Para evaluar la seguridad se recogieron los eventos de hiperpotasemia, fracaso renal agudo siguiendo la definición de la KDIGO y otros efectos secundarios.

Para el análisis estadístico se usó SPSS versión 25. El test de Shapiro-Wolf determinó que las variables no siguen la normalidad. Las variables cuantitativas se expresan en mediana y rango intercuartílico; las variables cualitativas con recuento y porcentaje. Para el análisis diferencial se realizó el Test de Wilcoxon, puesto que se comparó albuminuria, función renal y calemia antes y después del inicio de finerenona.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes (76,8% varones), con edad media 60 (IC 51-71) años. La nefropatía diabética (52%) y la nefropatía diabética e hipertensiva (37,5%) fueron las causas más prevalentes de ERC. El 51,8% tenían cardiopatía y 96% HTA. El 93% tomaban SGLT2, 95% ARAII/ECAs y 1,8% quelantes de potasio. Al inicio la HbA1c fue 7,05% (RI 1,5), con potasio 4,5mmol/L (RI 0,5), Cr 1,29 mg/dl (RI 0,6), FG 53 ml/min (RI 35) y cociente Alb/Cr 817 (RI 2453) mg/g.

Se completó seguimiento en 47 participantes. Al mes se obtuvo un potasio de 4,75 (RI 0,6), cociente Alb/Cr 589,5 (RI 1678)mg/g, Cr 1,36 (RI 2,1) mg/dl, FG 54 ml/min (RI 37). Es decir, hubo un descenso significativo de la albuminuria ($p < 0,001$) estimado en el 38% del valor inicial. Sin apreciar cambios en los niveles de potasio, creatinina o filtrado glomerular.

Se suspendió el fármaco en 7 pacientes (12,7%); observando fracaso renal agudo AKI I en 4 (7,1%), hiperpotasemia leve (hasta 5,5) en el 10,7% y moderada (5-5 a 6) en el 5,4%.

Conclusiones: En nuestra cohorte el uso de la finerenona produjo un descenso significativo de la albuminuria del 38% respecto a la inicial. Además, el perfil de seguridad fue aceptable puesto que se suspendió en el 12,7% y produjo hiperpotasemia leve en el 10,7% de los pacientes.

39 EFECTO DE LOS NUEVOS ANTI-VEGF SOBRE EL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA: NECESIDAD DE CONTROL POR NEFROLOGÍA

S. ABRANTE GARCÍA¹, B. PRAT ORIOL², R. ABREU GONZALEZ², J. QUINTANA BUBU¹, A. CHINEA DIAZ¹, M. GERARD MOREL¹, P. GARCIA GARCIA¹, O. SIVERIO MORALES¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, M. MACIAS¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE), ²OPTALMOLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)
Introducción: Las inyecciones intravítreas de fármacos Anti-VEGF han supuesto un avance en el tratamiento de la retinopatía diabética.

Su administración sistémica requiere precaución en pacientes con hipertensión, proteinuria, enfermedades cardiovasculares y renales. No se han establecido para su administración intravítrea ya que no existen datos concluyentes en sus efectos adversos a nivel cardiovascular y renal. Nuestro objetivo evaluar el impacto sobre la función renal, cociente microalbuminuria / creatinina (CAC) de los nuevos anti-VEGF en pacientes con diabetes y edema macular.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes (n= 52) tratados con anti-VEGF intravítrea en nuestro centro desde 2018. Se excluyeron 20 ptes por información limitada. Se recogieron datos demográficos, CAC (pre-tratamiento, al mes, 3 meses, 6 meses y 1 año), HbA1c (inicio y fin de tratamiento). Se realizaron pruebas no paramétricas y se emplearon los test de Friedman y Wilcoxon con corrección de Bonferroni.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (23 varones y 9 mujeres), media de edad 63 (DE ± 12.) años; tiempo medio de evolución de la DM 12 (DE ± 8.) años. Media de HbA1c 7.6% (DE +/- 1.6) pre-tratamiento y 7.5% (DE +/- 1.3) al año del seguimiento. Patologías asociadas: HTA 78%; Enfermedad cardiovascular 40% y ERC 69%. TFGe m75 ml/min/1.73m2 pre-tratamiento y 65 ml/min/1.73m2 al año de seguimiento (p = 0.104; IC 95%). Solo el 28% de los pacientes (9/32) presentaba seguimiento por Nefrología. Respecto al uso de fármacos, el 56% de los pacientes presentaban iSGLT2 y un 75% presentaban iSRAA.

En relación con la evolución del CAC, se observó una variación significativa (albuminuria media de 464 mg/g, 613 mg/g, 751 mg/g, 225 mg/g y 571 mg/g preinicio de tratamiento, 1 mes, 3 meses, 6 meses y un año respectivamente) a lo largo del seguimiento ($\chi^2 = 18.813$, gl = 4, p = 0.01, IC 95%). No existiendo esas diferencias al comparar subgrupos según si previamente ya eran enfermos renales crónico (p > 0.05; IC 95%).

El análisis post-hoc mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon mostró que no hubo diferencias significativas entre los valores de albuminuria previos a la inyección y al mes posterior (p = 0.203). Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el valor basal con los valores a los 3 meses (p = 0.000; IC 95%), 6 meses (p = 0.014; IC 95%) y 12 meses (p = 0.014; IC 95%) posteriores a la inyección. Al aplicar una corrección de Bonferroni (valor de significancia ajustado = 0.0125), solo la diferencia observada a los 3 meses se mantuvo como estadísticamente significativa.

Conclusión: El tratamiento intravítrea con los nuevos anti-VEGF en pacientes con diabetes producen un aumento progresivo de CAC, más evidente a partir del tercer mes tras su inicio. Estos hallazgos hacen necesario el seguimiento de este parámetro durante la duración del tratamiento.

40 IMPACTO REAL DE LA FINERENONA EN LA ALBUMINURIA EN PACIENTES CON DIABETES Y ERC

ES. SUÁREZ BARAJAS¹, ML. LÓPEZ MARTÍNEZ², JL. LEÓN ROMÁN¹, SN. NUÑEZ DELGADO¹, MA. AZANCOT RIVERO¹, JS. SÁNCHEZ OLAYA¹, IA. AGRAZ PAMPLONA¹, SB. BERMEJO GARCÍA¹, OB. BESTARD MATAMOROS¹, MS. SOLER ROMEO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON (BARCELONA/ ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción y objetivos: La finerenona es un mineralocorticoide no esteroideo con efectos positivos cardiorrenales en personas con diabetes y albuminuria. El objetivo de este estudio es evaluar la tolerabilidad de la finerenona en una cohorte real de pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes-(ERC-DM) y sus efectos sobre la función renal y la albuminuria.

Material y métodos: Cohorte-longitudinal, observacional y retrospectiva, en vida real de pacientes con ERC-DM con seguimiento de hasta 6 meses., ≥18 años, CKD-EPI ≥20 ml/min/1,73 m², potasio<5,5 mmoL/L.

Resultados: 60 pacientes con seguimiento 1 mes, 34 pacientes con 6 meses de seguimiento. Se suspendió finerenona en 3 pacientes (5%) durante el primer mes por lesión renal aguda, en 1 paciente (1,7%) 3m por situación paliativa; y en 2 pacientes (3,3%) a los 6 meses por hiperpotasemia. En el subgrupo con 6 meses de seguimiento, disminuyó la TFGe al mes, de 42 [27,75-58,25] a 36,50 [23,75- 53,00]ml/min/1,73m²(p<0,001), pero sin diferencias significativas cuando se comparó con los valores a los 3 (p=0,401) ó 6 meses(p=0,371), sugiriendo estabilización de la función renal después del declive temprano. La disminución relativa del cociente albúmina/creatinina urinaria fue del 30,1% (p=0,012) y del 37,1% (p=0,012) después de 3 y 6 meses de tratamiento, respectivamente. Reducción de la albuminuria superior al 30% en el 70,57% de los individuos después de 6 meses de seguimiento. En pacientes con caída inicial de TFGe ≥20%, albuminuria disminuyó 43,0%(p=0,012) y 43,7%(p=0,013) a los 3 y 6 meses, respectivamente.

Conclusiones: Nuestro estudio confirmó el efecto positivo de la finerenona sobre la albuminuria en pacientes con ERC-DM en la vida real, la función renal se mantuvo estable después de la caída inicial del TFGe. La finerenona fue generalmente bien tolerada con solo 3 casos de suspensión por hiperpotasemia.

41 EXPERIENCIA INICIAL CON FINERENONA EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD RENAL ASOCIADA A DIABETES

M. ROMERO MOLINA¹, D. REGIDOR RODRÍGUEZ¹, L. CUETO BRAVO¹, C. HERRÁIZ CORREDOR¹, A. ASTROÑA ROJAS¹, D. BUSTOS JIMÉNEZ¹, C. CABEZAS REINA¹, I. CARMENA RODRÍGUEZ¹, F. AHUJADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

Introducción: Ensayos pivotaes demostraron que finerenona reduce eventos cardio-renales, pero existe escasa experiencia en vida real. Analizamos 45 pacientes con ERC-DM2 controlados en una consulta especializada tras la incorporación sistemática del fármaco.

Pacientes y métodos: Se reclutaron adultos (15 mayo2024-15 abril2025) con FG > 25 ml/min, CAC > 30 mg/g y K ≤ 5 mEq/l. La dosis inicial fue 10 mg/día (FG ≤ 60) o 20 mg/día (FG > 60); con controles al mes tras inicio o ajuste de dosis y posteriores según criterio clínico.

Resultados: La cohorte fue 82 % masculina, de 72,6 ± 8,3 años, duración de DM 18,6 ± 9,8 años (14 % < 10; 46 % 10-20; 41 % > 20). IMC 30,7 ± 5,0 kg/m² (28 % < 27; 16 % 27-30; 42 % 30-35; 14 % > 35). Un 29 % con retinopatía, 49 % y 93 % HTA. Uso de iRAS 93 % (ARA II 88 %, IECA 12 %), iSGLT2 89 % (dapagliflozina 72 %, empagliflozina 23 %, canagliflozina 5 %) y GLP-1 27 %. En el 16 % se cambió desde espironolactona previa, y un 11 % usaban quelantes de K. El grado de ERC fue G3a A3 22 %, G3b A3 20 %, G3a/G3b A2 33 %, restantes 25 %.

Valores iniciales (media-mediana): CKD-EPI 50,7-46,5 ml/min; CAC 534-305 mg/g; K 4,7-4,8 mEq/l; PA 127/74 mmHg. Comenzaron con 20 mg el 9 % y con 10 mg el 91 %. Albuminuria: -33 % al mes (p = 0,001) y -54 % a dos meses (p = 0,004), caída mayor si la proteinuria basal ≤ 1 g (p < 0,02 hasta mes 2).Filtrado: -3,5 ml/min al mes (p = 0,001) y meseta posterior; solo difirió según duración de DM: < 10 años +7,8 ml/min vs ≥ 10 años -4,7 ml/min (p = 0,024). Potasio: +0,2 mEq/l (p = 0,06). PA sin cambios.

Al primer mes el 47 % escaló a 20 mg; cuando no, el 85 % ya recibía dosis máxima y el 15 % mostró hiperpotasemia ligera. Hubo cuatro suspensiones definitivas (9 %) por K > 5,5 mEq/l. Se iniciaron o ajustaron quelantes en 27 % de pacientes (acumulado). Las modificaciones de dosis se concentraron en los dos primeros controles. No hubo diferencias en CAC, FG ni K entre los rangos de IMC fijados o la retinopatía, ni por la administración concomitante de iSGLT2, GLP-1 o el uso previo de espironolactona.

Conclusiones: En la práctica clínica, finerenona indujo una disminución temprana y sostenida de la albuminuria y un descenso transitorio del FG, más favorable en pacientes con diabetes de menor tiempo de evolución y proteinuria moderada, sin repercusión clínicamente significativa sobre potasio ni presión arterial. La mayoría alcanzó la dosis objetivo en dos meses y menos de uno de cada diez suspendió por hiperpotasemia. Estos datos respaldan su empleo como complemento al tratamiento estándar en ERC-DM2, demandando confirmación en series mayores y seguimientos prolongados para validar la durabilidad del beneficio renal.