

603 ANGULO DE FASE(AF), Na-Kic Y MASA CELULAR(MC) DERIVADOS DE LA BIVA SON MARCADORES INDEPENDIENTES DE INICIO DE TERAPIA SUSTITUTIVA (TRS) Y MORTALIDAD EN OCTOGENARIOS CON ERC

S. CIGARRAN¹, A. SANJURJO², R. VAZQUEZ³, A. SANTIDRIAN⁴, J. RIOS⁵, I. GONZALEZ⁶, E. GONZALEZ PARRA⁷, G. BARRIL⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RIBERA POLUSA (LUGO/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUBLICO DA MARIÑA (BURELA/LUGO), ³FARMACOLOGÍA Y ESTADÍSTICA MÉDICA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴GERIATRÍA. HOSPITAL DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS (MADRID)

El análisis de la composición corporal en pacientes con ERC ha ganado interés en los últimos años debido a su gran impacto como factor de riesgo de morbimortalidad. La población octogenaria con ERC está aumentado su prevalencia y la evaluación de la composición corporal es escasa. Los parámetros considerados más relevantes en la BIVA son AF°, Na-Kic y Masa celular%. El objetivo de este estudio es evaluar la relación de estos 3 parámetros con el inicio de TRS y mortalidad en población octogenaria con ERC.

Se incluyeron 724 pacientes (335 mujeres (46.4%), edad 84.7 ± 3.5 años, 42.1% diabéticos, GFR-EPI 36.6 ± 14.7 ml/min/1.73m², UACR 238.2 ± 617.7 mg/gr crea). Se evaluaron marcadores de nutrición, inflamación y riesgo cardiovascular junto con riesgo TRS de la ecuación KFRE. El estudio de Mortalidad considero todas las causas y MACES. El inicio de TRS en la serie fue del 27,6% y la Mortalidad de todas las causas 19.3%. El análisis estadístico se realizó con SPSS 28 con, test ANOVA, test de mortalidad (Kaplan Meier) y regresión de Cox.

Los pacientes con AF° <4° inician TRS, de media a los 11.3 años. El 50% de ellos lo hacen a los 8.7 años frente a los 15,9 años en el AF° >4° (p<0.001). El Na-Kic >1.06 inician TRS de media a los 15.5 años y el 50% de ellos a los 18.5 años frente a los 17.9 años del Na-K40% (p=0.005). En cuanto a la mortalidad el AF° <4° (5.4 vs 3.3 años), Na-kic >1.06 (5.7 vs 3.5 años) y MC% <40% (3.4 vs 1.9 años) presentan una mayor mortalidad respecto a los grupos de referencia (LogRank; p<0.001). Figura 1.

Estos hallazgos indican que el AF < 4°, el Na-Kic > 1.06 y el MC% > 40% son marcadores pronósticos de progresión de la ERC en octogenarios. En esta población, su relación con la mortalidad los convierte en factores relevantes para la toma de decisiones sobre la TRS. Además, la BIVA se consolida como una herramienta útil en la evaluación de estos pacientes.

Ver figura

604 LA ACTIVACIÓN SOSTENIDA DE LA VÍA PI3K/Akt/mTOR EN CÉLULAS TUBULARES PROXIMALES PROMUEVE LA ALBUMINURIA TUBULAR AL DISMINUIR LA EXPRESIÓN DE LOS RECEPTORES ENDOCITOSIS

J.D. DOMÍNGUEZ CORRAL¹, A. PÉREZ-GÓMEZ², J.M. DÍAZ TOCADOS³, M. KAREMANI⁴, M. CAUS ENRIQUEZ⁵, A. GARCÍA-CARRASCO⁶, M. BOZIC⁷, J.M. VALDIVIELSO REVILLA⁸

¹GRUPO DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL VASCULAR Y RENAL. IRBLLLEIDA (LLEIDA, ESPAÑA)

La albuminuria es uno de los primeros y más fiables indicadores de daño en la enfermedad renal crónica (ERC), pudiendo originarse a partir de trastornos glomerulares o tubulares. Concretamente, la albuminuria tubular resulta de una reabsorción y un procesamiento defectuosos de la albúmina filtrada por los glomérulos.

La vía de señalización PI3K/Akt/mTOR ha emergido como un regulador clave de la función tubular renal, desempeñando un papel crucial en el manejo de las proteínas filtradas por los túbulos renales. Este estudio tiene como objetivo explorar el papel de la vía de señalización PI3K/Akt/mTOR en la reabsorción tubular de albúmina.

Se generó un modelo murino con eliminación específica del gen PTEN en las células del túbulo proximal, denominado PT-PTEN-cKO. Se recolectaron muestras de orina de 24 horas y se obtuvieron muestras de riñón para análisis moleculares y microscopía electrónica de transmisión (MET). Adicionalmente, un grupo se inyectó con albúmina sérica bovina marcada (BSA) para rastrear la reabsorción renal de albúmina. Finalmente, se investigó si el tratamiento con rapamicina podría prevenir los posibles efectos desencadenados por la activación sostenida de la vía PI3K/Akt/mTOR.

Se confirmó que los ratones PT-PTEN-cKO presentaban una reducción en los niveles de ARNm renal de PTEN y una disminución específica de la expresión proteica en las células del túbulo proximal. Los niveles de nitrógeno ureico en sangre (BUN) fueron similares entre ambos grupos; sin embargo, se observó un aumento de la microalbuminuria en los ratones PT-PTEN-cKO. A pesar del aumento de la albuminuria, no se detectaron diferencias significativas en la cantidad de albúmina marcada reabsorbida por los túbulos. Se observó una reducción en la expresión renal de Cubilina y Megalina a nivel de ARNm en los ratones PT-PTEN-cKO, además de una disminución de la cantidad de proteína de Cubilina. El análisis por MET mostró un aumento en el número de lisosomas en los ratones PT-PTEN-cKO. La administración de rapamicina resultó en una disminución significativa de la albuminuria en el grupo PT-PTEN-cKO. Además, los ratones PT-PTEN-cKO presentaron niveles elevados de β2-microglobulina urinaria, los cuales se redujeron significativamente en los tratados con rapamicina.

La activación sostenida de la vía PI3K/Akt/mTOR en las células del túbulo renal afecta la reabsorción tubular de albúmina, provocando microalbuminuria. La reducción en la expresión de Cubilina y Megalina podría contribuir a una endocitosis alterada. El tratamiento con rapamicina previene la albuminuria, sugiriendo un posible potencial como enfoque terapéutico en las etapas tempranas de disfunción renal.

605 CREATININA Y CISTATINA C: AFINANDO LA EVALUACIÓN DEL RIESGO RENAL EN UNA COHORTE DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

C. GARCÍA MAJADO¹, C. BALDEÓN CONDE², JE. PASACHE CHONG³, M.J. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES⁴, M. MARTÍNEZ BELOTTO⁵, L. GARCÍA GARCÍA⁶, P. NOVA MONTOYA⁷, J.C. RUIZ⁸, J.L. HERNÁNDEZ⁹, E. RODRIGO¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER, ESPAÑA), ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER, ESPAÑA)

Introducción: La estimación del filtrado glomerular (FG) continúa siendo un desafío en la práctica clínica. Desde la identificación de la cistatina C (cC), se ha demostrado que la combinación de ambos marcadores mejora la precisión en la estimación del FG y permite una mejor estratificación del riesgo cardiovascular de los pacientes. Este estudio analiza la capacidad predictiva de ambos marcadores sobre mortalidad y eventos renales en una población de alto riesgo cardiovascular.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes ingresados en la UCI Cardíaca entre los años 2012 y 2015 con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA), que disponían de determinaciones concomitantes de creatinina y cC. Los desenlaces estudiados fueron mortalidad por cualquier causa, incremento de creatinina $\geq 50\%$ respecto a la basal ($\Delta Cr \geq 50\%$), incremento de creatinina $\geq 100\%$ respecto a la basal o inicio de terapia renal sustitutiva (TRS/ $\Delta Cr \geq 100\%$) y desarrollo de fracaso renal agudo AKIN 2-3 (FRA2-3).

Resultados: Se incluyeron 805 pacientes, con edad media de 61,5 ± 12,7 años, 80% hombres. El tiempo medio de seguimiento fue 7,4 ± 2,5 años. La media de creatinina fue 0,90 ± 0,32 mg/dL y de cC 0,87 ± 0,34 mg/L. Durante el seguimiento, 165 (20,5%) pacientes fallecieron, 78 (9,7%) tuvieron $\Delta Cr \geq 50\%$, 21 (2,6%) TRS/ $\Delta Cr \geq 100\%$ y 95 (11,8%) desarrollaron FRA AKIN2-3. En el análisis univariable, la cC presentó una asociación más intensa con todos los eventos en comparación con la creatinina (ver tabla 1), y estas diferencias se mantuvieron estadísticamente significativas tras el ajuste por factores de riesgo cardiovascular clásicos. En pacientes con FG > 60 ml/min, solo la cC fue capaz de predecir el riesgo de los eventos.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con SCA, la cC mostró una asociación más intensa con la mortalidad y los eventos renales. Solo adoptando la determinación simultánea de creatinina y cC en la práctica clínica lograremos una mejor evaluación del riesgo de eventos adversos en nuestros pacientes.

Tabla 1. Análisis univariable por regresión de Cox.

TODOS LOS PACIENTES				
Evento	HR	IC 95%	p	
Creatinina	ICr $\geq 50\%$	5,738	5,524-5,987	<0,0001
	TRs/ICr $\geq 100\%$	20,379	10,497-41,132	<0,0001
	FRA2-3	2,404	1,089-5,661	<0,0001
	Mortalidad	2,596	1,958-3,442	<0,0001
Cistatina C	ICr $\geq 50\%$	10,877	6,449-18,348	<0,0001
	TRs/ICr $\geq 100\%$	46,082	17,854-118,935	<0,0001
	FRA2-3	2,797	2,121-3,688	<0,0001
	Mortalidad	3,084	2,534-3,752	<0,0001
PACIENTES CON FG COMBINADO POR CREATININA Y CISTATINA C > 60ml/min				
Evento	HR	IC 95%	p	
Creatinina	ICr $\geq 50\%$	0,233	0,060-0,908	0,036
	TRs/ICr $\geq 100\%$	0,129	0,005-3,112	0,297
	FRA2-3	0,666	0,199-2,232	0,510
	Mortalidad	1,011	0,403-2,539	0,981
Cistatina C	ICr $\geq 50\%$	0,270	0,172-0,357	0,003
	TRs/ICr $\geq 100\%$	6,014	0,139-260,992	0,351
	FRA2-3	13,088	4,010-42,714	<0,0001
	Mortalidad	16,476	6,227-38,457	<0,0001

606 IMPACTO DEL CRIBADO DE ALBUMINURIA EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA DETECCIÓN Y EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ONDAAS

I.G. GONZÁLEZ IBARGUREN¹, E.G. GONZÁLEZ PARRA², C.G. GÓMEZ SANCHEZ³, M.J. CASTILLO MORA-GA⁴, M.M. MARTÍN PALENCIA⁵, C.N. NAVARRO PARRA⁶, S.M. MAS FONTOA⁷, M.I. SAINZ DE ANDUEZA⁸, D.S. SÁNCHEZ OSPINA⁹, M.J. IZQUIERDO ORTIZ¹⁰

¹GERIATRÍA. HOSPITAL DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA), ³ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (BURGOS/ESPAÑA), ⁴ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (JEREZ/ESPAÑA), ⁵ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA), ⁶INVESTIGACIÓN. HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA)

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un problema de salud pública de primer orden, con elevada morbilidad y mortalidad cardiovascular asociada. Su detección precoz es limitada, ya que la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. El cociente albúmina/creatinina urinario (uACR) es una herramienta clave para la identificación temprana de daño renal, incluso en presencia de un filtrado glomerular estimado (eGFR) normal. El estudio ONDAAS se diseñó para evaluar el impacto del cribado sistemático de albuminuria en Atención Primaria sobre la detección, estratificación de riesgo y manejo terapéutico de la ERC.

Material y método: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico realizado entre febrero y mayo de 2024 en centros de salud urbanos y rurales de Burgos. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años que acudían a consulta con solicitud de analítica. Se excluyeron casos con infección del tracto urinario o hematuria. Se determinó el uACR en orina y el eGFR mediante fórmula CKD-EPI, clasificando la ERC según categorías KDIGO. Se analizaron también implicaciones terapéuticas siguiendo las guías KDIGO 2024. Resultados: Participaron 9.890 sujetos. El 22,29% cumplía criterios diagnósticos de ERC, con un 14,1% mostrando albuminuria significativa (uACR ≥ 30 mg/g). De forma crítica, el 9,5% presentaba albuminuria en presencia de eGFR normal, lo que permitió su diagnóstico precoz. Además, el 35,57% de los participantes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) fueron reclasificados a una categoría de mayor riesgo tras la incorporación del análisis de albuminuria (uACR) con repercusiones terapéuticas relevantes. El análisis mostró que un 16,4% de los pacientes requerían tratamiento activo (iSGLT2, iSRAA, estatinas), indicaciones que no habrían sido consideradas sin la medición de uACR. Conclusiones: El estudio ONDAAS demuestra de forma contundente que la evaluación sistemática de la albuminuria en Atención Primaria es una intervención de alto impacto clínico. Permite no solo diagnosticar ERC en estadios iniciales, sino también identificar a pacientes con alto riesgo cardiovascular y renal que se beneficiarían de tratamientos específicos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad urgente de incorporar el cribado de albuminuria como práctica estándar en la evaluación analítica básica de adultos. Su implementación generalizada representa una oportunidad real de modificar el curso de la enfermedad, reducir la carga asistencial y mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

607 **microRNAs 144, 146b Y 126 COMO BIOMARCADORES DE FUNCIÓN RENAL EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**P. CALVÓ GARCÍA¹, N. GONZÁLEZ GARCÍA¹, A. HOSPITAL SASTRE¹, N. AVELLO LLANO², M. RODRÍGUEZ GARCÍA³, M. LLANEZA FAEDO⁴, E. SÁNCHEZ ALVAREZ⁵, S. PANIZO⁶, M. NAVES DÍAZ⁷, N. CARILLO LÓPEZ⁸¹METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN BIOSANITARIA DE ASTURIAS (FINBA), UNIDAD FUNCIONAL DE METABOLISMO ÓSEO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERS (OVIEDO/ESPAÑA). ²BIOQUÍMICA CLÍNICA. LABORATORIO DE MEDICINA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ESPAÑA). ³ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ESPAÑA)**Introducción:** La identificación de biomarcadores tempranos que reflejen cambios en la función renal es esencial para el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC). Este estudio evaluó los microRNAs (miRs) 144, 146b y 126 como posibles biomarcadores séricos de función renal en pacientes con ERC no sometidos a diálisis y su asociación con parámetros bioquímicos de daño renal.**Material y métodos:** Se analizaron 35 pacientes con ERC en estadios 2/3a, 3b, 4 y 5 y 37 controles. Se determinaron niveles séricos de miR-144, miR-146b y miR-126, junto con creatinina, PTH, FGF23 y Klotho.**Resultados:** Los niveles de miR-144 se redujeron significativamente en ERC estadio 5 (0,0045 [0,0018-0,4773] U.R.) frente a controles y estadios iniciales (controles: 0,6118 [0,2746-1,5029]; 2/3a: 1,2418 [0,7211-2,1397] U.R.; 3b: 0,4222 [0,2286-3,8416] U.R., respectivamente). Los niveles de miR-146b y miR-126 también disminuyeron progresivamente en estadios 4 y 5 (miR-146b: 0,2676 [0,2134-0,3991] U.R. y 0,1430 [0,1304-0,2552] U.R.; miR-126: 0,1882 [0,0798-0,4589] U.R. y 0,0394 [0,0308-0,3788] U.R.) respecto a controles y estadios 2/3a y 3b (miR-146b: ,5495 [2,258-9,780], 0,3646 [0,2632-0,6662] U.R. y 0,2587 [0,1240-0,8404] U.R.; miR-126: ,6059 [3,166-1,3195], 0,7468 [0,2553-0,8044] U.R. y 0,3867 [0,0689-1,5857] U.R., respectivamente).En los diferentes estadios de ERC, se observaron correlaciones negativas significativas entre la creatinina y los tres miRs (miR-144: $r=-0,436$; miR-146b: $r=-0,380$; miR-126: $r=-0,372$; $p<0,05$), mientras que el filtrado glomerular estimado (eGFR) se correlacionó positivamente (miR-146b: $r=0,345$; miR-144: $r=0,453$; miR-126: $r=0,367$; $p<0,05$). Además, Klotho mostró una correlación positiva significativa con miR-144 ($r=0,605$) y miR-126 ($r=0,348$).Los niveles de miR-144 fueron significativamente más bajos en pacientes con creatinina $>1,2$ mg/dL (0,5646 [0,2286 - 1,2418] U.R.), frente a aquellos con niveles $\leq 1,2$ mg/dL (1,9525 [0,9590 - 2,3270] U.R.). Los tres miRs fueron significativamente menores en pacientes con eGFR <30 mL/min/1,73 m² (miR-144: 0,4154 [0,0040-0,8217] U.R.; miR-146b: 0,1989 [0,1367-0,3375] U.R.; miR-126: 0,1283 [0,0389-0,3263] U.R.), respecto a eGFR ≥ 30 (miR-144: 1,1646 [0,5472-2,3147] U.R.; miR-146b: 0,4837 [0,2624-0,8771] U.R.; miR-126: 0,7571 [0,2986-1,5115] U.R.). Asimismo, miR144 y 126 fueron significativamente menores en pacientes con PTH >65 pg/mL (miR-144: 0,5553 [0,0587-1,0744] U.R.; miR-126: 0,1891 [0,0633-0,6553] U.R.) respecto a PTH ≤ 65 pg/mL (miR-144: 1,5971 [0,4320-2,6058] U.R.; miR-126: 0,5942 [0,2986-1,3972] U.R.) y también fueron significativamente más bajos en aquellos pacientes con FGF23 $>94,5$ pg/mL (miR-144: 0,5460 [0,0586-1,0701] U.R.; miR-146b: 0,2395 [0,1429-0,4161] U.R.), en comparación a FGF23 $\leq 94,5$ pg/mL (miR-144: 1,2418 [0,5184-2,3270] U.R.; miR-146b: 0,3820 [0,2647-0,6583] U.R.).**Conclusiones:** Los niveles séricos de miR-144, miR-146b y miR-126 se asociaron con la progresión de la ERC y con biomarcadores clásicos de daño renal. Estos hallazgos respaldan su utilidad como potenciales biomarcadores tempranos de disfunción renal.**608** **IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA CUÁDRUPLE EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: EXPERIENCIA Y DESAFÍOS EN NUESTRA UNIDAD CARDIORRENAL**J. DEL RISCO-ZEVALLOS¹, S. VALDIVIELSO², I. GALCERÁN³, F. BARBOSA⁴, E. RODRÍGUEZ⁵, M. PILCO⁶, E. MÁRQUEZ⁷, M. CRESPO⁸, S. RUIZ-BUSTILLO⁹, C. BARRIOS¹⁰¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA)**Introducción:** La terapia cuádruple es la piedra angular del tratamiento para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER). Sin embargo, existe evidencia limitada que guíe el tratamiento médico en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) (FG < 30 mL/min), a menudo excluidos de los ensayos clínicos debido a los desafíos que representa. Nuestro objetivo fue analizar los cambios en la función renal y en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi) tras iniciar la terapia cuádruple con tratamiento modificador del pronóstico en pacientes con ERCA e ICFER.**Método:** Estudio observacional, prospectivo, que evalúa parámetros clínicos, analíticos y eco-cardiográficos en pacientes con ERCA e ICFER atendidos en nuestra Unidad Cardiorrenal durante un año (junio 2023 - junio 2024). La titulación de la medicación se realizó según criterios clínicos. Cada visita incluyó evaluación clínica y analítica, y ecocardiograma antes y después de introducir los fármacos cardioprotectores.**Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes; 4 de ellos no completaron la titulación (2 por rechazo al tratamiento y 2 fallecieron por causas cardíacas), 83.3% hombres de 73 años de media (40-89años). Las principales etiologías de la cardiopatía fueron miocardiopatía dilatada no isquémica (44%) y cardiopatía isquémica (38.9%). Las etiologías de la ERC fueron: combinación de hipertensión y síndrome cardiorrenal (66.7%), enfermedades glomerulares (16.7%) y enfermedad renal diabética (11.1%). Seis participantes estaban en terapia de reemplazo renal (hemodiálisis: 3 pacientes, trasplante renal: 2 pacientes y diálisis peritoneal: 1 paciente). Tras la titulación, el 83.3% recibió ARNI, el 100% betabloqueantes, el 94.4% iSGLT2 y el 61.1% ARM. La FEVi inicial media fue de 34.89 (20-40%) y la final fue de 46.50 (34-58%) ($p<0.001$). La creatinina (Cr) inicial media fue de 2.65 (± 0.69) mg/dL, FGe de 23.21 mL/min (± 5.65) y la Cr final media fue de 2.68 (± 0.74) mg/dL, FGe de 23.08 (± 6.76) mL/min. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la función renal inicial y final ($p=0.413$). Más de la mitad de los pacientes no presentó ningún efecto adverso (55.6%), entre estos, 16.7% presentó hipotensión, (11.1%) hiperpotasemia y (11.1%) la combinación de ambos**Conclusión:** A pesar de los desafíos, es posible introducir la terapia cuádruple incluso en pacientes con ERCA, con un buen perfil de seguridad y sin un impacto significativo sobre la función renal, logrando una mejora en la FEVi. Las unidades cardiorrenales son necesarias para el seguimiento estrecho de estos pacientes y así garantizar los resultados.**609** **MAFLD (METABOLIC ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE) EN PACIENTES ERCA**B. GONZÁLEZ SORIANO¹, Y. RIVERO VIERA², S. GONZÁLEZ NUEZ³, S. ALADRO ESCRIBANO⁴, N. DÍAZ NOVO⁵, F. BATISTA GARCÍA⁶, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI⁷, R. MARTÍNEZ MIFSUT⁸, JM. GARCÍA GARCÍA⁹, C. GARCÍA CANTÓN¹⁰¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (ESPAÑA)**Introducción:** La enfermedad de hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD) presenta una alta prevalencia, especialmente en pacientes con factores metabólicos como obesidad y diabetes mellitus (DM). Recientemente se ha destacado su asociación con la enfermedad renal crónica (ERC), compartiendo mecanismos fisiopatológicos como inflamación crónica, resistencia a la insulina y activación del sistema renina-angiotensina. La fibrosis hepática, estimada mediante índices como el FIB-4, podría ser un marcador pronóstico relevante en pacientes con ERC avanzada.**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal que incluyó a 385 pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (estadios 4-5, FG <30 mL/min/1.73 m²), incidentes en consulta ERCA entre 2011 y 2024. Se calculó el índice de hígado graso (FLI) y el índice de fibrosis hepática FIB-4. Se recogieron datos clínicos, analíticos y evolutivos. Se realizaron análisis estadísticos comparativos y modelos multivariantes de regresión de Cox para evaluar la asociación con eventos cardiovasculares, necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS) y mortalidad.**Resultados:** De la muestra analizada, el 55.6% eran varones, tenían una edad media de 66 años y un 60.3% tenían DM. El cociente albúmina/creatinina medio fue de 839 mg/dl y el filtrado glomerular (MDRD) fue de 22.95 mL/min. El 71,2% de los pacientes presentó FLI ≥ 60 y el 48,8% tuvo un FIB-4 elevado o indeterminado. El FLI elevado se asoció a mayor edad, obesidad, DM y dislipemia, mientras que el FIB-4 elevado fue más frecuente en mujeres mayores. Aunque FLI ≥ 60 se asoció con mayor mortalidad y eventos cardiovasculares en el análisis univariante, en el análisis multivariante solo se mantuvo significativo en pacientes diabéticos (HR 1.010, IC95% 1,002-1,018, $p=0.009$). En contraste, el FIB-4 elevado se asoció de forma independiente con mayor incidencia de eventos cardiovasculares y mortalidad combinada, incluso tras ajustar por variables clínicas relevantes (HR 1.077, IC95% 1,011-1,147, $p=0.022$). No se observó asociación significativa entre FLI o FIB-4 y la entrada en TRS.**Conclusiones:** MAFLD y fibrosis hepática son altamente prevalentes en pacientes con ERCA. El FLI se asocia con factores del síndrome metabólico y con peor pronóstico en pacientes diabéticos. El FIB-4, en cambio, se comporta como un marcador pronóstico independiente de eventos cardiovasculares y mortalidad. La evaluación no invasiva del estado hepático mediante FLI y FIB-4 puede ser útil para estratificar el riesgo y orientar estrategias de manejo integral en pacientes con ERCA.**610** **RELACION DE LA LIPOPROTEÍNA(A) Y LA APOLIPOPROTEÍNA B CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA**J. GARCÍA GARCÍA¹, Y. RIVERO VIERA², S. GONZÁLEZ NUEZ³, S. GUINEA SOLÓRZANO⁴, N. DÍAZ NOVO⁵, S. ALADRO ESCRIBANO⁶, S. FERNÁNDEZ GRANADOS⁷, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI⁸, N. ESPARZA MARTÍN⁹, C. GARCÍA-CANTÓN¹⁰¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (ESPAÑA)**Introducción:** La disfunción endotelial y la fibrosis glomerular son mecanismos clave en la progresión de la enfermedad renal, donde las lipoproteínas emergentes podrían desempeñar un papel relevante. Este trabajo estudia la asociación de lipoproteína(a) y apolipoproteína B (apoB) con la evolución en enfermedad renal crónica (ERC).**Material y métodos:** Realizamos estudio retrospectivo incluyendo a 385 pacientes procedentes de la consulta ERCA. Se incluyó a pacientes incidentes en dicha consulta entre febrero 2011-febrero 2015 y se realizó seguimiento hasta febrero de 2024. Se estudió los niveles de Lp(a) y apoB en la primera visita, además de datos demográficos, valores analíticos y evolución posterior.**Resultados:** De los pacientes analizados, 55.6% eran varones, tenían edad media de 66 años y 60.3% tenían diabetes mellitus (DM). El cociente alb/cr medio fue 839 mg/dl y FGe 22.95 mL/min. Los niveles medio de Lp(a) fueron 45 y ApoB 87 mg/dl. Sobre la evolución, 49.6% inició alguna técnica de TRS, 39.7% falleció, 2.3% perdió seguimiento y 8.3% mantuvo el seguimiento.Se dividió a los pacientes en 4 grupos por cuartiles de niveles de Lp(a), no se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo, DM o tabaquismo entre grupos. En el análisis de supervivencia univariante mediante curvas de Kaplan Meier para tiempo hasta exitus o primer evento cardiovascular se objetivó un menor tiempo significativamente pare el cuarto cuartil (Log Rank $p = 0,0016$). En análisis multivariante mediante regresión de Cox ajustado a edad, diabetes y tabaquismo Lp(a) elevada se asoció con mayor riesgo combinado de éxitus/evento cardiovascular (HR 1.388; IC95% 1,047-1,769; $p=0.021$). No hubo asociación con inicio de TRS. Por otro lado, se dividió a los pacientes en 2 grupos según niveles de ApoB (< 90 mg/dl o > 90 mg/dl). No se observaron diferencias en sexo, edad, DM o tabaquismo. Tampoco se hallaron diferencias significativas en desenlaces clínicos en los análisis uni ni multivariantes.**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes ERCA, se observó asociación significativa entre niveles elevados de Lp(a) y mayor incidencia de eventos cardiovasculares y mortalidad. Estos hallazgos sugieren que Lp(a) podría constituir un marcador pronóstico relevante en esta población, más allá de los factores de riesgo tradicionales. Los niveles de ApoB no mostraron una asociación significativa con la evolución clínica de los pacientes, se necesitan más estudios para establecer la utilidad de la misma en este contexto. Estos resultados apoyan la necesidad de una evaluación más exhaustiva de Lp(a) en el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con ERCA y justifican futuros estudios prospectivos para explorar intervenciones dirigidas a su reducción.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Progresión de la IRC

611 PRECISIÓN PREDICTIVA DE LA ECUACIÓN DE RIESGO DE FALLO RENAL (KFRE) EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: EVALUACIÓN EN UNA COHORTE ESPAÑOLA

H. BEDOYA¹, E. TATIS¹, M. AZANCOT¹, N. PADRON¹, S. VALLE¹, J. LEON-ROMAN¹, I. ZAMORA¹, N. RAMOS¹, M.J. SOLER¹, N. TOAPANTA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa una fase crítica en la evolución de la enfermedad renal, asociada a un alto riesgo de progresión a enfermedad renal terminal (ERT) y a la necesidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR). La Ecuación de Riesgo de Fallo Renal (Kidney Failure Risk Equation, KFRE) ha demostrado ser una herramienta útil para estimar dicho riesgo y planificar el manejo clínico. No obstante, su aplicación sistemática en programas de ERCA en el sistema sanitario español ha sido escasamente evaluada. El objetivo del estudio es evaluar la precisión predictiva de la KFRE a 2 y 5 años en una cohorte española de pacientes con ERCA y analizar su rendimiento en función de subgrupos por edad y comorbilidad.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 139 pacientes con ERCA atendidos entre 2020 y 2022 en un hospital terciario. Se calculó la KFRE a 2 y 5 años. Se analizaron curvas ROC para estimar el área bajo la curva (AUC) e intervalos de confianza del 95%. Se evaluó la sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud para distintos puntos de corte. La calibración se analizó mediante curvas de calibración y la prueba de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: La edad media fue de 72,9 años, con un 71,9% mayores de 65 años; el FG estimado fue de 15 (13–18) ml/min/1,73m². La KFRE mostró una excelente capacidad discriminativa a 2 años (AUC: 0,82; IC 95%: 0,73–0,91), con un punto de corte óptimo del 15% (sensibilidad 85%, especificidad 78%). A 5 años, el AUC fue también de 0,82 (IC 95%: 0,72–0,91), con variabilidad en la sensibilidad y especificidad según el punto de corte. Las curvas de calibración a 2 y 5 años mostraron buena concordancia entre las predicciones y los eventos observados. El test de Hosmer-Lemeshow fue no significativo ($p > 0,05$), indicando un buen ajuste.

Conclusiones: La KFRE mostró una elevada precisión predictiva y una calibración adecuada en esta cohorte española de pacientes con ERCA. Un punto de corte del 15% a 2 años permite identificar de forma fiable a pacientes con alto riesgo de requerir TSR, favoreciendo una planificación individualizada y oportuna. Su implementación en la práctica clínica puede contribuir a optimizar los recursos y mejorar la toma de decisiones en unidades ERCA.

612 IMPACTO DE FINERENONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EN LA TRANSICIÓN TERAPÉUTICA DESDE ANTAGONISTAS ESTEROIDEOS DEL RECEPTOR DE MINERALOCORTICOIDES

A. PUENTE GARCÍA¹, B. FERNANDEZ FERNANDEZ², D. ARROYO RUEDA³, M. MARQUEZ VIDAS⁴, R. DIAZ MANCEBO⁵, S. PAMPA SAICO⁶, A. DE SANTOS WILHELMÍ⁷, C. GARCIA CARRO⁸, J. MARTINS MUÑOZ⁹, A. ORTIZ ARDUAN¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (MADRID. ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ (MADRID. ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID. ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (MADRID. ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (MADRID. ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MADRID. ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID. ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CARLOS (MADRID. ESPAÑA), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID. ESPAÑA)

Introducción: Los antagonistas esteroideos del receptor de mineralocorticoides (ARMe) son utilizados como antiproteinúricos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes tipo 2 (DM2); sin embargo, su uso se ve limitado por la aparición de hipotensión y tolerancia subóptima. La finerenona, un antagonista no esteroideo y selectivo del receptor de mineralocorticoide, ha demostrado beneficios renales y cardiovasculares, con un menor riesgo de hipotensión. Se evaluó el efecto del uso de finerenona en la práctica clínica habitual, así como si hubo cambios en aquellos que previamente estaban tratados con ARMe.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo y multicéntrico en pacientes con ERC y DM2 entre mayo de 2024 y enero de 2025. Se evaluaron las modificaciones tras 3 meses de tratamiento, en la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe), la relación albúmina/creatinina urinaria (UACR) y niveles de potasio en la muestra global y aquellos que se les cambió de ARMe a finerenona.

Resultados: Un total de 267 pacientes iniciaron tratamiento con finerenona, con edad media 70,3 ± 10,2 años; 81,3% varones. La duración media de la DM2 fue de 15 ± 8 años. A los 3 meses de manera global, la UACR se redujo en un 27,8% ($p < 0,001$); la TFGe mostró un descenso leve de -2,44 ml/min/1,73m² ($p = 0,013$), y los niveles de potasio aumentaron en +0,16 mmol/L (IC 95%: 0,08–0,24; $p < 0,001$). En 24(9%) pacientes habían sido tratados previamente con ARMe, fueron cambiados a finerenona, en este subgrupo no se observaron cambios estadísticamente significativos en la creatinina (1,55 ± 0,9 vs. 1,9 ± 0,82 mg/dL; $t = -0,85$; $p = 0,404$), TFGe por CKD-EPI (50 ± 18,2 vs. 50 ± 16,4 ml/min/1,73m²; $t = -0,088$; $p = 0,931$), ni en la UACR (880 ± 1163 vs. 863 ± 1425; $t = 0,123$; $p = 0,904$). Si se observó una reducción significativa de los niveles de potasio, pasando de 4,75 ± 0,45 mEq/L a 4,54 ± 0,47 mEq/L ($t = 2,21$; $p = 0,038$).

Conclusiones: En la práctica clínica habitual, el cambio de ARMe a finerenona en pacientes con ERC y DM2 se asoció con una menor incidencia de hipotensión y una estabilidad en los niveles de albuminuria y TFGe. Estos hallazgos respaldan el uso de finerenona como una alternativa más segura frente a los ARMe, favoreciendo su implementación en la práctica clínica.

613 SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA MAYORES DE 75 AÑOS: DIÁLISIS VS TRATAMIENTO CONSERVADOR

A. JURADO VÁZQUEZ¹, F. VALLEJO CARRIÓN¹, KH. GALLEGOS AGUILAR¹, SE. CHAGHOJANI¹, EF. ORTIZ DUQUE¹, C. LANCHO NOVILLO¹, AL. GARCÍA HERRERA¹, PL. QUIRÓS GANGA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CÁDIZ)

Introducción: El número de pacientes ancianos con enfermedad renal crónica avanzada ha aumentado considerablemente en los últimos años. La realización de TRS en pacientes añosos y comórbidos genera dudas en cuanto a su idoneidad debido a la corta esperanza de vida y las complicaciones que pueden asociarse, así como la merma en la calidad de vida.

Objetivo: Comparar la supervivencia de los pacientes con ERCA > 75 años con un FG 2 y optar por diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o por tratamiento conservador.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye 199 pacientes de nuestra consulta ERCA con FG 2 en el momento del inicio del seguimiento. Seguimiento desde 2011 hasta 2024. Recogimos datos demográficos y de comorbilidad (cardiopatía isquémica, diabetes mellitus). Realizamos estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: De los 199 pacientes, el 51,8% eran mujeres (n=103) y el 48,2% hombres, con una edad media de 82 años. En el momento del análisis, estaban vivos el 19,6% (n=39). Iniciaron diálisis el 68,3% (n=136) y tratamiento conservador el 31,7%. Los pacientes que iniciaron diálisis tenían una edad media de 81,33 (+/- 3,96) años, mientras que los de tratamiento conservador tenían 84,25 (+/- 4,80) años. En relación a la etiología de la enfermedad renal, el 40,7% (n=81) eran de causa no filiada, el 23,6% (n=47) era por enfermedad renal diabética, el 22% (n=44) de origen vascular, y el 4,5% (n=9) por poliquistosis renal. Como factor de comorbilidad más importante, tenían cardiopatía isquémica el 26% (n=52).

En cuanto a la supervivencia, los pacientes que inician diálisis tienen una supervivencia mayor que aquellos que realizan tratamiento conservador, con una media de 41,17 (+/- 3,19) frente a 15,95 (+/- 2,04) meses, siendo este resultado estadísticamente significativo (log Rank <0,001). Estudiando a los pacientes con cardiopatía isquémica, no existe diferencia en la supervivencia para aquellos que eligen tratamiento conservador (14,65 +/- 2,63 meses). Sin embargo, los pacientes en diálisis con cardiopatía isquémica tienen una supervivencia menor (32,35 +/- 5,40 meses) que los pacientes en diálisis sin cardiopatía isquémica (41,17 +/- 3,19 meses) (estadísticamente significativa (log Rank 0,004)). En cuanto al sexo, los hombres que inician diálisis (n=79) tienen una menor supervivencia (35,85 +/- 3,77 meses) que las mujeres (n=57) que inician diálisis (49,55 +/- 5,58 meses) de manera estadísticamente significativa (log Rank 0,038).

Conclusiones: En nuestra muestra, la diálisis proporciona una supervivencia mayor con respecto a la opción conservadora con una diferencia de 25,2 meses.

Si tenemos en cuenta la presencia de cardiopatía isquémica como factor de comorbilidad esta diferencia se ve disminuida de forma significativa a 17,5 meses.

El tratamiento conservador en un determinado grupo de pacientes añosos y comórbidos, aun que disminuye la supervivencia global proporciona una mejor calidad de vida.

614 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD RENAL ASOCIADO AL USO DE ANTI-VEGF INTRAVÍTREOS: ¿IMPORTA EL FÁRMACO?

A. KONSTANTOULI¹, R. MARTÍNEZ GALINDO¹, L. LEÓN MACHADO¹, Y. HERNÁNDEZ PERDOMO¹, A. TARANCÓN², M. MALDONADO MARTÍN³, C. BONETA⁴, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ⁵, A. SHABAKA⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²FARMACOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA)

Introducción: Los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (antiVEGF) son tratamientos eficaces para varias enfermedades oculares por su capacidad para inhibir la angiogénesis. Datos recientes indican que las inyecciones intravítreas de antiVEGF pueden provocar una absorción sistémica significativa, y hay evidencia que demuestra que la absorción vítea de estos fármacos se asocia con casos de hipertensión acelerada, empeoramiento de la proteinuria, enfermedad glomerular, microangiopatía trombótica y posible deterioro de la función renal. El objetivo de este estudio fue analizar si existen diferencias en el riesgo de deterioro de la función renal o aparición/empeoramiento de la proteinuria en los pacientes que reciben inyecciones intravítreas anti-VEGF según el fármaco utilizado.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que recibieron al menos 3 administraciones de antiVEGF intravítreo en nuestro centro, con datos analíticos en el año posterior y al menos 1 año posterior al inicio del tratamiento. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, datos clínicos basales y a los 3, 6 y 12 meses del inicio del tratamiento, así como al final del seguimiento. Se definió el outcome renal como el deterioro del filtrado glomerular con respecto al basal >25%, la aparición o aumento de la albuminuria >300 mg/g o proteinuria >1000 mg/g, o la progresión hacia enfermedad renal crónica terminal (ERT).

Resultados: El estudio incluyó a 467 pacientes, 53,7% mujeres, con edad media 73,7±11,9 años, y FGe (CKD-EPI) basal de 75,4±19,8 ml/min. La indicación de tratamiento más frecuente fue DMAE (n=283, 60,6%) seguida de retinopatía diabética (n=58, 12,4%) y oclusión vascular (n=39, 8,3%). 160 pacientes (34,3%) recibieron sólo 1 fármaco antiVEGF, mientras que 204 (43,7%) y 103 (22,1%) recibieron tratamiento secuencial con 2 y 3 fármacos respectivamente. La mediana de administraciones con cada tratamiento fue de 7 inyecciones (RIC 4-13). El fármaco más utilizado fue Bevacizumab (406 pacientes), seguido de Ranibizumab (255 pacientes) y Aflibercept (200 pacientes). Tras 1 año de seguimiento, los pacientes en tratamiento con Bevacizumab presentaron más frecuentemente aparición o aumento de proteinuria (11,3% vs 4,3% vs 6,7%, $p < 0,001$) pero sin diferencias en alcanzar el outcome renal (12,6% vs 10,4% vs 9,5%, $p > 0,05$) con respecto a Ranibizumab y Aflibercept. Tras una mediana de seguimiento de 44 meses, sólo 4 pacientes (1,07%) desarrollaron ERTC. En los análisis por subgrupos (función renal basal, edad, DM) no encontramos diferencias en alcanzar el outcome renal entre los tres fármacos.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas en el deterioro de la función renal al año ni el desarrollo de ERTC entre los pacientes que recibieron Bevacizumab, Ranibizumab y Aflibercept intravítreo. Los pacientes que recibieron Bevacizumab intravítreo presentaron un mayor riesgo de aparición o aumento de la proteinuria.

615 COCIENTE DEL FILTRADO GLOMERULAR (FG) POR CISTATINA C Y FG POR CREATININA COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

E. MATA LLANA¹, L. MARTÍN JIMÉNEZ², T. GIRALDO³, B. GÓMEZ GALLEGÓ⁴, E. GARCÍA DE VINUESA⁵, J. VALLADARES⁶, J. VILLA⁷, J. LÓPEZ GÓMEZ⁸, NR. ROBLES⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ²BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: Las últimas guías KDIGO han recomendado el uso del FG derivado del uso combinado de creatinina y cistatina C. No obstante, algunos estudios han sugerido el valor pronóstico del cociente entre FG por Cistatina (FGCis) y FG calculado por Cr (FGCr). Hemos valorado la capacidad pronóstica para la progresión de ERC y mortalidad, comparando el cociente entre ambos filtrados (CFGCISCR) y el FG calculado por la fórmula CKDEPI combinada (FGCISCR).

Diseño y métodos: Se han incluido 329 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 49% eran varones y el 33% padecían diabetes mellitus. La edad media era 57,2±15,0 años y un FG medio de 72,4±35,2 ml/min calculado por CKD-EPI para Cr. La albuminuria se cuantificó en orina de 24h. Se ha calculado también el FG por cistatina C, por creatinina y por creatinina y cistatina C, todos según el método CKD-EPI. También se ha calculado el cociente entre FG por cistatina y FG por creatinina. En todos los casos se ha calculado el área bajo la curva (AUC) para mortalidad y comienzo de tratamiento renal sustitutivo.

Resultados: Para la mortalidad, la AUC para CFGCISCR fue 0,638 (0,554-0,772) mientras que para FGCYSR fue 0,505, 0,423-0,587) (p = 0,037, De Long); para el FGCr, 0,300 (0,223-0,376, p < 0,001, De Long) y para FGCis 0,503 (0,419-0,587, p = 0,034, De Long). Para la progresión a ERC, los valores fueron muy similares. De nuevo, la mayor AUC fue para CFGCISCR, 0,731 (0,646-0,815) frente a FGCISCR (0,527, 0,430-0,624) (p = 0,011, De Long), FGCis 0,544 (0,449-0,638, p = 0,015 De Long) y FGCr 0,225 (0,132-0,318, p < 0,001 De Long).

Conclusiones: El mejor biomarcador de mortalidad y riesgo de progresión a ERC el cociente entre FGCis y FGCr, quedando cercano el FGCis y FGCISCR. La peor correlación fue con la fórmula CKDEPI derivada únicamente de Cr sin incluir a la cistatina en el cálculo. Una vez más se confirma el interés de medir cistatina C en nuestros enfermos.

616 IgA NEPHROPATHY DIFFERENT RISK PREDICTORS, SAME RESULTS

BM. BEATRIZ MENDES¹, FF. FRANCISCA FONSECA¹, AI. ANTÓNIO INÁCIO¹, AF. ANA FARINHA¹, KS. KARINA SOTO¹

¹NEFROLOGÍA. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA (SETÚBAL/PORTUGAL)

Introducción: IgA nephropathy (IgAN) is the most common primary glomerulopathy worldwide. Indeed, the progression to end stage kidney disease (ESKD) is heterogenous between patients and poses a big challenge for the nephrologist to identify those patients who will progress and should be promptly treated. Accurately predicting the risk of progression to ESKD is crucial to guide clinical management. Several risk prediction models have been developed to estimate disease progression, namely IgA Risk Prediction Tool (IgA RPT) which includes clinical and histological information. Kidney Failure Risk Equation (KFRE) is a widely used tool to predict CKD progression across various etiologies. Evaluating the comparative effectiveness of an IgAN-specific cohort will provide valuable insights into clinical practice to personalize patient management.

Methods: Single-center retrospective observational cross-sectional study of patients with histological diagnosis of IgAN between 2015 and 2023. Data on demographics, clinical presentation, histological characteristics, and follow-up were collected. The IRP-IgAN tool and KFRE were calculated to predict the risk of 50% decline in GFR or ESKD at 5 years.

Results: Over the eight-year period, 28 patients were diagnosed with IgAN. Mean age was 46 years (±12.2), 71.4% being male, predominantly Caucasian, with two patients of Asian and African descent, respectively. Mean GFR was 55.3 ml/min (±31.9), and mean protein-to-creatinine ratio was 2.42 g/g (±2.41). Two patients (7.1%) required renal replacement therapy (RRT) at presentation. After a mean follow-up of 0.53 (±0.34) years, 28.6% (n=8) of patients required RRT. Those who required RRT had a mean IgA RPT calculated risk of 56,26% and a KFRE risk of 69,26%. Of those, 3 patients had a calculated risk of less than 50% when using both tools. One patient had >50% decline on eGFR at 5 years of follow up, having a calculated risk of 19,9% with IgA RPT and 0,35% with KFRE. On the opposite, 3 patients not requiring RRT or with <50% decline in eGFR on follow-up had a calculated risk over 65% by KFRE and under 55% with IgA RPT.

Conclusion: IgA RPT provides a tailored and specific tool in IgAN population, incorporating disease specific variables such as histological findings and clinical details. However, KFRE remains a reliable, largely applicable tool in our daily practice, including in IgAN population.

617 FINERENONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES TIPO 2 Y SIN ANTAGONISTA DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE PREVI

M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, L. GARCÍA¹, PA. NOVA MONTOYA¹, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, C. GARCÍA MAJADO¹, JE. PASACHE CHONG¹, M. SERRANO SOTO¹, L. MARTÍN PENAGOS¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, G. FERNÁNDEZ FRESNEDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud global que afecta a más del 10% de España, siendo la causa más frecuente la diabetes mellitus (DM). Finerenona es un antagonista del receptor mineralocorticoide (ARM) no esteroideo con beneficio nefroprotector en ERC diabética. Aprobado y comercializado en España desde 2024, nuestro objetivo es describir los primeros resultados desde su implementación en nuestra población.

Métodos: Revisamos nuestros pacientes con ERC diabética que iniciaron finerenona desde junio-2024 hasta febrero-2025 con una revisión posterior. Excluimos trasplantados renales y pacientes en tratamiento previo con otro ARM. Utilizamos SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Incluimos 114 pacientes. Presentamos sus características principales en la tabla 1. El estadio de ERC más frecuente fue 3aA3 (36,8%) seguido de 3aA3 (16,7%). El 84,2% tenían un cociente de albuminuria/creatininuria (CACu) >300mg/g. 99 pacientes (86,84%) iniciaron con dosis de 10 mg. Ningún paciente que inició a 20 mg tuvo que suspender o reducir la dosis. Registramos 3 eventos clínicos por los que suspendimos finerenona: 2 intolerancias y 1 hipotensión sintomática, ambas leves; y 11 eventos analíticos en el control: 9 hiperpotasemias, 1 deterioro de función renal (>30% del Filtrado Glomerular estimado (FGe)) y 1 deterioro de función renal con hiperpotasemia. No hubo ninguna alergia, atención en urgencias ni hospitalización secundaria al fármaco.

Presentamos las diferencias entre visitas en la tabla 2. Observamos mayor diferencia porcentual (D%) de CACu con dosis de 20 mg respecto a 10 mg (-54,19% [-67,83 - -46,80] vs -18,6% [-51,32 - 18,52]), sin diferencias apreciables respecto al FGe% (-3,16% [-10,47 - 0,00] vs -4,44% [-13,97 - 4,35]). Existe una correlación negativa, débil a moderada entre el FGe basal y la diferencia de DPotasio (Coeficiente r Pearson = -0,296; p = 0,002), y entre D%FG y DPotasio (r = -0,233; p = 0,013).

Conclusión: Tras un mes de tratamiento objetivamos un leve descenso de albuminuria con FG estable, así como cifras menores de PA. El aumento del potasio tiende a ser mayor cuanto menor es FGe. Finerenona es segura en su inicio siendo importante mantener la revisión al mes.

 Ver tablas

618 EVALUACIÓN REAL DE iSGLT2 EN ERC AVANZADA: ADHERENCIA, EFECTOS ADVERSOS Y RESULTADOS CLÍNICOS

L. RODAS¹, S. ARAGO¹, J. BROSETA¹, N. FONSERRE¹, A. CASES¹, E. CUADRADO¹, V. ESCUDERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) están consolidados como una estrategia eficaz para enlentecer la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC), con beneficios demostrados tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos. Estos efectos nefroprotectores han motivado su inclusión en las guías clínicas para el manejo de la ERC avanzada (ERCA). Sin embargo, en la práctica real, la efectividad clínica de estos fármacos depende en gran medida de la adherencia sostenida al tratamiento. Esta puede verse comprometida por la presencia de comorbilidades, efectos adversos o situaciones clínicas agudas, como los denominados "sick days", que pueden requerir la interrupción temporal de la medicación. En este contexto, evaluar la adherencia terapéutica y su impacto en parámetros clínicos resulta esencial, especialmente en pacientes frágiles.

Objetivos:

- Evaluar la adherencia al tratamiento con iSGLT2 y su relación con la evolución clínica y funcional en pacientes con ERC avanzada.
- Analizar la incidencia de efectos adversos, incluidos los "sick days", e identificar oportunidades de mejora en el seguimiento de pacientes frágiles.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario durante el periodo 2023-2024. Se incluyeron 150 pacientes en seguimiento por ERCA, tratados con iSGLT2 durante al menos seis meses. Se recogieron variables demográficas, grado de fragilidad, parámetros de función renal (filtrado glomerular estimado, proteinuria), glucosuria como marcador indirecto de adherencia y se aplicó el cuestionario Morisky-Green. Además, se revisaron historias clínicas para registrar efectos adversos y episodios de "sick days". Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados: La muestra incluyó un 65% de varones, con edad media de 74,3±12,4 años. El 27% eran frágiles y el 40% prefrágiles. El FG se mantuvo estable (19,6±5,8 ml/min vs 20,2±5,5 ml/min; p>0,05). La proteinuria se redujo significativamente (1.159±1.413 mg/L vs 843±1.193 mg/L; p<0,05). La adherencia mejoró (Morisky-Green: 65% al inicio vs 90% al final). El 10% presentó "sick days" y el 70% de estos pacientes requirió atención urgente y el 78% eran frágiles o prefrágiles. Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca se redujeron un 2% respecto al año anterior.

Conclusiones: El tratamiento con iSGLT2 en pacientes con ERC avanzada se asocia a estabilización de la función renal y mejora en parámetros de proteinuria. La adherencia terapéutica es un factor determinante para alcanzar una efectividad clínica óptima, especialmente en pacientes frágiles, en quienes el seguimiento estructurado, la educación en autocuidado y el manejo proactivo de "sick days" deben ser prioritarios. La identificación precoz de complicaciones y la intervención individualizada son fundamentales para maximizar los beneficios renales y reducir eventos adversos.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Progresión de la IRC

619 IMPACTO DE LA CONGESTIÓN EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. FARRERA¹, D. ARNAU², J. RIBA³, A. CHACÓN⁴, I. BUJONS⁵, C. ARCAL⁶¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI D'IGUALADA (IGUALADA), ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARI D'IGUALADA (IGUALADA)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad renal crónica (ERC) comparten factores de riesgo comunes, a menudo coexisten y la presencia de una empeora el pronóstico de la otra. Los pacientes con el diagnóstico de IC tienen el doble de riesgo de progresión de la ERC independiente de otros factores. La congestión, tanto pulmonar como sistémica, es frecuente en estos pacientes y podría jugar un papel clave en la evolución renal. El objetivo de este estudio es evaluar la influencia de la congestión en la evolución de la ERC en pacientes con diagnóstico de IC.

Población y métodos: Estudio retrospectivo de 34 pacientes evaluados en la consulta cardiorenal en nuestro centro, con seguimiento mínimo de 1 año. Se establecieron dos patrones de progresión según la velocidad de pérdida de filtrado glomerular (FG): rápido (pérdida >0.80 ml/min/mes) y lento (pérdida <0.63 ml/min/mes). Se evaluaron variables demográficas, clínicas y analíticas, y se valoró la presencia de congestión mediante bioimpedancia, ecografía y biomarcadores (CA-125).

Resultados: Se evaluaron un total de 34 pacientes de los cuales 25 cumplían criterios de inclusión (seguimiento mínimo de 1 año y no estar recibiendo hemodiálisis o diálisis peritoneal). La media de edad fue de 83,2±5,79 años, siendo 9 pacientes (36%) del sexo femenino. La causa más frecuente de la cardiopatía era la valvular (en un 28% de los pacientes), seguido de la hipertensiva y la isquémica (24% en los dos casos). Un total de 14 pacientes (56%) presentaron algún signo de congestión durante el seguimiento, y estos presentaron un descenso de FG más rápido (pérdida 1,22 ml/min/mes en congestión vs 0,24 ml/min/mes sin congestión, p=0.02). El grupo de progresión rápida presentó unos niveles de CA-125 más elevados: mediana de 96 U/ml [IQR 214] vs 14 U/ml [IQR 5,7] sin ser ello estadísticamente significativo (p = 0.65) El tipo de congestión (tisular o intravascular) no influyó en la pérdida de FG. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexo, función ventricular, origen de la cardiopatía, diabetes mellitus ni hipertensión.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que la congestión juega un papel importante en la aceleración de la progresión de la enfermedad renal en IC. Los pacientes con signos de sobrecarga experimentaron una pérdida de FG significativamente más rápida. Estos resultados objetivan la importancia de una correcta identificación y tratamiento de la congestión para mejorar el pronóstico renal en pacientes con IC.

620 MICRORNAS CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES TEMPRANOS DE ATEROMATOSIS EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

N. GONZÁLEZ GARCÍA¹, P. CALVÓ GARCÍA¹, F. BAENA HUERTA², S. FERNÁNDEZ VILLABRILLE³, B. FERNÁNDEZ MARIÑO⁴, M. RODRÍGUEZ GARCÍA⁵, T. NAVES LÓPEZ⁶, S. PANIZO⁷, M. NAVES DÍAZ⁸, N. CARRILLO LÓPEZ⁹

¹METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN BIOSANITARIA DE ASTURIAS (FINBA), UNIDAD FUNCIONAL DE METABOLISMO ÓSEO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERS (OVIEDO/ESPAÑA), ²SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ESPAÑA), ³ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (OVIEDO/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con un elevado riesgo cardiovascular, particularmente por la ateromatosis, que contribuye significativamente a la morbilidad en estos pacientes. Identificar biomarcadores que permitan su detección temprana es esencial para mejorar el manejo clínico. En este contexto, los microRNAs (miRs) han mostrado potencial como biomarcadores de calcificación vascular. Este estudio evalúa la utilidad de miRs circulantes como biomarcadores de ateromatosis en pacientes prediálicos.

Material y métodos: Se incluyeron 35 pacientes con ERC en estadios 2/3a, 3b, 4 y 5. Se evaluó el índice de Kauppila (KI) mediante radiografía lateral de abdomen y la presencia, número y calcificación de placas ateromatosas carotídeas mediante ecografía ultrasensible sin contraste. Se analizaron los niveles séricos de miR-122, miR-126, miR-146b, let-7a y miR-144.

Resultados: Tras corregir por edad y sexo, el miR-122 se correlacionó con el KI (r = 0,573, p = 0,001). Los miRs 126, 122 y 146b se asociaron con el número de placas (r = -0,454, p = 0,008; r = -0,387, p = 0,026; r = -0,410, p = 0,018, respectivamente). Al agrupar los pacientes por número de placas (sin placas, 1-3 y >3), los niveles del miR-126 fueron significativamente menores en pacientes con >3 placas frente a aquellos sin placas (0,1327 [0,0356-0,5025] U.R. vs. 0,7869 [0,1856-1,6007] U.R., respectivamente) y los del miR-122 fueron mayores en pacientes con >3 placas frente a 1-3 placas (3,4105 [0,3572-14,7189] U.R. vs. 0,4621 [0,1467-0,8719] U.R., respectivamente). Los niveles de let7a, miR-144, 146b, 126 fueron significativamente menores en pacientes con placas calcificadas frente al grupo sin calcificación (0,3247 [0,1067-0,5072] vs. 0,6274 [0,2532-1,1266]; 0,2763 [0,0040-1,1431] vs. 0,8838 [0,4462-2,1056]; 0,2250 [0,1430-0,2941] vs. 0,3550 [0,2553-0,7988] y 0,1051 [0,0384-0,4414] vs. 0,5058 [0,1886-1,1721], respectivamente).

En la discriminación de pacientes con placas, la combinación edad, sexo y miRs mostró que el miR-126 presentó el mayor AUC (0,871; IC 95%: 0,745-0,998), seguido de miR-146b (0,845; IC 95%: 0,698-0,991), miR-122 (0,784; IC 95%: 0,626-0,943), let7a (0,773; IC 95%: 0,597-0,948) y miR-144 (0,767; IC 95%: 0,594-0,939). El punto de corte óptimo para miR-126 fue 0,517 (sensibilidad 92%, especificidad 73%).

En la discriminación de pacientes con placas calcificadas, la combinación edad, sexo y miRs mostró que el miR-146b presentó un AUC de 0,799 (IC 95%: 0,654-0,944), seguido a let7a (AUC = 0,759; IC 95%: 0,599-0,918), miR-126 (AUC = 0,741; IC 95%: 0,575-0,908) y miR-144 (AUC = 0,725; IC 95%: 0,556-0,894). El punto de corte óptimo para miR-146 fue 0,521 (sensibilidad 72%, especificidad del 81%).

Conclusiones: miR-126, miR-122 y miR-146b muestran potencial como biomarcadores no invasivos de ateromatosis en ERC, destacando su utilidad para detectar presencia y calcificación de placas de aterosclerosis.

621 CRIBADO SISTEMÁTICO DE LA ERC CON ALBUMINURIA PARA REDUCIR EL IMPACTO AMBIENTAL DE LA TRS

R. MARTÍNEZ CADENAS¹, L. CORDERO¹, B. SANZ², M. GONZÁLEZ³, J. AUDIJE-GIL⁴, MD. ARENAS JIMÉNEZ⁵, A. AVELLO⁶, M. PEREIRA⁷, A. ORTIZ⁸, B. DUANE⁹

¹NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), ²NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. FUNDACIÓN RENAL ESPAÑOLA (MADRID), ³NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. FUNDACIÓN RENAL ESPAÑOLA (MADRID), ⁵DENTISTRY SCHOOL. TCD (DUBLÍN)

Introducción: El cribado sistemático de la ERC permite detectar precozmente a los pacientes. ¿Valoramos el beneficio ambiental de prevenir la TRS mediante la evaluación de la albuminuria? **Objetivo:** Evaluar el impacto sobre la Huella de Carbono (HdC) de la prevención de la TRS mediante el cribado de la ERC con albuminuria, analizando las emisiones evitadas desde un enfoque de Análisis de Ciclo de Vida aplicado a datos actuales.

Métodos: Cuatro centros hospitalarios participaron en el proceso de cribado. En uno de ellos, se recopilaron datos actualizados sobre el consumo de insumos (incluyendo materias primas, procesos de fabricación y logística hasta su llegada al hospital); los residuos generados; el consumo energético; y datos clínicos relevantes como el número de pacientes en activo, la recurrencia de cada ruta clínica por paciente y el porcentaje de pacientes asociados a cada una (Figura 1). Toda esta información se integró en un mapeo detallado de los procesos implicados, incluyendo las rutas clínicas asociadas a los tratamientos de DP y HD, el proceso de cribado mediante albuminuria y la gestión de residuos.

Se realizó un análisis de ciclo de vida para estimar el impacto en la huella de carbono. Finalmente, se compararon los resultados estimados de promover o no el programa de prevención renal.

Resultados: El cribado se realizó en 4.390 participantes, generando 1.150,10 kg CO₂ eq. y arrojando un 1,71 % de resultados positivos (cociente de microalbuminuria > 30 mg/g) (Figura 2). Estos pacientes (n=75) comenzarían a medicarse diariamente con dapagliflozina, con un impacto anual estimado de 958,13 kg CO₂ eq.

Por otro lado, un paciente en diálisis conlleva un impacto anual estimado de 2152,88 kg CO₂ eq.

Conclusiones: Promover el cribado en la población de 50 a 69 años implica un incremento inicial en la HdC, pero evitar que tan solo un paciente por cribado llegue a necesitar diálisis supondría, a largo plazo, una reducción de las emisiones.

Ver figuras

622 ESTRATEGIAS DE CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

RS. ROSA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ¹, RS. IVAN COUSIRAT ACOSTA², AN. ANGEL NOGUEIRA PEREZ³, RZ. ROCÍO ZAMORA GONZÁLEZ MARIÑO⁴, LR. LAURA RODRÍGUEZ OSORIO JIMÉNEZ⁵, BD. BEATRIZ DURÁ GURPIDE⁶, LP. LUCÍA PEREZ GÓMEZ⁷, MP. MARTA PEREZ GÓMEZ⁸, GP. GLORIA PINDAO QUESADA⁹

¹NEFROLOGÍA. HUGV (ESPAÑA), ²ESTUDIANTE MEDICINA UAX. HUGV (ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HUGV (ESPAÑA), ⁴MEDICINA INTERNA. HUGV (ESPAÑA)

Introducción: La dislipidemia es factor de progresión de la ERC y complicaciones asociadas.

Niveles óptimos de colesterol-LDL (<70mg/dl pacientes alto RCV y < 55mg/dl muy alto RCV), han demostrado un efecto favorable sobre la morbimortalidad cardiovascular.

Actualmente hay fármacos que facilitarían alcanzar objetivos.

Objetivo: Analizar cuantos pacientes alcanzan control lipídico según recomendaciones de las guías. Evaluar eficacia según terapia hipolipemiente utilizada.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo, de pacientes con ERC > (G3 y HD) con hiperlipidemia y elevado RCV. Aprobado por CEI. Análisis estadístico SPSS23.

Resultados: Pacientes: 143p (100p 69,9% ERCA; 43p 30,1% HD; 77p 53,8% hombres 66p 46,2% mujeres). 18% ERCA G3; 43,4% ERCA G4; 37,8% ERCA G5ND; 33,6% ERCA G5D.

Edad: 70,37±13,57años, (72,26±12,56 mujeres vs hombres: 68,75±14,27 p=0,124). Comorbilidad: ICharlon mediana 5 (113p 79% altas); Mayor en HD 7 vs 5 de ERCA p<0,001).

IMC: ERCA 28,07±5,42 vs HD 27,04±5,44 p = 0,307 (hombres 27,36±4,56 mujeres 28,26±6,33 p=0,330).

Hipolipemiantes: 74% estatinas (65% alta potencia); 33% ezetimibe; 10% ácido bempedoico; 1% fibratos; 3,5% omega 3; 2% inhibidores PCSK9; 1,4% inclisiran.

Control de Perfil Lipídico: La media global no alcanza los objetivos diana: Colesterol-total 154,74±148,50; TG 142,12±120,50; HDL-Col 50,69±46,00 LDL-Col 80,06±71,00 ; ColnoHDL 95,57±86,00.

Niveles más bajos de Colesterol-total (40,95±35,514 vs 160,53±50,164, p = 0,023) y albúmina (4,028±0,3893 vs 4,293±0,3922 p<0,001) en los pacientes en HD comparados con los de ERCA. Un 70% (30p) en ERCA y 69,3% (30p) en HD, presentaron LDL-Col > 55 mg/dl, no alcanzando objetivos terapéuticos Figura 1.

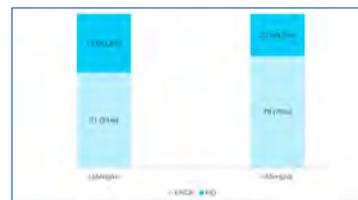
DM en ERCA tienen un mejor control (LDL-Col 71,73±34,46 vs 97,80±46,61 noDM p = 0.002).

Grupo LDL<55mg/dl: 53% estatinas + ezetimibe; 8,8% 3 fármacos; 38% un solo fármaco de alta potencia (inh-PCSK9).

Conclusiones: Solo un 20%p ERCA-elevado RCV tienen un LDLcolesterol<55mg/dl, la mayoría son diabéticos y con tratamiento hipolipemiente combinado o de alta potencia.

Colesterol-Total y Albúmina significativamente más bajos en HD comparados con la ERCA posiblemente debido a un peor estado nutricional. Hay necesidad de optimizar el control lipídico para disminuir el RCV en los pacientes de ERCA.

Figura 1. Porcentaje de pacientes con valores de LDL (55 mg/dl).



623 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA KDIGO CKD 2024: COMPARATIVA ENTRE NIVELES DE KFRE UTILIZANDO "NHANES"

DR. NÉSTOR OLIVA-DÁMASO¹, DR. ELENA OLIVA-DÁMASO², DR. FRANCISCO RIVAS³, DR. FRANCISCA LOPEZ⁴, DR. MARIA DEL MAR CASTILLA⁵, DR. EVA PLAZA⁶, DR. MIGUEL ANGEL BAYO⁷, DR. LARA PEREA⁸, DR. JUAN PAYAN⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA. (MÁLAGA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR NEGRIN (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA); ³INVESTIGACIÓN. HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA. (MÁLAGA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica es una enfermedad altamente prevalente en población general, según el estudio EPICRE/ENRICA supone entre un 12-15% de población general en España. La optimización de la derivación a nefrología desde atención primaria supone un reto ante el envejecimiento población y su mayor prevalencia a edades avanzadas. En 2024 salieron publicadas las guías KDIGO CKD en la que se introduce un nuevo criterio de derivación en las recomendaciones de utilizar fórmulas de riesgo de progresión renal (Evidencia 1A), en concreto Kidney Failure Risk Equation KFRE sin especificar si el límite de KFRE>3% o 5%. Usando la base de datos de EEUU de población general NHANES comparamos volúmenes de derivación con un valor y otro.

Métodos: Utilizando la "Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición en EEUU" base de datos NHANES desde 2009-2016 que incluye a población general americana >18 años. Realizamos un análisis estadístico con SPSS versión 28. Se incluyeron en el análisis descriptivo los pacientes con registros completos de edad, sexo, filtrado glomerular (FG), KFRE en porcentaje y albúmina, lo que permite calcular el KFRE%. Se describieron las variables cuantitativas (edad, FG, KFRE%, albúmina) mediante media \pm desviación estándar o mediana e intervalo intercuartílico, según distribución, y las variables cualitativas (sexo y estratificación según puntos de corte de KFRE) mediante frecuencias absolutas y relativas. Evaluamos la distribución de pacientes según los puntos de corte de KFRE del 3% y 5%. Evaluamos el rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, VPP y VPN) utilizando un nivel de significación de $p<0,05$ y proporcionando intervalos de confianza del 95% utilizando Epidat 3.1 del KFRE para identificar pacientes con $FG < 60 \text{ mg/min/1.73 m}^2$.

Resultados: De un total de 24496 sujetos, la media de edad 47,8+- 18.6 años, un 51% eran mujeres, con un 21% de raza negra. Atendiendo a definición de ERC (eGFR<60 y/o ACR>30mg/g) un 16.9% de población general tenía ERC. 490 sujetos de 21346 que incluían las variables necesarias para el cálculo de KFRE y tenían unos niveles de KFRE>3% suponiendo un 2.2% de población general. En cambio 360 paciente de 21476 tenían unos niveles de KFRE>5% suponiendo el 1.6% de población general. El uso de KFRE más restrictivo del 5% comparado con 3% supone una reducción del volumen de derivación al nefrólogo de un 26.5%.

Conclusiones: Los criterios de derivación a nefrología de las guías KDIGO 2024 recomendando derivar si los niveles de son >3-5% sin especificar si utilizar un valor u otro. KFRE >5% comparado con KFRE>3% supone una reducción del volumen de derivación al nefrólogo de un 26.5%.

624 ¿DIÁLISIS O TRATAMIENTO CONSERVADOR EN MAYORES DE 75 AÑOS CON ERCA?

A. REY-CÁRDENAS¹, E. GALLEGU-VÁLCARCE², S. LÓPEZ SAN ROMÁN³, D. ROLDÁN⁴, E. LÓPEZ MELE-RO⁵, C. CASES CORONA⁶, A. TATO-RIBERA⁷, A. MÉNDEZ ABREU⁸, E. GRUSS VERGARA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La edad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) ha aumentado en los últimos años. En los pacientes de edad elevada la elección entre iniciar tratamiento renal sustitutivo (TRS) o seguir una estrategia conservadora está sujeta a controversia. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la supervivencia de los pacientes ≥ 75 años con ERCA según la elección terapéutica (hemodiálisis o tratamiento conservador).

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional analizando una base de datos recogida prospectivamente en una consulta ERCA. Los criterios de inclusión fueron pacientes incidentes entre 2004 y 2024 con ≥ 75 años que alcanzaron un filtrado glomerular estimado (FGe) $\leq 15 \text{ mL/min}$, acabando el seguimiento el 31/03/2025.

Se recogieron variables demográficas, analíticas, situación basal, comorbilidades, preferencia y elección final de TRS.

Comparamos la supervivencia mediante Kaplan-Meier y test log rank de pacientes tratados con hemodiálisis o de forma conservadora. La supervivencia se calculó desde tres momentos: inicio de consulta ERCA, FGe $\leq 15 \text{ mL/min}$ y FGe $\leq 10 \text{ mL/min}$.

Resultados: Estudiamos 193 pacientes, 103 recibieron hemodiálisis y 90 no recibieron TRS. Desde los tres momentos analizados la supervivencia fue significativamente mayor en el grupo de hemodiálisis (figura): desde el inicio en consulta ERCA (74 vs 41 meses), desde FGe ≤ 15 (54 vs 18 meses) y desde FGe ≤ 10 (45 vs 5 meses).

Entre los que alcanzaron FGe $\leq 10 \text{ mL/min}$ aquellos que recibieron hemodiálisis tuvieron una supervivencia significativamente mayor, independientemente del sexo e índice de Charlson. Los diferentes grupos de edad (75 a 79,9; 80 a 84,9 y mayores de 85 años) presentaron una evolución similar. Los que prefieren TRS y los que son independientes también tuvieron una supervivencia mayor.

En el análisis de Cox, el tratamiento conservador se asoció a un riesgo de muerte 9,5 veces mayor (HR 9,497; IC95% 6,353-14,197; $p<0,001$).

Conclusiones: En los pacientes ≥ 75 años la hemodiálisis se asocia a una mayor supervivencia frente al tratamiento conservador y esta ventaja se mantiene en los subgrupos de edad.

[Ver figura](#)

625 USO DE FINERENONA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ALBUMINÚRICOS Y DIABETES TIPO 2

MJ. TORRES-SANCHEZ¹, R. MEZQUITA-NIETO², L. ORTEGA-AZOR³, MJ. ESPIGARES-HUETE⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción:

La finerenona es un antagonista del receptor mineralcorticoide no esteroideo con uso en diabéticos con ERC y albuminuria. Puede producir hiperpotasemia (hiperK+) y se recomienda su control al inicio del tratamiento. Objetivo: determinar si la hiperK+ es una limitación para su uso y la evolución a nivel renal en los primeros meses de tratamiento.

Pacientes y método: Estudio descriptivo retrospectivo en 49 pacientes con ERC y DM2 con albuminuria y toma de finerenona. Analizamos comorbilidades, parámetros analíticos (creatinina, filtrado glomerular, potasio y resto de iones, albuminuria y proteinuria) y toma de fármacos (IECA, ARAI, diuréticos, otros antihipertensivos). Análisis mediante SPSS 20.0.

Resultados: El 81.6% son varones, edad media 66.5 \pm 10.31 años. Comorbilidades asociadas: HTA 95.9%, c. isquémica 16.3%, insuficiencia cardíaca 4.1%, enfermedad vascular periférica 12.2%, ACV 20.4%.

Respecto a la función renal, la creatinina media al inicio del tratamiento era 1.61 \pm 0.54 mg/dl, filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI medio 44.59 \pm 22.32 ml/min/1.73m², el 70.8% tenían un FG entre 60 y 25 ml/min. El FG tanto al mes como a los 6 meses no tuvo una modificación significativa respecto al basal ($p>0.05$) (43.9 \pm 21.9 vs 44.2 \pm 21.3 ml/min y 40.9 \pm 19.2 vs 43 \pm 22.7 ml/min). Sólo el 6.4% tuvo una bajada de FG>30% (2 pacientes discontinuaron el tratamiento con FG inicial más bajos). No hubo cambios significativos en la mejora del CAC en orina o proteinuria a los 6 meses (inicialmente 1000 mg/g y 1.9 g/24h respectivamente).

La media de potasio (K+) inicial fue 4.58 \pm 0.4 mEq/l estando el 38.8% en un rango 4.8-5 mEq/l, 1 paciente tomaba quelante de K+ previo al tratamiento. Al mes, el K+ fue de media 4.79 \pm 0.49 mEq/l y sólo el 6.5% tuvo un aumento de K+>5 mEq/l. 2 pacientes iniciaron quelante del potasio. Al 6º mes, un 15.8% tenía K+>5 mEq/l siendo todos menores de 5.7 mEq/l. A los 6 meses seguía la media de K+ en 4.87 \pm 0.56 mEq/l. No hubo cambios en las cifras de tensión arterial. Respecto a la medicación concomitante inicial el 34.7% tomaban IECA, 61.2% ARAI, otro ARM el 16.3% (sustituido por finerenona). El 28.6% tomaba diurético. El 77.6% tomaban iSGLT2.

La dosis de finerenona inicial fue de 10 mg en el 83.3% y aumentando a 20 mg diarios tras el primer mes en un 39.8% más. En el seguimiento se suspendió la finerenona en 4 pacientes (8.2%), siendo 2 por hiperK+ y 2 por bajada de FG.

No hubo efectos adversos relevantes, toma de finerenona bien tolerada.

Conclusiones: El uso de finerenona en pacientes renales diabéticos con albuminuria es seguro, los cambios en el K+ no son significativos precisando su retirada en pocos casos. No hay grandes cambios en el nivel de FG inicialmente. Se necesita más seguimiento para determinar la mejoría de la albuminuria.

626 PRESERVACIÓN DE FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES ERCA BAJO TRATAMIENTO CON iSGLT2 A LARGO PLAZO

S. RODRIGUEZ PLAZA¹, A. CUBAS ALCARAZ², E. ORTEGA JUNCO³, A. DE LORENZO ALVAREZ⁴, J. MARTINS MUÑOZ⁵, K. PEÑA ESPARRAGOZA⁶, L. ESPINEL COSTOSO⁷

¹UNIVERSIDAD EUROPEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (GETAFE. MADRID. ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (GETAFE. MADRID. ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (GETAFE. MADRID. ESPAÑA)

Introducción y objetivo principal: Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), con filtrados inferiores a 20 mL/min progresan a la necesidad de tratamiento renal sustitutivo por mecanismos habitualmente de hiperfiltración manifestados por albuminuria. El control de dicha hiperfiltración incluye el tratamiento con bloquantes del SRAA, y recientemente, de forma habitual con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) cuyo uso está limitado en filtrados glomerulares inferiores a 20 mL/min a pesar de su nefroprotección en filtrados superiores y sus beneficios cardiovasculares en pacientes con alta incidencia de insuficiencia cardíaca. El objetivo del presente trabajo es valorar el enlentecimiento de la progresión de pacientes ERCA con iSGLT2.

Material y métodos: Se han analizado pacientes con ERC estadios IV-V recogiendo los datos a los 6 meses y al año del uso de iSGLT2 en una cohorte de 30 pacientes comparados con un grupo control de otros 30 pacientes de similares características en los que no se ha utilizado este tratamiento. Se ha valorado también la comorbilidades de diabetes y cardiovasculares en los dos grupos.

Resultados: Los resultados han sido concordantes con los estudios realizados con filtrados superiores, que apoyaron su uso, con entelencimiento de la progresión de la pérdida de filtrado, siendo de 0.35 mL/min a los 12 meses en el grupo tratado frente a 2.53 mL/min en el no tratado. Dicha diferencia es significativa. A los 6 meses de iniciado el tratamiento se observa clara reducción de albuminuria en los tratados, pero no hay diferencias significativas en cuanto a reducción de filtrado, siendo compatible con cambios funcionales iniciales en los tratados, necesitando un periodo más largo para evidenciar el beneficio. No hay diferencias en cuanto a seguridad en los tratados y no tratados, y tampoco en cuanto al desarrollo de eventos cardiovasculares. El control de glucemias en los diabéticos ha sido similar en ambos grupos. LA utilización de bloque del SRAA también ha sido similar en ambos grupos.

Conclusiones: El efecto de los iSGLT2 para reducir la progresión de la Enfermedad Renal Crónica es beneficioso incluso en filtrados inferiores a 20 mL/min con retraso en la necesidad de tratamiento renal sustitutivo estimada en más de 3 años, con un perfil de seguridad adecuado y posibles beneficios cardiovasculares y en control de diabetes. El tiempo de respuesta favorable significativa es de no menos de 12 meses, no evidenciándose en periodos más cortos de tiempo.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Progresión de la IRC

627 MANEJO RENAL CONSERVADOR EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO¹, C. CABEZAS REINA¹, L. CUETO BRAVO¹, D. CARRO HERRERO¹, MA. MUÑOZ CEPEDA¹, A. ASTRONA ROJAS¹, D. BUSTOS JIMÉNEZ¹, E. PASCUAL PAJARES¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, F. AHUADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

Introducción: Se piensa que aquello que alarga la vida es beneficioso para los pacientes, y eso mismo ocurre en ocasiones con la enfermedad renal crónica y su tratamiento sustitutivo con diálisis. Sin embargo, el manejo renal conservador (MRC) debe ser una opción presente y en muchos casos prioritaria para algunos de nuestros pacientes en los que el MRC bien implementado con soporte psicológico y adecuado control sintomático, puede suponer una mejoría en la calidad de vida y una supervivencia al menos similar a este subgrupo de pacientes en diálisis a la de aquellos tratados con diálisis.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Incluimos todos los pacientes descritos al programa de MRC del Hospital Universitario de Toledo durante 21 meses (01/06/2023-01/03/2025). Se han recogido variables demográficas, analíticas, antecedentes personales, fármacos y calidad de vida. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: N=64 pacientes con una media de edad de 85,36 ± 7,80 años (52-98), un 59,4% varones. En el 47,6% el MRC ha sido elegido por el propio paciente. Presentaban una mediana de índice de Charlson de 10 puntos (5-15). La causa más frecuente de ERC fue la nefroangiostenosis. La función renal media al inicio del programa fue 15,20±7,79 (5,80-48,62) ml/min/1.73m² con un buen control medio de todos los parámetros analíticos (metabolismo óseo mineral [p. ej. PTH 168,58±117,94 (44,40-680)], parámetros nutricionales [p. ej. Albúmina 3,7±0,52 (2,3-4,5)], parámetros de inflamación [p. ej. PCR 5,40 (0,4-137,7)], anemia [p. ej. Hemoglobina 11,12±1,70 (7,20-15,70)], etc.). Todos los pacientes presentaban polifarmacia (>5 fármacos prescritos) siendo los signos y síntomas más frecuentemente tratados la HTA (91,2%), manejo de volumen (62%), anemia (74%) y prurito (35%).

Con respecto a su situación basal el 17.5% estaban institucionalizados, un 58.7% de las revisiones no acudía presencialmente el paciente y un 34.9% se realizaba seguimiento conjunto con la Unidad de Cuidados Paliativos. El 51% nunca precisó ingresar en el periodo de seguimiento. La mediana de seguimiento de toda la cohorte fue de 23 meses (1-57), con una mortalidad del 42.9% siendo en el 51.7% de los casos en el domicilio.

Conclusiones: El MRC es una opción terapéutica real para pacientes con edad avanzada, mala situación basal y elevada comorbilidad ya que permite un mejor manejo de síntomas, facilidad para la inclusión en programas de cuidados paliativos y, en definitiva, una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

628 FINERENONA Y ALBUMINURIA: MÁS ALLÁ DE LA PROTECCIÓN CARDIORENAL

BD. DURÁ GÚRPIDE¹, RZ. ZAMORA GONZÁLEZ MARIÑO¹, LR. RODRÍGUEZ OSORIO JIMÉNEZ¹, RS. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ¹, M. GÓMEZ PÉREZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA (MADRID (ESPAÑA)); ²FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA (MADRID (ESPAÑA))

Introducción: La albuminuria es un signo que se asocia con frecuencia a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Existen diversos fármacos utilizados para el control de la albuminuria (IECA/ARA II, ARM) cuyos efectos secundarios limitan su empleo en muchos pacientes. La finerenona es un fármaco del grupo de los ARM.

Presentamos la evolución clínica y analítica de un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y albuminuria > 30 mg/g que recibieron tratamiento con finerenona.

Material y método: Se trata de un estudio longitudinal llevado a cabo con 29 pacientes que iniciaron tratamiento con finerenona entre los meses de mayo de 2024 y febrero de 2025. A todos ellos se les realizó una evaluación clínica y analítica basal (creatinina, potasio, sodio, bicarbonato, hemoglobina, glucosa, HbA1c, etc) al mes y los 3 meses de seguimiento.

Resultados: Tabla 1: Características basales de la muestra.

Figura 1: Evolución del cociente albúmina/creatinina post-tratamiento con finerenona.

Se observa un descenso significativo del cociente albúmina/creatinina a lo largo del tiempo evaluado, tanto en el primero como segundo control.

Figura 2: Evolución de los valores plasmáticos de potasio post-tratamiento con finerenona

No se observan cambios significativos en los valores plasmáticos del potasio a lo largo del tiempo evaluado, tanto en el primer como el segundo control.

Conclusiones: La albuminuria es un marcador de riesgo de progresión a enfermedad renal crónica asociada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El tratamiento farmacológico actual suele verse limitado por la hiperpotasemia asociada.

La finerenona parece tener efectividad para la reducción de la albuminuria sin alterar los niveles de potasio en plasma; por tanto, consideramos que su empleo podría resultar muy útil en la práctica clínica diaria.

[Ver tabla y figuras](#)

629 ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TOLVAPTÁN EN EL TRATAMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

ES. SUÁREZ BARAJAS¹, IA. AGRAZ PAMPLONA¹, CG. GARCÍA ESQUERDA², MP. VALENZUELA³, RM. MAST⁴, SB. BERMEJO⁵, LS. SANS⁶, ML. LÓPEZ⁷, OB. BESTARD⁸, MS. SOLER⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); ²FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL PARC TAULÍ (SABADEL/ESPAÑA); ⁴RADIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes-P con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) no tienen opciones reales de tratamiento a excepción del tratamiento con Tolvaptán-T que ha demostrado retrasar la progresión a enfermedad renal terminal. Pretendemos evaluar la efectividad y seguridad del uso del T a mediano plazo en un grupo de pacientes diagnosticados con PQRAD que han recibido tratamiento con este fármaco.

Materiales y métodos: Estudio observacional, en dos centros, retrospectivo que incluye a pacientes con PQRAD que iniciaron el tratamiento con T entre octubre 2018 y noviembre 2024. Se obtuvieron datos demográficos, grado de tolerancia y causas de suspensión del tratamiento, datos analíticos como: creatinina sérica, filtrado glomerular, transaminasas, ácido úrico, osmolaridad, osmolaridad y creatininas. También se evaluó prueba de imagen con resonancia magnética-RM renal y se registraron los efectos adversos-EA. Se evaluó y se comparó la pendiente de la tasa de filtración glomerular estimada- (TFGe) y el volumen renal obtenido por datos de resonancia magnética-RM; anual, antes y después del inicio del tratamiento.

Resultados: Se han incluido 25-P (52% mujeres), con una mediana de edad de 38,1 años y con un valor basal de TFGe de 62,7 ml/min/m² que cumplían criterios de tratamiento según las indicaciones del CATSALUT. Todos los pacientes empezaron a tomar una dosis inicial de T de 45+15 mg y se aumentó hasta la dosis máxima según tolerancia. La pendiente de disminución de TFGe anual fue de -8,17 ml/min/m² antes de iniciar T, mientras que se redujo a -4,7 ml/min/m² cada año después de iniciar el fármaco (P=0,039). La duración media del tratamiento con el fármaco fue de 1008 (752) días. El tiempo medio entre las 2 RM (previo al inicio de tratamiento y la última RM posterior al tratamiento) fue de 46,5 meses, con una media de tiempo entre cada RM de seguimiento de 33,7 meses, siendo el cambio de volumen renal promedio de +385,8 mL entre la primera y la última RM. No encontramos EA graves. El T se suspendió en 4-P (16%) por elevación de la creatininas, en 2-P (8%) por elevación de transaminasas, en 2-P (8%) por incompatibilidad con la vida diaria del paciente y en otros 2-P (8%) por diarrea y cefaleas.

Conclusiones: El uso de T tiene un buen perfil de seguridad y ralentiza la progresión de PQRAD, al observar una menor caída en la pendiente de TFGe después de mínimo un año de seguimiento.

630 ESTUDIO DINÁMICO DE LA FERROCINÉTICA TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SGLT2 EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

VJ. ESCUDERO-SAIQZ¹, E. CUADRADO-PAYÁN¹, M. IRAOLA-LEGARRA¹, R. ZOLEZZI¹, JJ. BROSETA¹, LM. RODAS¹, M. ARIAS-GUILLEN¹, N. FONTSERÉ¹, F. MADUPELLI¹, A. CASES-AMENOS¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado efectos cardionefroprotectores en la enfermedad renal crónica (ERC). Diversos análisis post-hoc de ensayos clínicos observan un aumento de la hemoglobina, inicialmente atribuido a hemoconcentración, aunque se ha demostrado un aumento de la eritropoyesis, probablemente mediado por la activación del factor inducible por hipoxia 2 (HIF-2). Este estudio analiza el efecto de los iSGLT2 sobre la hemoglobina y ferrocinética en pacientes con ERC avanzada.

Métodos: Se incluyeron 99 pacientes (27% mujeres, edad media 75±12 años) de una consulta de ERC avanzada. Se excluyeron aquellos con uso reciente de agentes estimulantes de eritropoyesis (AEE) y/o ferroteoría intravenosa (hasta 2 meses pre y post), enfermedades inflamatorias o hematológicas activas, y ausencia de seguimiento analítico precoz. Se recopilaron variables demográficas, de función renal y parámetros ferrocinéticos. El análisis estadístico se realizó con Jamovi (v2.3.28.0), utilizando el test de Wilcoxon con corrección de Holm.

Resultados: La función renal basal fue de 28 mL/min/1.73m² [23-38] con cociente creatinina/ albúmina urinario 234 mg/g [60-760]. La hemoglobina aumentó significativamente desde 130 g/L [121-149] a 136 g/L [125-151] a los 6 meses (p<0,05), manteniéndose elevada al año. La transferrina descendió significativamente a los 6 y 12 meses. Ferritina, índice de saturación de transferrina y receptor soluble de transferrina se mantuvieron estables (RST). El 11% de los pacientes requería hierro oral al inicio, manteniéndose estables; las necesidades de hierro intravenoso fueron bajas (2% a los 3 meses, 8% a los 6, y 1% a los 12), al igual que el uso de AEE (2%).

Conclusión: Los iSGLT2 estimulan la eritropoyesis, posiblemente a través de mecanismos mediados por HIF-2. La ausencia de aumento de transferrina y RST sugieren la no activación de HIF-1, a diferencia de los estabilizadores de HIF (HIF-1 y HIF-2). Se requieren estudios básicos adicionales para confirmar este mecanismo.

[Ver figura](#)

631 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: FINERENONA EN LA ENFERMEDAD RENAL Y SUS DESAFÍOS CLÍNICOS

MC. CODINA ÁLVAREZ¹, RM. MARTÍNEZ RAMÍREZ¹, TS. SALCEDO JIMÉNEZ¹, AI. ITURRALDE JARA¹, AA. ARREBOLA MONTES¹, ID. DE LA CUEVA FLORES¹, MM. MACHADO ÁLVAREZ¹, PH. HIDALGO GUZMAN¹, BA. AVILÉS BUENO¹, VL. LÓPEZ JIMÉNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA)

Introducción: Pese a los tratamientos actuales, el riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica en personas con diabetes tipo 2 sigue siendo alto. La finerenona, un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide, puede reducir inflamación y fibrosis, factores clave en la progresión de la ERC. Es el único ARM aprobado para tratar la enfermedad renal diabética.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo con 77 pacientes con FG >25 ml/min, DM2 y albuminuria >30 mg/g tratados con finerenona. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, tratamiento concomitante (IECA/ARA II, ISGLT2, GLP1), y parámetros como FG, potasio sérico, cociente albúmina/creatinina (CAC), cociente proteína/creatinina (CPC) y presión arterial. Se registraron también las suspensiones del fármaco y necesidad de quelantes del potasio.

Resultados: El 96% eran hipertensos, edad media 69 años, 74% hombres. El 96% usaba IECA/ARA II, 88% ISGLT2 y 27% GLP1; solo el 24% combinaba los tres. En el total de 77 pacientes se observó una reducción significativa del CAC de 584 a 395 mg/g y del CPC de 1,8 a 1,3 g/g. En pacientes con FG <35 ml/min, el CAC bajó de 867 a 505 mg/g y el CPC de 1,6 a 1,1 g/g. Aquellos con triple terapia mostraron mejoras similares.

Aunque globalmente el FG bajó de 48 a 45 ml/min de manera estadísticamente significativa, en aquellos pacientes en los que realizamos más controles de seguimiento la media del FG no había variado en el tiempo.

La presión arterial se mantuvo estable; solo un paciente suspendió el tratamiento por hipotensión. El potasio aumentó de 4,5 a 5,1 mEq/l; un 11% necesitó quelantes y seis pacientes suspendieron el fármaco por hiperpotasemia.

Conclusiones: La finerenona demuestra eficacia en pacientes con DM2 y ERC, al reducir proteinuria y albuminuria. Aunque se observa un deterioro del filtrado glomerular en el total de pacientes, en aquellos con más tiempo de seguimiento el descenso del filtrado glomerular no se mostró tan evidente ya que no encontramos variación de la media en el tiempo. En cuanto a seguridad, se identificó un aumento del potasio en algunos pacientes, requiriendo en algunos casos quelantes o suspensión del tratamiento. En resumen, la finerenona representa una nueva opción terapéutica eficaz para enlentecer la progresión de la ERC en pacientes con DM2.

632 INSTAURACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MANEJO CONSERVADOR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. DIFICULTADES Y ACIERTOS

A. SAURINA SOLE¹, J. RODRÍGUEZ URBINA¹, M. POU POTAU¹, P. JIMENEZ COSTA¹, R. SANCHEZ MARIN¹, F. MORENO GUZMAN¹, V. ESTREVE SIMÓ¹, I. TAPIA GONZÁLEZ¹, D. OLEAS VEGA¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERRASSA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. (TERRASSA/ESPAÑA)

Introducción: Las guías de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluyen el manejo conservador como una opción más del tratamiento. El manejo conservador es una alternativa válida al tratamiento renal sustitutivo (TRS) en determinados pacientes. El tratamiento conservador en la ERCA (ERCAC) se centra en el enlentecimiento del deterioro de la función renal, detección y gestión de la sintomatología, y la elaboración de un plan de decisiones anticipadas y coordinación de equipos para proveer de unos cuidados paliativos adecuados.

Material y método: Evaluación de los resultados de una consulta específica ERCAC al año de su puesta en marcha en un hospital de segundo nivel. En la consulta ERCAC los pacientes son atendidos simultáneamente por una nefróloga y una enfermera sensibilizadas en el manejo conservador. En todas las visitas se confirma la decisión de manejo conservador. Un paciente ha requerido nueva información de técnicas de TSR confirmando la decisión de manejo conservador.

Resultados: Seguimiento de 13 pacientes (p). 4 mujeres y 9 hombres. Procedencia: consulta ERCA (9p), Nefrología clínica (2p) y hospitalización (2p). Decisión de manejo conservador: propio paciente (3p), paciente y familia (9p) y por decisión de la familia en 1 caso (incapacitación del paciente). Edad 83.23 ± 3.87 a (77-89 a). En la primera visita, 7 pacientes estaban etiquetados como PCC y 1 como MACA. Solo 2 tenían DVA y 5 pacientes no estaban etiquetados.

Función renal media: creatinina: 311.6 ± 66.5 µmol/L, FG: 15.06 ± 5.15 ml/min. Clínica: Asintomáticos 61.5% (8p), anorexia 15.4% (2p), edemas 15.4% (2p), prurito 7.7% (1p) e insomnio 7.7% (1p). Seguimiento medio de 7.8 meses (1-12 m). Pérdida de seguimiento: 2 p (1 exitus y 1 por derivación UFC). A lo largo del seguimiento TODOS los pacientes han sido etiquetados: 9 PCC y 3 MACA, y se comparte el seguimiento con geriatría (3p), ATDOM (5p) y UFC (4p). Se realizan test de funcionalidad, fragilidad, calidad de vida, nutrición y depresión. La media del Barthel es de 85, presentan un grado de fragilidad leve-moderada (VIG.Frail:0.34 ± 0.18) y alta comorbilidad (I.Charlson: 7.83 ± 1.9).

Conclusiones: 1. Los pacientes de la consulta monográfica de ERCAC son de edad avanzada, alta comorbilidad y fragilidad.

2. Una consulta monográfica de ERCAC requiere la evaluación de todas las necesidades de estos pacientes (clínicas, emocionales, organizativas y de soporte). A lo largo del seguimiento resulta imprescindible el co-manejo con equipos de primaria, geriatría, UFC y cuidados paliativos.

3. Se tiene que establecer una comunicación fluida entre los diferentes equipos para una detección temprana de síntomas, necesidades socio-familiares que precisen tanto los pacientes como sus familias para poder ofrecer un manejo paliativo y global en pacientes con ERCAC.

633 MODELO MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A PACIENTES EN TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA CONSULTA ERCA: EQUIPO DE SOPORTE PALIATIVO

MG. GERARD MOREL¹, MR. ROSA GONZÁLEZ¹, GM. ROQUERIAS¹, AD. DIAZ PACHECO¹, JQ. QUINTANA BUBU¹, SA. ABRANTE GARCÍA¹, CC. CASTELLANOS GAMBOA¹, AC. CHINEA DIAZ¹, AJ. JARQUE LOPEZ¹, MM. MACIA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ²PALIATIVOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ³PSICOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ⁴TRABAJO SOCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: Una de las opciones de terapia renal sustitutiva en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) para los pacientes con elevada comorbilidad y fragilidad es el tratamiento conservador. En estos pacientes es de especial interés el cuidado integral clínico, psíquico y social. Es por esto que hemos establecido un equipo de soporte paliativo, formado por una paliativista, psicóloga y trabajadora social, que en conjunto con el nefrólogo y el enfermero realizan el seguimiento de los pacientes en tratamiento conservador.

Material y método: Estudio observacional descriptivo de los pacientes en tratamiento conservador seguidos por el equipo de soporte paliativo de la consulta ERCA desde noviembre del 2022 hasta abril del 2025. Se describen las características basales de la población, la evaluación de la esfera clínica, psíquica y social por el equipo de soporte y las incidencias presentadas durante el seguimiento.

Resultados: Se analizaron un total de 54 pacientes, de los cuales el 46% eran hombres y el 54% mujeres, con una edad media de 85 ± 4 años. La enfermedad renal de base más frecuente fue la nefropatía diabética (51%) y un índice de Charlson medio de 10 ± 2. Con respecto al estado funcional, los pacientes presentaban un PPS medio de 40 ± 10 y 44% presentaban alteración cognitiva. En la valoración clínica lo más frecuente fue el paciente asintomático (50%), seguido de dolor inespecífico (13%). El 14% de los pacientes requirió intervención psicológica incluido un 11% dirigida a cuidadores; y el 49% intervención social. La mediana de seguimiento fue de 8 meses (RIC: 3,3-18,1). Durante el mismo, el 55% de los pacientes acudió a urgencias, de los cuales solo el 15% acudió en tres o más ocasiones; siendo el motivo de consulta más frecuente no relacionada con la patología renal. El 51% requirió hospitalización, siendo la causa más frecuente la insuficiencia cardíaca (28%). Fallecieron 25 (46%) pacientes, con una mediana de seguimiento hasta el exitus de 7 meses (RIC: 3-13.2). De los cuales el 16% falleció en su domicilio con sólo 1 sedación paliativa mantenida (SPM); y 84% hospitalizado, 42% con requerimiento de SPM.

Conclusiones: El equipo de soporte paliativo de la consulta ERCA para pacientes en tratamiento conservador ha permitido una valoración multidisciplinar de los pacientes, evitar visitas a urgencias y hospitalizaciones, con un abordaje clínico, psíquico y social; lo cual ha repercutido en una mejora de la calidad asistencial.

634 EXPERIENCIA CON FINERENONA DESDE UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

I. ALONSO¹, K. VICENT¹, V. ESCUDERO¹, J. PANTOJA¹, E. VIVÓ¹, C. GILBERT¹, I. LIVADARIU¹, A. AVILA¹, A. SANCHO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET (ESPAÑA)

Introducción: El antagonista selectivo no esteroideo del receptor de mineralocorticoides "Finerenona" se ha incorporado al arsenal terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica al mostrar reducción en la progresión de la enfermedad renal.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia con finerenona desde una consulta de nefrología.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con DM2 y ERC seguidos en las consultas externas de nefrología de nuestro hospital. Se analizan las características basales de los pacientes a los que se las ha añadido finerenona y los cambios analíticos objetivos con el tratamiento.

Resultados: N=62 pacientes (varones 72%). Edad 73 años (67-79). El 74% de la serie con obesidad medida por perímetro abdominal. El 98% de los pacientes ya en tratamiento con ieca o ara2 y con iSGLT2, 45% de los pacientes con aglp1. Filtrado glomerular (FG) basal 41 ml/min (29-62), albuminuria basal medida mediante el cociente albúmina/creatinina en orina (CAC) 436 mg/g (157-1258); el 26% con FG < 30 ml/min y el 60% con CAC > 300 mg/g antes de añadir finerenona. 5 pacientes en tratamiento con captor del potasio (ciclosilicato de sodio y zirconio) al inicio. Tras un período de seguimiento de 2 meses (1-4), objetivamos una reducción significativa del 36% en el CAC (p=0.006) y un ascenso significativo en los niveles de potasio (K) de 0.3 mEq/l (0.08-0.53) (p=0.000). También objetivamos una reducción mínima significativa en el FG del 3% (p=0.021). En 4 pacientes se suspendió el tratamiento tras el análisis de control, en 3 de ellos por hiperpotasemia.

Conclusiones: Finerenona mostró, en un corto período de seguimiento, una reducción significativa de la albuminuria, acorde a lo visto en los ensayos clínicos, con un ascenso leve en las cifras de potasio, aunque motivó la retirada del fármaco en un mínimo porcentaje de los mismos.

■ Tabla 1.

	PRE	POST	P
Filtrado glomerular (ml/min/1,73m ²)	41 (29-62)	40 (30-57)	0,021
CAC (mg/g)	436 (157-1258)	295 (84-818)	0,006
Concentración sérica K ⁺ (mEq/l)	4,6 (4,4-4,7)	4,9 (4,6-5,0)	0,000

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Progresión de la IRC

635 SEGURIDAD Y EFICACIA RENAL DE SEMAGLUTIDE ORAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESULTADOS PRELIMINARES

O. VARGAS GÓMIZ¹, CC. LÓPEZ PÉREZ¹, P. SEGURA TORRES¹, M. POLAINA RUSILOLO¹, MJ. GARCÍA CORTÉS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN (JAÉN/ESPAÑA)

Introducción: Semaglutide oral es el primer fármaco del grupo de los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (arGLP-1).

Su uso en seguridad cardiovascular, valorada en el estudio PIONEER 6, frente a placebo logró una disminución de mortalidad cardiovascular y por todas las causas. Recientemente se han publicado los resultados del estudio SOUL en pacientes con DM2 y enfermedad renal crónica.

Objetivo: Valorar eficacia y seguridad de Semaglutide oral en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y DM tipo 2 (DM2) y evolución de niveles de glicosilada, peso, función renal y albuminuria.

Material y métodos: Seleccionamos una muestra de pacientes atendidos en Servicio de Nefrología de Jaén que llevaran como mínimo 6 meses con Semaglutide oral. Momentos de análisis: Basal (B), 6 meses (6m) y 12 meses (12m).

Resultados: Total 60 pacientes. Hombres 86.7%. Edad media 65.6±8.5 años. 35 con evolución a los 12 meses. Función renal basal CKD-EPI: 52.9±26.9 ml/min/1,73m² y enfermedad renal diabética 60%. Cardiopatía isquémica 15%, enfermedad cerebrovascular 8.3% y enfermedad arterial periférica 21.7%, tabaquismo 38.3%, dislipemia 86.7%, retinopatía diabética 13.3%.

Tratamiento basal: 26.7% insulinizados, ISGLT2 75%, IECA 10%, ARA II 76.7%, Calcioantagonistas 63.3%, diuréticos 66.7%, ARNI 3.3%, betabloqueantes 35%, alfabloqueantes 36.7%, estatinas 90%.

La albuminuria descendió a 6 meses (albuminuria B 667.9±926.1 vs 6m 375.9±369.7 mg/g; p=0,004) y 12 meses (albuminuria B 853.1±1130.7 vs 12m 354.2±375.9 mg/g; p=0,008).

La proteinuria descendió a los 6 meses (B 1047.7±1488.8 vs 6m 517.5±467.9 mg/g; p=0,001).

El peso descendió a 6 meses (B 94.6±12.8 vs 6m 91.3±14.6 kg/m²; p<0,001) y continuó descendiendo a 12 meses (6m 91.4±15.9 vs 12m 88.2±16.7 kg/m²; p<0,004).

El IMC descendió a 6 meses (IMC B 34.2±3.9 vs 6m 32.9±4.3 kg/m²; p=0,001), se mantuvo a 12 meses (IMC 6m 33.8±4.5 vs 12m 32.6±4.8 kg/m²; p=0,003).

La glicosilada descendió a los 6 meses (B 7.4±1.5 vs 6m 6.7±0.9; p<0,001).

El colesterol total descendió a 6 meses (Colesterol Total B 138±31 vs 6m 128±32 mg/dl; p=0,02) y 12 meses (Colesterol total B 143±35 vs 12m 117±31 mg/dl; p=0,002).

Estando todos los pacientes con dosis 7mg, 1 con 3mg y 3 con 14mg. Efectos secundarios a 6 meses: 1 lo suspendió por mala tolerancia tras pérdida de 3kg peso (se sacó del estudio posterior), 3 clínica digestiva.

La TAS descendió a 12 meses (B 143±19 vs 12m 134±22 mmHg; p=0.02). El LDL descendió a los 12 meses (B 57±27 vs 12m 43±20 mg/dl; p=0.02).

Los triglicéridos descendieron a 12 meses (B 229±162 vs 12m 158±73 mg/dl; p=0,006) No hubo cambios significativos en el filtrado glomerular por CKD-EPI a 6 ni a 12 meses.

Conclusiones: Tras inicio de tratamiento con Semaglutide oral en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica observamos: 1. Descenso del peso e IMC a 6 meses que continúa a 12 meses; 2. Descenso de proteinuria a 6 meses; 3. Descenso de albuminuria, cifras de glicosilada y colesterol a 6 y 12 meses; 4. Descenso de cifras TAS, LDL y Triglicéridos a 12 meses; 5. No hubo cambios en la función renal.

636 INTERVENCIÓN CON EJERCICIO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y ENFERMEDAD RENAL: ESTUDIO EXRED

DR. RAÚL MORALES FEBLES¹, DR. OLAV RIVERO MARTÍN², DR. PATRICIA I. DELGADO MALLÉN³, DR. ROSA MIQUEL RODRÍGUEZ⁴, DR. SERGIO LUIS LIMA⁵, DR. CORIOLANO CRUZ PERERA⁶, DR. SARA ESTUPIÑÁN TORRES⁷, DR. MARIA A. COBO CASO⁸, DR. DOMINGO J. HERNÁNDEZ MARRERO⁹, DR. ESTEBAN PORRINI¹⁰

¹NEFROLOGÍA/MEDICINA INTERNA, DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA/DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA), ⁴UNIDAD DE CROMATOLOGÍA Y ESPECTROMETRÍA DE MASAS LABORATORIO CENTRAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA), ⁵UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Laboratorio de función renal de la Universidad de La Laguna. IP: Esteban Porrini

Introducción: En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) la obesidad y el síndrome metabólico (SM) aceleran la progresión del daño renal. El ejercicio es efectivo para tratar la obesidad y el SM en pacientes sin ERC. Sin embargo, la evidencia en pacientes con ERC es limitada. Por tanto, evaluaremos el efecto del ejercicio en pacientes con ERC, obesidad y SM.

Material y métodos: Estudio exploratorio de intervención en pacientes con ERC establecida, TFG ≥ 30 ml/min, obesidad y SM, tratados con ejercicio durante 6 meses. El programa consistió en 30 minutos de ejercicio aeróbico, 5 veces por semana, con la posibilidad de incrementar hasta 60 minutos y/o combinarlo con ejercicios de fuerza. Paralelamente, se implementó un plan destinado a reforzar la adherencia: llamadas, visitas de seguimiento y registro de la actividad mediante pulsera digital.

Se evaluaron cambios en la TFG medida con iohexol-DBS, en la albuminuria, y en los parámetros metabólicos como peso, triglicéridos, presión arterial, HbA1c, etc. Estas mediciones se realizaron al basal, mes 3 y 6.

Resultados: 40 pacientes (75% hombres), causa ERC: diabetes 25%, glomerulopatías 25%, ADPKD 12.7%, otros 38%. La TFG basal: 58 ± 20 ml/min, cociente albúmina-creatinina: 256 mg/g [38-774]. Según la pérdida de peso (>5%), los pacientes se clasificaron en "respondedores" (n=30) y "no respondedores" (n=10).

En los respondedores observamos una reducción del índice de masa corporal (IMC) de 35 ± 4 a 31 ± 4 kg/m² (p<0.001), triglicéridos (p<0.001), HbA1c (p=0.001), presión arterial sistólica y diastólica (p<0.05, p<0.05) y disminución de la albuminuria de 222 [20-610] a 89 [17-413] mg/g (p<0.05). La TFG se redujo en la mitad de los respondedores de 63 ± 22 a 51 ± 18 ml/min (p<0.001) y se mantuvo estable en la otra mitad. El 24% de los casos disminuyó la dosis o retiró los antihipertensivos.

Los no respondedores no mostraron cambios. La adherencia fue mayor en los respondedores (87 ± 10% vs. 57 ± 25%). No se observaron efectos adversos graves.

Conclusión: El ejercicio es seguro y eficaz en pacientes con ERC, obesidad y SM en términos de descenso de peso, glucemia, dislipidemia, tensión arterial y albuminuria. El efecto sobre la función renal fue heterogéneo: la TFG se redujo en la mitad y se mantuvo estable en la otra mitad. Se necesitan más estudios para valorar el impacto de la reducción de peso con ejercicio en la ERC.

637 TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN EN CONSULTA NEFROLÓGICA: LA ESENCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN NEFROLOGÍA

O. CARMONA LORUSSO¹, R. BERZAL RICO¹, I. SARALEGUI RETA², E. MÁRQUEZ GAMERO³, S. ROMERO LEÓN⁴, M. MORENO AGUILERA⁵, G. ALCALDE BEZHOLD⁶, O. GARCIA URIARTE⁷, A. QUINTANA MARTÍNEZ DE ILARDUYA⁸, S. CAMINO RAMOS⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (ÁLAVA), ²CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (ÁLAVA)

Introducción: Vivir con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) implica desafíos que afectan la calidad de vida del paciente y entorno. La atención integral y los cuidados paliativos son esenciales para mejorar el bienestar del paciente y familia. Este estudio describe nuestra experiencia con la implementación de un programa de manejo conservador en ERCA en colaboración con cuidados paliativos (CP) y atención primaria (AP).

Material y método: Estudio longitudinal y descriptivo en pacientes atendidos en consulta de nefrología entre abril de 2023 y marzo de 2025, enfocado en tratamiento conservador. Se creó una comisión multidisciplinaria con especialistas en nefrología y CP, con reuniones mensuales para discutir casos. Se incluyeron 54 pacientes con ERCA en manejo conservador (38 en consulta y 16 en diálisis), quienes requerían CP por patologías irreversibles y/o decisión del paciente. La atención incluyó extracción analítica domiciliaria, consultas telefónicas y visitas domiciliarias según necesidades, ajustando tratamiento farmacológico en consecuencia. La comunicación con AP, cuidadores y CP fue constante, tanto telefónica como presencial, hasta el fallecimiento de pacientes.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta por 38 hombres y 16 mujeres, con una mediana de edad de 83 años (rango 19.7-86). La enfermedad de base fue diversa: no filiada 33%, nefropatía diabética (20.4%), nefroangioesclerosis (9.3%), nefropatía intersticial crónica (8%) y otras patologías (22.2%). La mediana del índice de Barthel fue 60 [45,86], y filtrado glomerular promedio al inicio fue de 10 ml/min/1,73m² (rango 6.75-15). El 38.9% presentó deterioro cognitivo. El 53.7% tenían dependencia severa y moderada/leve el 19%. En situación en diálisis el 29.6%. El seguimiento paliativo tuvo una mediana de 25.9 semanas. Solo mantuvieron necesidad de ingreso posterior 33 pacientes. Fallecieron 27 pacientes, 20 en domicilio o residencia y 7 en hospital. La colaboración con AP fue prioritaria en 55.6%. Se realizó capacitación para personal de nefrología y se planificó una sesión con videoconferencia con médico AP para mejorar coordinación. Hasta la fecha, el 14.8% de los pacientes cuenta con voluntades anticipadas.

Conclusiones: Es fundamental integrar los cuidados paliativos renales en todos los niveles de atención, comenzando en consulta de ERCA, mediante protocolos que garanticen un cuidado integral. La capacitación de nefrología y CP, además de programas de residencia, es clave para fortalecer esta atención. También es prioritario promover la elaboración de voluntades anticipadas, para respetar decisiones de los pacientes en su final de vida y mejorar calidad de atención.

638 DIETA ERCA Y AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 ¿UNA COMBINACIÓN SEGURA?

Y. RUIZ DURÁN¹, L. CRAVER HOSPITAL¹, P. CHANG MACCHIU¹, K. MEMBREÑO BLANDON¹, M. TORRES TORRADEFLOT¹, J. DEL CARPIO SALAS¹, A. VALLEJOS NÚÑEZ¹, M. MARTÍN CONDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA)

Introducción: En la enfermedad renal crónica se sugiere mantener una ingesta proteica de 0.8g/Kg/día. Los fármacos agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) reducen peso y han demostrado efectos nefroprotectores. Sin embargo, se desconoce su impacto en la composición corporal en estadios avanzados de la enfermedad renal (ERCA).

Objetivo: Evaluar el efecto de los arGLP-1 sobre la composición corporal en pacientes ERCA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes ERCA que recibieron tratamiento con arGLP-1 durante el primer año de seguimiento en consulta. Se incluyeron 23 pacientes diabéticos tipo 2. Se evaluaron parámetros bioquímicos en sangre/orina y mediante bioimpedancia la composición corporal.

Resultados: En el grupo estudiado: 65% varones. Edad media: 75±8.9 años (42-86). Al inicio: Peso corporal 86,9±12.7 kg, índice masa corporal (IMC) 33,6±3.9. Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI): 24.1±5.6 ml/min/1,73m². Albumina: 4.06±0.25 g/dl; Prealbúmina 0.29±0.05 g/L.

Al año de seguimiento: Sin cambios significativos en el eFG, ningún paciente precisó inicio de terapia renal sustitutiva. Encontramos una pérdida significativa de peso (4±7kg; p<0,006) y del IMC (1,8±2,7; p<0,004); a nivel analítico un descenso significativo de la albúmina (0,10±0,19g/dl; p=0,016) y prealbúmina (0,02±0,06g/L; p=0,046). En la bioimpedancia se objetivó una reducción del AGV (9,8±26,2cm³) y del % grasa corporal (1,27±3,26) aunque sin alcanzar significación estadística pero un descenso de la MME (0,29±0,5 Kg; p<0,024) y un aumento de la relación AEC/ACT (0,0034±0,0031; p<0,000) ambos significativos.

Dos pacientes presentaron efectos gastrointestinales, uno de ellos suspendió el tratamiento por persistencia de síntomas.

Conclusiones: La experiencia en esta cohorte sugiere que el uso de arGLP-1 en ERCA fue bien tolerado y no comprometió la función renal. Observamos una pérdida de peso y de la grasa visceral acompañada de una reducción significativa de la masa muscular. Estos datos subrayan la importancia de promover la actividad física y un seguimiento nutricional adecuado en estos pacientes. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

639 EVALUACIÓN DEL CAMBIO A FINERENONA DESDE UN ANTAGONISTA DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE: UNA EXPERIENCIA CLÍNICA EN NEFROPATÍA DIABÉTICA

L. GARCÍA GARCÍA¹, M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, PA. NOVA MONTOYA¹, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, JE. PASACHE CHONG¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, M. SERRANO SOTO¹, L. MARTÍN PENAGOS¹, G. FERNÁNDEZ FRESNEDO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER/ESPAÑA)
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una complicación frecuente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Finerenona es un nuevo antagonista mineralocorticoide (AM) no esteroideo oral indicado en pacientes con ERC por DM2 con albuminuria a pesar del bloqueo del sistema renina angiotensina.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los pacientes con ERC y DM2 con prescripción de finerenona desde junio de 2024 hasta febrero de 2025, con al menos una revisión posterior, y que previamente recibían tratamiento con un AM (espironolactona). Excluimos transplantados renales y aquellos sin tratamiento previo con AM.

Resultados: Incluimos 19 pacientes, con características reflejadas en la tabla 1. El 89,48% presentaban un cociente de albuminuria/creatinuria (CACu) > 300 mg/g. Se inició el tratamiento con una dosis de 10mg en 18 pacientes (94,74%) y en uno con 20mg. La primera revisión tras el inicio tuvo una mediana de días de 33 [28-40].

La mediana del filtrado glomerular estimado por CKDEPI (FGe) fue 43 [31,50-62] y 36 [29-58] ml/min/1,73m² respectivamente, con una diferencia porcentual de -9,68% [-20,97 - -0,86]. En los 5 pacientes que disponemos de CACu, observamos un descenso de 1248,90 mg/g [513,60-1380,20] a 1118,8 mg/g [340,40-1130,20]. La mediana y rango intercuartílico de potasio en la primera visita fue 4,6 mEq/L [4,2- 4,85] y en la revisión al mes 4,8 mEq/L [4,7-5,15].

Ninguno de los pacientes tuvo que suspender o reducir la dosis del fármaco. Un único paciente presentó hiperpotasemia leve, resolviéndose con la reducción del antagonista del receptor de la angiotensina que tomaba. Ninguno presentó intolerancia, alergia, hipotensión ni hospitalización secundaria al tratamiento.

Conclusión: Finerenona es un fármaco seguro en su cambio por otro AM, bien tolerado, con un efecto antiproteinúrico mayor al primer mes, objetivándose un leve deterioro de la función renal que no ha obligado a suspender el fármaco. No hemos objetivado efectos adversos graves.

Tabla 1. Características de la muestra de pacientes que iniciaron Finerenona habiendo recibido previamente un antagonista del receptor mineralocorticoide.

Variable	Valor
Datos de la muestra (n=19)	
Sexo varón (%)	78,9
Edad en años, mediana (IC)	73 (68,49 - 77,7)
Fisiología (%)	
Diabetes mellitus tipo 2	100
Hipertensión arterial	100
Dislipemia	26,32
Talipatrasmo actual	87,80
Talipatrasmo previo	21,05
Evento cardiovascular mayor	63,16
Obesidad	26,32
*Índice de masa corporal (IMC), mediana (IC)	30,68 (27,86 - 33,84)
Fármacos utilizados (%)	
Diuréticos	42,10
ISRA	89,47
ISGLT2	89,47
ACEI/AII	42,10
Insulina	31,58
Quilómetros de uso	28,37
Traslado	42,10
Estadío de enfermedad renal crónica (%)	
2A2	5,26
2A3	26,32
3A2	10,53
3A3	10,53
3A3	36,84
4A3	10,53

ACEI/AII: Agente del péptido angiotensino II generador 1. ISRA: Bisoprolol del Sistema Renina Angiotensina. ISGLT2: Inhibidor del Cotransportador Sodio Glucosa 2. RIG: Rango Interquartílico.

640 PREDICCIÓN DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA Y MORTALIDAD EN ERCA: COMPARACIÓN ENTRE KFRE Y KD PREDICT EN UN CENTRO ESPAÑOL

LP. GOMEZ ACOSTA¹, MG. BRAVO MALDONADO¹, EJ. ROMERO ZALDUMBIDE¹, G. ESTEFAN KASABJI¹, C. MARTÍNEZ ROSERO¹, B. DE LEÓN GÓMEZ¹, E. MONFÁ GUIX¹, C. LUCAS ÁLVAREZ¹, A. SASTRE LÓPEZ¹, M. PRIETO VELASCO¹

NEFROLOGÍA. COMPLEJOASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un desafío clínico por su alta carga de comorbilidad y el riesgo de progresión a terapia renal sustitutiva (TRS) o fallecimiento. Herramientas predictivas como el Kidney Failure Risk Equation (KFRE) y KD Predict permiten estimar estos desenlaces y facilitar la toma de decisiones oportunas.

Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de las calculadoras KFRE y KD Predict sobre el inicio de TRS y mortalidad en pacientes con ERCA.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 237 pacientes ≥18 años con ERCA (FG estimado Se analizaron variables demográficas, funcionales y pronósticas mediante el programa SPSS, Se aplicó t de Student para datos independientes y pruebas de significancia (p<0.05).

Resultados: La media de edad fue de 81.1 años (DE 12.25), 60.8% mujeres. La principal etiología de ERC fue la vascular (43.5%). Durante el seguimiento el 10.7% iniciaron TRS y el 27.7% fallecieron principalmente por causas cardiovasculares (26.6%). La predicción de muerte con KFRE y KD predict a los 2 años no fue estadísticamente significativa, en el inicio TRS KD predict fue estadísticamente significativo a los 5 años, KFRE lo fue en ambos intervalos.

Conclusión: KFRE y KD Predict demostraron ser herramientas equivalentes, útiles para anticipar el inicio de TRS, especialmente en planificación terapéutica a largo plazo (5 años), KFRE mostró mayor precisión en la predicción de mortalidad a largo plazo, respecto a KD predict, Su aplicación podría optimizar la planificación terapéutica individualizada.

Tabla 1. Resultados principales de predicción.

Herramienta	Evento	% Predicción	Significancia (p)
KFRE 2 años	Inicio TRS	84%	0.049
KFRE 5 años	Muerte	72.3%	0.048
KD Predict 2 años	Muerte	49.2%	0.014
KD Predict 5 años	Inicio TRS	88%	0.035

641 NT PROBNP EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA)

L. BUENO MENA-BERNAL¹, A. CIDONCHA MURILLO¹, I. CÁRDENAS CONCEJERO¹, P. RECIO CASERO¹, M. ACEVEDO RIBÓ¹, FJ. TORO PRIETO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: En la ERCA las concentraciones de NT-proBNP y pro-BNP son generalmente más altas. El mecanismo no está claro, ya sea por disminución de su aclaramiento o por sobrecarga crónica de volumen, resulta necesario explorar más datos sobre la posible implicación del pro-BNP en el manejo clínico de los pacientes con enfermedad renal y conocer valores con posible significación patológica.

Objetivo: Determinar con qué valores de NT-proBNP inician los pacientes seguimiento en consulta ERCA y su correlación con comorbilidad cardiovascular, función renal y parámetros de nutrición e inflamación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 381 pacientes que inician seguimiento en consultas de ERCA durante un año con ERC estadio G4 y G5 no en diálisis. Se recogen datos demográficos, comorbilidad, etiología enfermedad renal, datos ecocardiográficos (FEVI, disfunción sistólica o diastólica), índice de masa corporal (IMC), uso de diuréticos, iSGLT2, ISRAA y analíticos: NT-ProBNP, CA 125, FGe por CKD-EPI, cociente albumina creatinina en orina (CAC), urea, Ferritina, Albúmina, Proteína C reactiva (PCR), hemoglobina (Hb), hematocrito (Hcto).

Resultados: Se analizaron 381 pacientes cuyos datos basales muestran en la tabla 1.

NT-ProBNP se correlaciona con la presencia de fibrilación auricular y disfunción diastólica, uso de diuréticos y dosis, edad, función renal, CA 125, Hb, ferritina, PCR, albumina, urea y edad 42% de los pacientes fueron clasificados como frágiles o pre-frágiles según el test FRAIL. Los pacientes con mayores valores de proBNP tienden a tener mayor fragilidad y peor función renal.

Conclusiones: Los valores de NT-ProBNP se elevan de forma significativa a medida que la función renal disminuye y podría estar en relación con la desnutrición e inflamación. Se precisan de más estudios para establecer puntos de corte óptimos que nos ayuden a optimizar el tratamiento sobre la sobrecarga de volumen en esta población.

642 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN NUESTROS PACIENTES DE LA UNIDAD ERCA: ¿QUÉ CONDICIONA LA ELECCIÓN DE TRS?

A. LÓPEZ DE LA TORRE MOLINA¹, M. ALMENARA TEJEDERAS¹, C. DUJAT DES ALLIMES PUYOL¹, W. AGUILERA MORALES¹, M. CINTRA CABRERA¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Con evidencia científica limitada, se reportan en la literatura diferencias de género en cuanto a prevalencia, evolución tratamiento y resultados clínicos en ERC. Se postulan factores biológicos y elementos socioculturales como determinantes de estas diferencias.

Objetivo: Analizar el impacto de género en la población de nuestra unidad ERCA (UERCA).

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó todos los pacientes atendidos en UERCA, entre junio-2023 y diciembre-2024. Seguimiento desde el inicio en UERCA hasta el 31-diciembre-2024 o exitus.

Analizamos variables demográficas, clínicas y socioeconómicas extraídas automáticamente de una aplicación tecnológica utilizada en práctica clínica. Los datos los analizamos de manera estratificada según el género, incluyendo análisis de supervivencia.

Resultados: Total de 917 pacientes con una media de edad de 73 años (±12 DE). 487 eran hombres (53.1%). El análisis detallado se muestra en tabla. Salidas: 160 pacientes. 44 recuperan función renal (38.6% mujeres); 36 tratamiento conservador (58% mujeres); 29 HD (27.5% mujeres); 16 DP (50% mujeres); 7 Trasplante anticipado (85% mujeres); 49 exitus (34.6% mujeres).

La curva de Kaplan Meier muestra diferencias significativas favorable para las mujeres en cuanto a la supervivencia durante el seguimiento (Log Rank 0.02). (Gráfico)

Conclusiones:

- Las mujeres seguidas en UERCA presentan mayor edad, menor comorbilidad y menor nivel educativo sin apreciar diferencias sociales ni familiares.
- No existen diferencias de género en cuanto a filtrado glomerular y grado de proteinuria en el momento de remisión a la UERCA, sin embargo, las mujeres tienen mayor periodo de seguimiento que podría justificarse por la mayor mortalidad masculina.
- En los incidentes en TRS, el sexo femenino predominó en tratamiento conservador y trasplante anticipado, mientras en los hombres predominó la HD. No existen diferencias en DP.

Ver tabla y figura

Enfermedad renal crónica - Progresión de la IRC

643 EFECTO A CORTO PLAZO DE LA FINERENONA SOBRE LA ALBUMINURIA Y LOS NIVELES DE POTASIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: ANÁLISIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. GUERRERO FERNÁNDEZ¹, A. ÁLVAREZ LÓPEZ¹, J. VILLA RINCÓN¹, E. LUNA HUERTA¹, JA. RODRÍGUEZ SABILLÓN¹, E. MATALLANA ENCINAS¹, L. MARTÍN JIMÉNEZ¹, JM. ROMERO LEÓN¹, T. GIRALDO RUA¹, NR. ROBLES PÉREZ MONTEOLIVA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ / ESPAÑA)

Antecedentes y objetivos: Finerenona es un nuevo medicamento antagonista de los receptores de mineralocorticoides no esteroideos altamente selectivo que, a diferencia de los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides no selectivos (ARM), podría reducir directamente la inflamación y la fibrosis, aportando un valor añadido en el tratamiento de los pacientes afectados de diabetes mellitus tipo 2 con enfermedad renal crónica.

Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de añadir finerenona oral al tratamiento de 169 pacientes afectados de diabetes mellitus tipo 2 con albuminuria y diversos grados de TFGe. Así como evaluar un subgrupo de pacientes que cambiaron de ARM no selectivos a finerenona debido a hiperpotasemias previas.

Método: Se realizó un seguimiento entre 1 y 6 meses, controlando la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) mediante la fórmula CKD-EPI, los niveles séricos de potasio (K), la albuminuria (medida en una muestra de orina de 24 horas o mediante el cociente albúmina/creatinina).

Resultados: Se recogieron datos de un total de 169 pacientes. Al cabo de un mes, se disponía de datos de 99 pacientes, en los que se observó un descenso inicial del FGe del 9,1%, que luego se mantenía estable al tercer mes e incluso al sexto mes se notaba una mejoría respecto al inicial del 6,6% (n=57). En cuanto a los niveles séricos de potasio, se observó un ligero aumento al cabo de un mes, con un incremento de +0,15 mg/dl, permaneciendo estables en los meses siguientes. En cuanto al subgrupo de pacientes tratados previamente con ARM no selectivos, se observó que presentaban inicialmente niveles séricos de potasio más elevados (4,61 frente a 5,05). Tras el cambio a finerenona, se igualaron los valores de K en ambos grupos al mes (4,88 vs 4,87).

En cuanto al control de la albuminuria, observamos que los tratados previamente con ARM no selectivos mostraron un repunte de la albuminuria un mes después de iniciar el tratamiento.

Conclusiones: El inicio del fármaco produjo un ligero aumento del potasio sérico y una disminución de la albuminuria sin repercusión negativa en el FGe a los 6 meses. Respecto a la comparación con los ARM no selectivos producen menos elevación del K sérico, sin embargo tienen un menor efecto antoproteinúrico, lo cual puede deberse a que todavía no se había alcanzado la dosis plena del medicamento.