P-175

DIABETES TIPO 2 Y ALBUMINURIA PERSISTENTE CON FILTRADO GLOMERULAR CONSERVADO: UN RETO DE NEFROPROTECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Jackelin Arizai Figueroa Peralta[1], Virginia Vesga Villaverde[1], Julia Miranda Manzano[1]

[1] *Centro de Salud de Tordesillas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad grado I (93 kg, 164 cm; IMC 34,6 kg/m^2) y cardiopatía isquémica crónica estable. Presentaba albuminuria documentada desde al menos 2021, sin síntomas urinarios, hematuria significativa ni edemas. El fondo de ojo de 2024 no mostró retinopatía diabética. Recibía metformina/linagliptina, semaglutida oral 14 mg/día y tratamiento antihipertensivo con valsartán/hidroclorotiazida. En noviembre de 2025 se añadió finerenona 20 mg/día ante la persistencia de albuminuria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración cardiopulmonar fue normal y no presentaba edemas. La función renal permanecía conservada, con creatinina entre 0,6-0,8 mg/dL y FG estimado ≥90 mL/min/1,73 m^2. El cociente albúmina/creatinina urinario mostró valores persistentemente elevados: 155,1 → 229,2 → 309,9 mg/g. En enero de 2026 presentaba HbA1c 6,9%, creatinina 0,7 mg/dL, FG ≥90 mL/min/1,73 m^2 y potasio 4,9 mEq/L. El sedimento urinario no mostró hematuria significativa y el estudio inmunológico fue negativo/normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Los hallazgos son compatibles con enfermedad renal crónica G1 con albuminuria persistente A2-A3, en el contexto de DM2, HTA, obesidad y enfermedad cardiovascular. El caso evidencia afectación renal precoz, manifestada por albuminuria mientras el FG permanece conservado. La ausencia de retinopatía diabética no excluye enfermedad renal relacionada con la diabetes. La etiología se considera probablemente metabólica/multifactorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron enfermedad renal diabética, nefropatía hipertensiva, enfermedad glomerular primaria y otras causas secundarias de albuminuria. La ausencia de hematuria significativa, la estabilidad del FG y el estudio inmunológico sin alteraciones relevantes disminuyeron la sospecha de una glomerulopatía inflamatoria.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Un FG normal no descarta enfermedad renal en la DM2. La albuminuria persistente puede ser el primer marcador de daño renal y de aumento del riesgo cardiorrenal. La determinación periódica del cociente albúmina/creatinina desde Atención Primaria permite detectar precozmente la ERC y realizar una valoración longitudinal del riesgo.

El seguimiento debe integrar presión arterial, control metabólico, peso, riesgo cardiovascular, FG, albuminuria y potasio. La persistencia de albuminuria plantea la necesidad de reevaluar periódicamente las estrategias nefroprotectoras disponibles y su adecuación individual.

La detección de albuminuria cuando el FG todavía está conservado constituye una oportunidad para intervenir precozmente sobre el riesgo renal y cardiovascular desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S246-S260.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.
3. Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, et al. Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2020;383:2219-2229.
4. Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2021;385:2252-2263.

CÓMO CITAR

Figueroa Peralta JA, Vesga Villaverde V, Miranda Manzano J. DIABETES TIPO 2 Y ALBUMINURIA PERSISTENTE CON FILTRADO GLOMERULAR CONSERVADO: UN RETO DE NEFROPROTECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):160-161. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4