



MEDICINA CARDIOMETABÓLICA

www.medicinacardiometabolica.com



EN ESTE NÚMERO

Eficacia y seguridad de finerenona según la fracción de eyección en insuficiencia cardíaca (FINEARTS-HF)

Nutrición enteral en adultos hospitalizados

Inicio, secuenciación y titulación de tratamiento médico en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida de reciente diagnóstico (TITRATE-HF)

Algoritmo práctico de manejo de la presión arterial según la guía ESC 2024

Guía de práctica clínica mexicana para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos

La muerte del Papa Francisco y sus resonancias en la medicina contemporánea

El fallecimiento del Papa Francisco el 21 de abril de 2025, debido a un ictus cerebral y un colapso cardiocirculatorio, representa no solo el cierre de un pontificado, sino también una oportunidad para reflexionar sobre el sentido de la vida, la enfermedad y la muerte desde una perspectiva médica y humanista. Su decisión de morir en su residencia, sin medidas invasivas ni hospitalización, expresa un acto de autonomía y dignidad que interpela directamente al ejercicio de la medicina contemporánea, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas avanzadas.

La imagen del Papa como “corazón de la Iglesia” permite trazar un paralelismo con la función vital del corazón humano, símbolo de cuidado, compasión y centralidad. Su trayectoria clínica —envejecimiento progresivo, convalecencia reciente por neumonía, fragilidad acumulada— refleja el recorrido de muchos pacientes con patologías cardiometabólicas. En lugar de recurrir a intervenciones agresivas, eligió una muerte serena, coherente con sus valores, recordándonos que no siempre prolongar la vida significa mejorarla.

Su partida también generó un impacto emocional global, cuya resonancia no es solo simbólica. El duelo colectivo puede traducirse en alteraciones del estado de ánimo, del sueño y del control metabólico en personas con enfermedades crónicas. En ese sentido, la salud pública debe reconocer el valor clínico de los eventos sociales y su influencia en los determinantes emocionales y fisiológicos de la salud.

Francisco, sin ser médico, defendió con convicción la centralidad de la persona, el respeto a la dignidad en el sufrimiento y la urgencia de atender a los más vulnerables. Su legado coincide con los principios de una medicina centrada en la persona: compasiva, ética, consciente de los límites y de la trascendencia del acto de cuidar. Su muerte es, en ese sentido, una invitación a practicar una medicina más humana, que no tema acompañar el final de la vida con respeto, presencia y sentido.

DE-ESCALADO DE TERAPIA ANTIPLAQUETARIA DUAL A MONOTERAPIA CON TICAGRELOR EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antecedentes

La terapia antiplaquetaria dual (DAPT) con aspirina y un inhibidor del receptor P2Y12 es estándar tras la colocación de stents farmacoactivos (DES) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, su uso prolongado conlleva mayor riesgo de sangrado. Este metaanálisis de datos individuales (IPD-MA) evalúa la seguridad y eficacia de desescalar DAPT a monoterapia con ticagrelor.

Métodos

Se incluyeron tres ensayos clínicos aleatorizados con 9130 pacientes con SCA tratados con DES: **TICO**, **T-PASS** y **ULTIMATE-DAPT**. Se comparó la estrategia de monoterapia con ticagrelor tras ≤3 meses de DAPT, frente a DAPT estándar con ticagrelor y aspirina por 12 meses. Los desenlaces coprimarios fueron eventos isquémicos (mortalidad, infarto espontáneo o ictus) y sangrados mayores (BARC tipo 3 o 5).

Resultados

- Eventos isquémicos: no hubo diferencias significativas entre grupos (1.7 % vs. 2.1 %; HR 0.85; IC 95 %, 0.63–1.16).
- Sangrado mayor: fue significativamente menor en el grupo de monoterapia (0.8 % vs. 2.5 %; HR 0.30; IC 95 %, 0.21–0.45).
- Eventos adversos clínicos netos: menor en el grupo de monoterapia (2.3 % vs. 4.2 %; HR 0.56; IC 95 %, 0.44–0.72). Los beneficios en sangrado se observaron de forma consistente en todos los subgrupos, incluyendo pacientes con STEMI, NSTEMI y angina inestable.

Table 2. Clinical End Points*

Clinical End Points	Ticagrelor Monotherapy (n = 4562), n (%)	Standard DAPT (n = 4568), n (%)	HR (95% CI)
Primary end points			
Ischemic end point (composite of death, nonprocedural MI, or stroke)	75 (1.7)	88 (2.1)	0.85 (0.63–1.16)
Bleeding end point (BARC types 3 or 5 bleeding)	33 (0.8)	108 (2.5)	0.30 (0.21–0.45)

Conclusiones

En pacientes con SCA sometidos a intervención coronaria percutánea con DES, la estrategia de desescalar DAPT a monoterapia con ticagrelor reduce significativamente el riesgo de sangrado mayor sin aumentar los eventos isquémicos, independientemente del tipo de SCA. Esta evidencia apoya la monoterapia con ticagrelor como alternativa segura tras una fase corta de DAPT.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE FINERENONA SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA (FINEARTS-HF)

Antecedentes

Los efectos del tratamiento en la insuficiencia cardíaca (IC) pueden variar según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). El ensayo FINEARTS-HF demostró que la finerenona reduce eventos adversos en IC con FEVI conservada o levemente reducida. Este análisis evaluó la consistencia del efecto de finerenona según el espectro de FEVI.

Métodos

- Ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.
- Se incluyeron 6001 pacientes con IC sintomática, FEVI ≥40 %, evidencia de cardiopatía estructural y niveles elevados de NT-proBNP.
- FEVI analizada en tres categorías: <50 %, 50–59 %, y ≥60 %, y también como variable continua.
- Desenlace primario: combinación de muerte cardiovascular y eventos de IC (primeros y recurrentes).

Resultados

- Finerenona redujo el riesgo de desenlace primario de manera consistente en todos los rangos de FEVI:
 - FEVI <50 %: RR ajustado 0.83 (IC 95 %: 0.68–1.02)
 - FEVI 50–59 %: RR ajustado 0.76 (IC 95 %: 0.62–0.92)
 - FEVI ≥60 %: RR ajustado 0.82 (IC 95 %: 0.61–1.10)
 - No hubo interacción significativa (P_interacción = 0.30).
- No se modificó el beneficio al analizar FEVI como variable continua.
- La finerenona también mostró beneficios en síntomas (mejoría del KCCQ) y eventos de IC, sin diferencias relevantes en seguridad según FEVI.

Results: Finerenone vs. placebo in adults with HF and LVEF ≥40%

Outcome	LVEF subgroups (n)	Events/100 patient-y		Rate ratio (95% CI)	Interaction
		Finerenone	Placebo		
CV death and total worsening HF events‡	All (6001)§	15	18	0.84 (0.74 to 0.95)	
	LVEF <50% (2172)	16	19	0.84 (0.68 to 1.03)	
	LVEF ≥50% to <60% (2674)	15	18	0.80 (0.66 to 0.97)	P = 0.70
	LVEF ≥60% (1147)	14	15	0.94 (0.70 to 1.25)	

Finerenone vs. placebo did not differ for serious adverse events in any LVEF subgroup: LVEF <50%, 35% vs. 37%; LVEF ≥50% to <60%, 40% vs. 42%; LVEF ≥60%, 42% vs. 45%; P for interaction = 0.87.

Conclusiones

Finerenona reduce el riesgo de muerte cardiovascular y eventos de IC en pacientes con insuficiencia cardíaca y FEVI ≥40 %, sin importar el valor específico de FEVI. Estos hallazgos apoyan su uso como tratamiento de base en IC con fracción de eyección levemente reducida (HFmrEF) o preservada (HFpEF).

NUTRICIÓN ENTERAL EN ADULTOS HOSPITALIZADOS

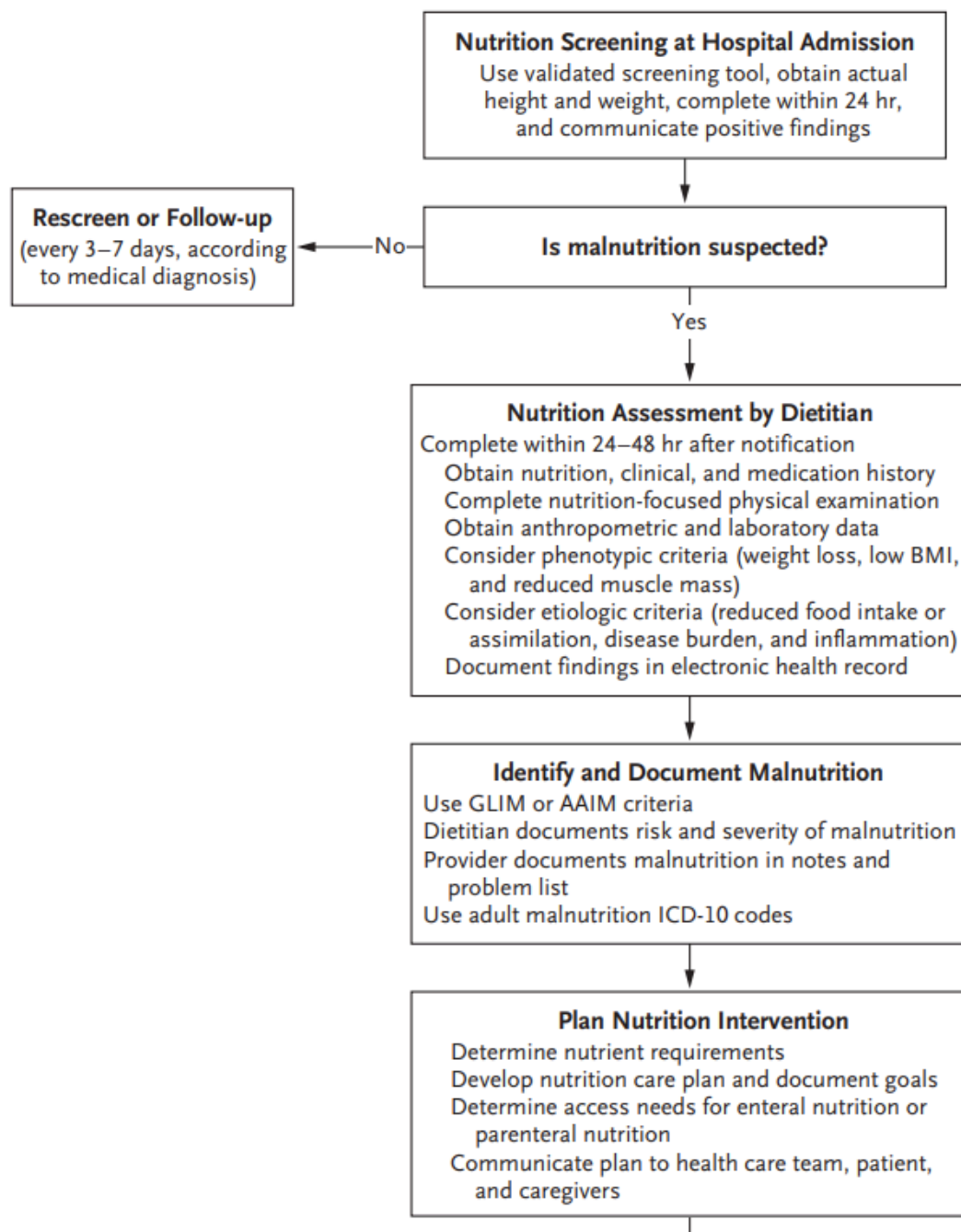
La nutrición enteral (NE) consiste en la administración de nutrientes a través de una sonda digestiva, indicada en pacientes hospitalizados con malnutrición relacionada a enfermedad que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales por vía oral. Esta revisión integra la evidencia acumulada durante los últimos 15 años en pacientes críticos, quirúrgicos y médicos no críticos, destacando el papel esencial de la NE como parte de la terapia nutricional médica.

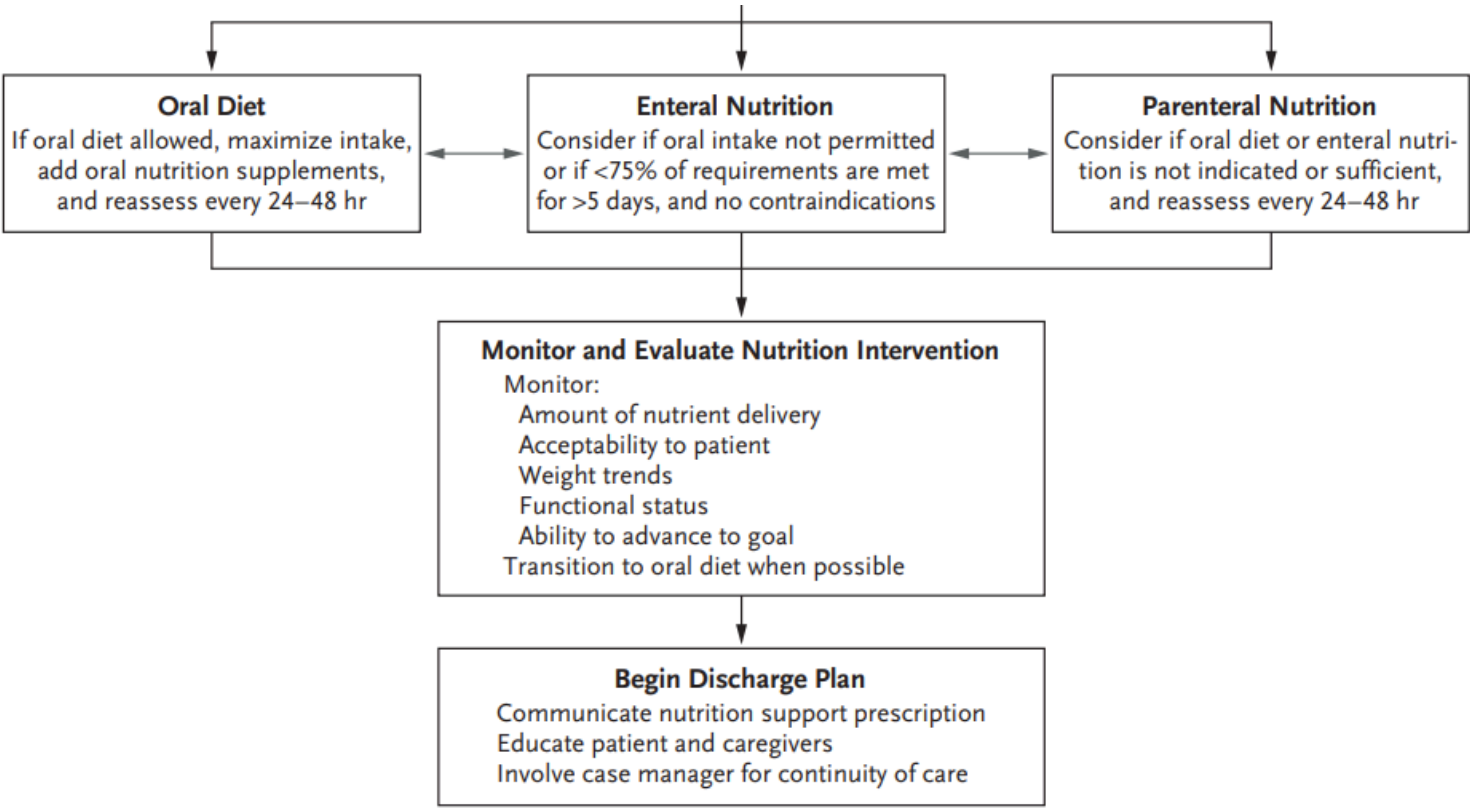
Malnutrición hospitalaria y evaluación nutricional

Entre el 30 y el 45 % de los pacientes hospitalizados presentan malnutrición al ingreso, lo que se asocia a mayor mortalidad, reingresos hospitalarios, estancia prolongada y costos elevados. A pesar de ello, el uso de NE sigue siendo bajo. Se recomienda el tamizaje nutricional al ingreso con herramientas validadas (NRS-2002, GLIM, MUST), seguido de una evaluación formal si se detecta riesgo. La NE está indicada cuando la ingesta oral es menor al 75 % de los requerimientos durante más de cinco días, en ausencia de contraindicaciones.

Evidencia de efectividad

El estudio **EFFORT** mostró que la terapia nutricional individualizada en pacientes con riesgo nutricional disminuyó la mortalidad y los eventos adversos. Metaanálisis recientes confirman que la terapia nutricional (oral y enteral) reduce la mortalidad hospitalaria y los reingresos. La inflamación sistémica es un factor modulador clave de la eficacia del soporte nutricional, como lo evidencia la menor respuesta terapéutica en pacientes con niveles elevados de proteína C reactiva.





Aplicación clínica según contexto

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), la NE se implementa frecuentemente. Estudios como **CALORIES**, **NUTRIREA-2** y **NUTRIREA-3** demostraron que la sobrealimentación temprana no mejora los desenlaces y puede ser perjudicial, por lo que se recomienda una estrategia de hiponutrición (menos del 70 % de requerimientos) durante la fase aguda. En pacientes no críticos, múltiples estudios han evidenciado que la baja ingesta (<70 % de requerimientos) se asocia a mayor riesgo de infecciones, y que el inicio precoz de la NE mejora los desenlaces clínicos, especialmente en contextos postoperatorios y accidentes cerebrovasculares severos.

Table 1. Considerations for the Use of Enteral Nutrition in Clinical Practice Guidelines for Specific Patient Populations.*				
Patient Population and Applicable Organization	Timing	Dose		EN-Specific Recommendations
		Energy	Protein	
Critically ill adults				
ESPEN ^{37,44}	Initiate EN within 48 hr.	Days 1–3, ≤70% goal; days 3–7, 20–25 kcal/kg/day	1.3 g/kg/day	EN use should be delayed in patients with uncontrolled shock. ⁴⁵
ASPEN and SCCM ^{46,47}	Initiate EN within 24–48 hr.	12–25 kcal/kg/day	1.2–2.0 g/kg/day	EN is not preferred over PN. Implement enteral feeding protocols. When EN is not feasible or sufficient in high-risk or poorly nourished patients, start PN early.
Medical patients with multiple coexisting conditions ²¹	In patients with inadequate oral intake, initiate EN early (<48 hr after admission).	27–30 kcal/kg/day	1.2–1.5 g/kg/day (0.8 g/kg/day in patients with impaired kidney function [eGFR <30 ml/min/1.73 m ² of body-surface area])	
Surgical patients ^{48,49}	Use EN or PN if preoperative oral intake <50% of requirements. In perioperative period, use EN if patient unable to eat for >5 days. In postoperative period, use EN if intake <50% of requirements for >7 days.	25–30 kcal/kg/day	1.5 g/kg/day	

Accesos y formulaciones

La elección del acceso enteral depende del tiempo previsto de uso, anatomía gastrointestinal y tolerancia. Se prefiere el acceso nasal en el corto plazo y la gastrostomía o yeyunostomía en el largo plazo. Las formulaciones varían en densidad calórica, contenido de fibra, proteínas y micronutrientes. La administración continua con bomba es la forma más utilizada, con creciente uso de estrategias basadas en volumen para compensar interrupciones por procedimientos.

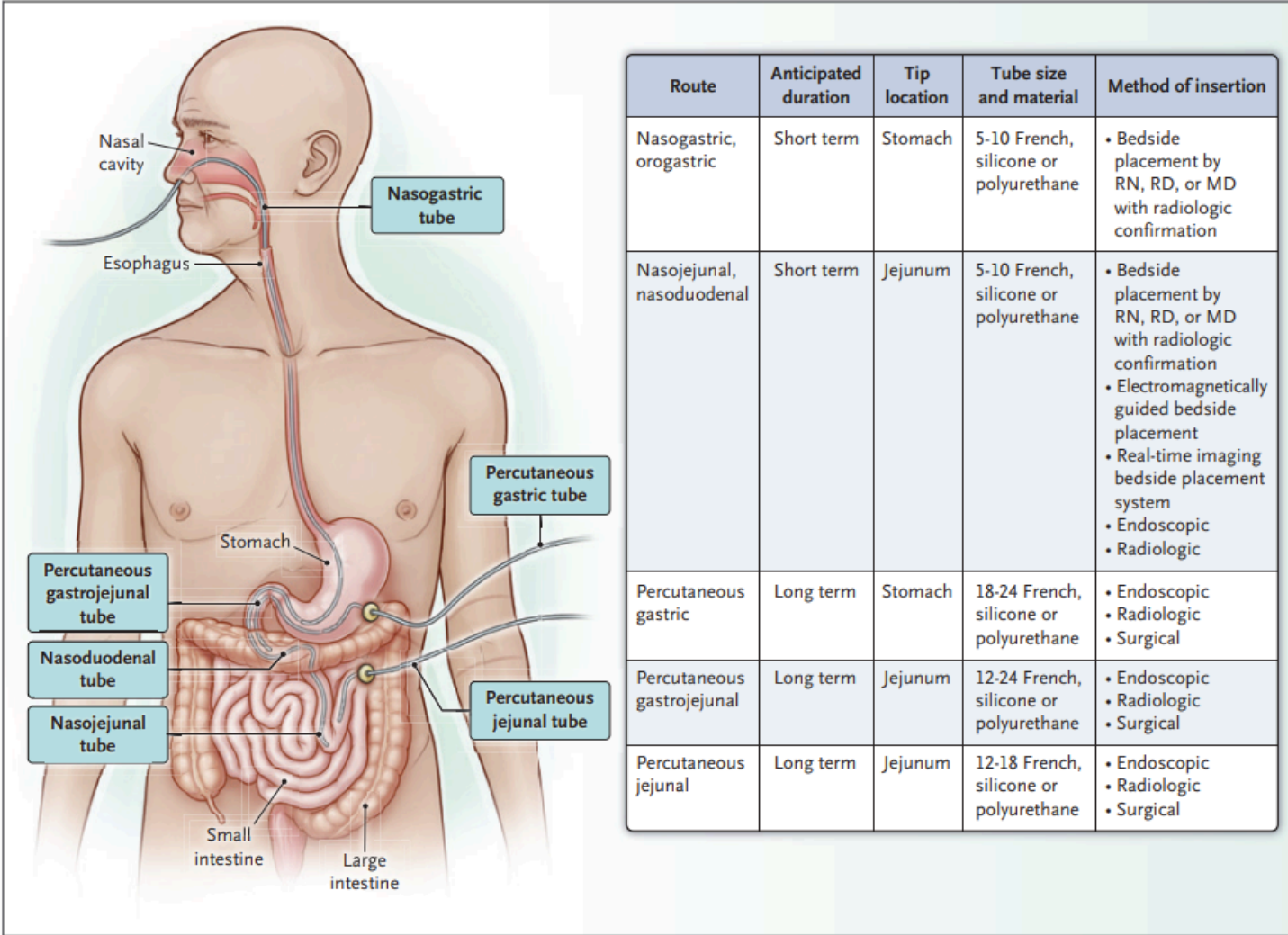


Figure 2. Enteral Access.
Considerations for enteral access include route, duration, tip location, tube size and material, and method of insertion. MD denotes medical doctor, RD registered dietitian, and RN registered nurse.

La nutrición enteral es una estrategia esencial para prevenir y tratar la desnutrición relacionada con la enfermedad en pacientes hospitalizados. Su implementación adecuada, basada en tamizaje sistemático, evaluación clínica y protocolos estandarizados, ha demostrado mejorar la sobrevida, reducir complicaciones y optimizar la recuperación funcional, tanto en pacientes críticos como no críticos.

En cuidados intensivos, la evidencia actual favorece un enfoque de hiponutrición adaptativa durante la fase aguda, evitando los riesgos asociados a la sobrealimentación precoz. En pacientes no críticos, múltiples estudios han validado el beneficio de iniciar soporte nutricional enteral de manera oportuna cuando la ingesta oral es insuficiente, especialmente en contextos posquirúrgicos y enfermedades neurológicas severas.

La elección del tipo de acceso, fórmula, y forma de administración debe individualizarse, considerando la tolerancia, duración esperada del soporte y las metas clínicas. El éxito de la intervención requiere un enfoque interdisciplinario, seguimiento continuo y respeto por los valores del paciente. Persisten vacíos de conocimiento, particularmente en la fase de recuperación post-crítica y en la definición precisa de requerimientos proteico-energéticos personalizados. Superar estos desafíos implica consolidar la nutrición clínica como un componente transversal del cuidado hospitalario de calidad.

NUTRITION IN MEDICINE

Enteral Nutrition in Hospitalized Adults

Leah Gramlich, M.D.,¹ and Peggi Guenter, Ph.D., R.N.²

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr2406954>

Newly diagnosed heart failure with reduced ejection fraction: timing, sequencing, and titration of guideline-recommended medical therapy

INICIO, SECUENCIACIÓN Y TITULACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO (TITRATE-HF)

Antecedentes

Las guías actuales recomiendan iniciar y titular rápidamente las terapias farmacológicas recomendadas (GRMT) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER). Sin embargo, su aplicabilidad en práctica clínica real aún no está bien documentada. Este estudio analiza la implementación de GRMT en pacientes con diagnóstico reciente (de novo) de ICFER dentro del registro prospectivo TITRATE-HF en 48 hospitales de los Países Bajos.

Métodos

Se evaluaron 1508 pacientes con ICFER de reciente diagnóstico. Se registraron iniciación, ajustes, discontinuaciones y razones para cambios en el tratamiento con GRMT (RASi, BB, ARM, iSGLT2) desde el diagnóstico hasta los 6 meses.

Resultados principales

- Al cabo de 6 semanas, 46 % de los pacientes habían recibido terapia cuádruple (RASi, BB, ARM, iSGLT2), aumentando a 66.3 % a los 6 meses.
- Sin embargo, solo 1.3 % alcanzó las dosis objetivo de las cuatro clases a los 6 meses.
- Las principales barreras fueron efectos adversos (20–37 %) y aceptación de dosis subóptimas por parte de los médicos.
- La iniciación simultánea de múltiples clases fue común: el 74 % recibió ≥ 2 clases dentro de las primeras 6 semanas.
- A pesar de estas estrategias, no hubo diferencias significativas en mortalidad ni hospitalizaciones entre quienes lograron o no terapia cuádruple a las 6 semanas.
- La mayoría de discontinuaciones fueron por hipotensión (RASi, BB), hiperpotasemia (ARM) y disfunción renal. No obstante, más del 80 % toleraron un reintento posterior.

Conclusiones

La implementación temprana de GRMT en ICFER de reciente diagnóstico es factible, pero alcanzar las dosis objetivo sigue siendo poco común. El estudio subraya la importancia de las primeras semanas post-diagnóstico como ventana crítica para optimizar el tratamiento, así como la necesidad de una titulación activa y continua más allá de los primeros meses.

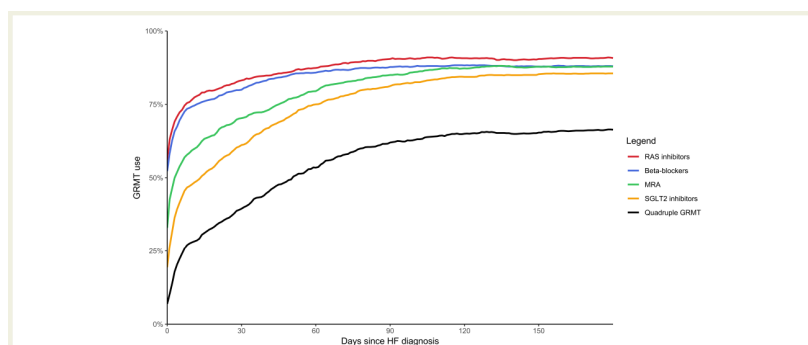
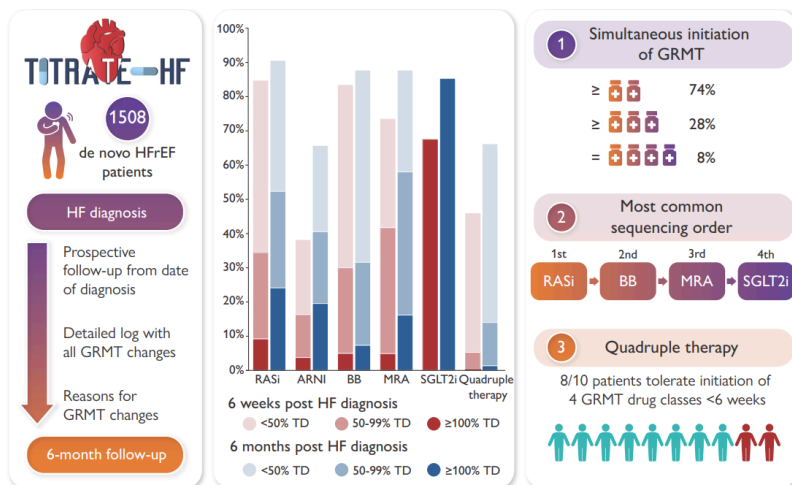


Figure 2 GRMT prescription rates from diagnosis until 6-month follow-up. GRMT, guideline-recommended medical therapy; RAS, renin-angiotensin system; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; HF, heart failure

Table 3 Reasons for not reaching target dose at 6 month follow-up moment

		ACEi	ARB	ARNI	BB	MRA	SGLT2i
Reasons for not reaching target dose	Still in titration process	31 (19%)	35 (26%)	143 (22%)	165 (15%)	148 (14%)	0 (0%)
	Side effects/intolerances	61 (37%)	27 (20%)	229 (35%)	347 (31%)	311 (30%)	1 (20%)
	Request of patient/malcompliance	1 (1%)	4 (3%)	10 (2%)	20 (2%)	17 (2%)	1 (20%)
	Acceptance of suboptimal dose by health care provider	61 (37%)	62 (46%)	225 (35%)	532 (47%)	480 (47%)	0 (0%)
	Unknown reasons	11 (7%)	7 (5%)	40 (6%)	73 (6%)	68 (7%)	3 (60%)

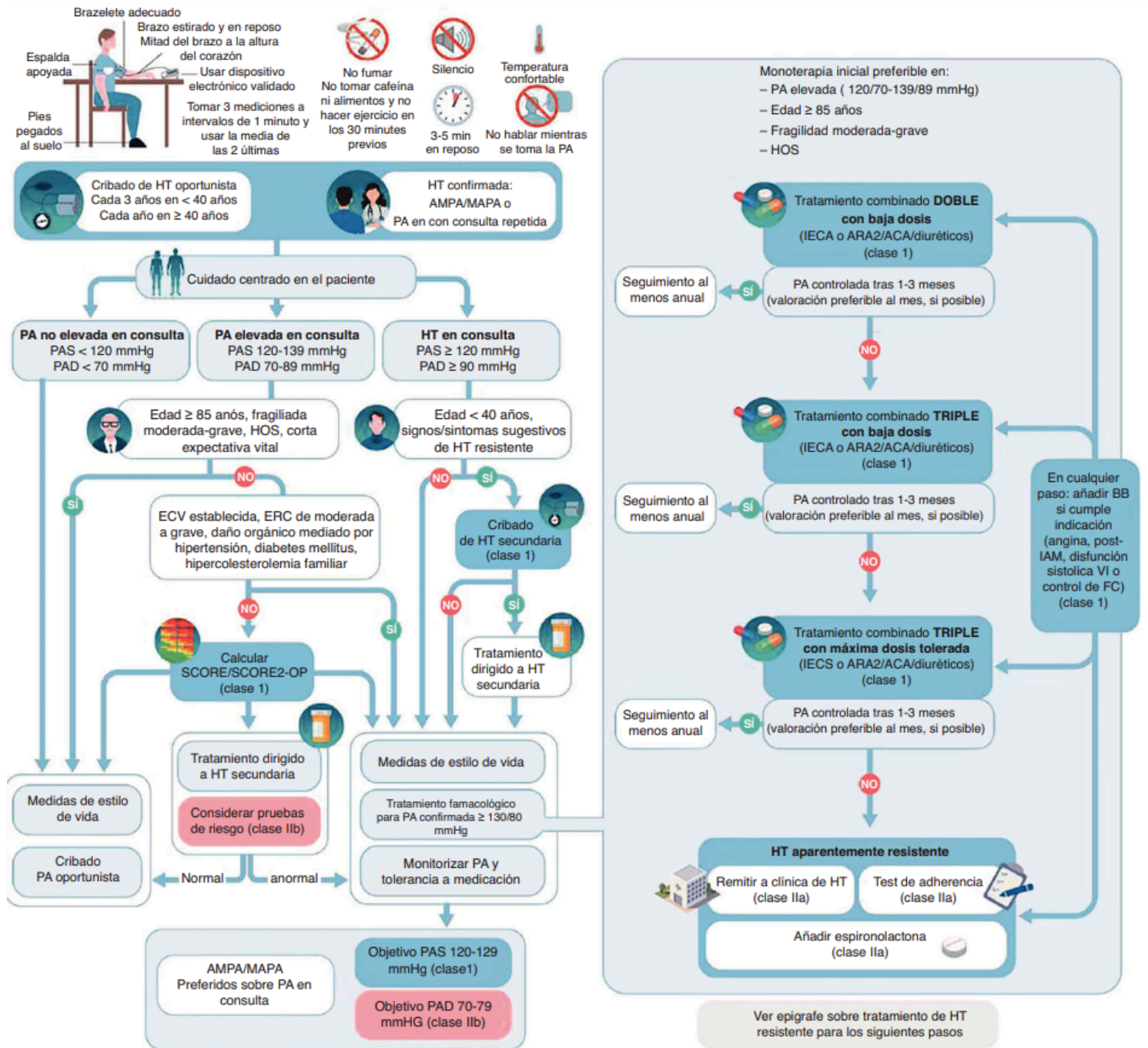
ACEi, angiotensin converting enzyme inhibitors; ARB, angiotensin receptor blockers; ARNI, angiotensin receptor-neprilysin inhibitors; BB, beta-blockers; MRA, mineralocorticoid receptor antagonists; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors.



Newly diagnosed heart failure with reduced ejection fraction: timing,...

AbstractBackground and Aims. Despite guidelines recommending rapid initiation and up-titration of...

OUP Academic



Algoritmo práctico de manejo de la presión arterial según la guía ESC 2024

La Figura representa un algoritmo clínico integral que resume el abordaje diagnóstico y terapéutico de la presión arterial elevada y la hipertensión, desde el cribado hasta la elección de tratamiento y seguimiento. Esta figura refleja con claridad la transición de un enfoque binario (hipertenso/no hipertenso) hacia una visión gradual, estratificada y personalizada del riesgo.

Aspectos destacados:

1. Cribado oportunista y segmentación por edad:
 - Se recomienda medir la PA al menos cada 3 años en menores de 40 años y anualmente a partir de los 40. Esto enfatiza la importancia de la detección temprana en poblaciones jóvenes asintomáticas.
2. Diferenciación de tres categorías de PA en consulta:
 - PA no elevada: PAS < 120 y PAD < 70 mmHg
 - PA elevada: PAS 120-139 o PAD 70-89 mmHg
 - Hipertensión: PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 mmHg
3. Confirmación diagnóstica preferente con AMPA/MAPA:
 - El algoritmo prioriza la confirmación de PA elevada e hipertensión mediante medición fuera del consultorio, lo que contribuye a evitar sobrediagnóstico por efecto de bata blanca.

4. Terapia combinada desde el inicio:

- En la mayoría de pacientes (excepto mayores de 85 años o frágiles), se recomienda comenzar directamente con terapia combinada a baja dosis, lo que representa un cambio pragmático frente al enfoque secuencial tradicional.

5. Secuencia escalonada del tratamiento:

Se proponen fases de:

- combinación doble,
- combinación triple a baja dosis,
- combinación triple a dosis máxima tolerada,
- adición de espironolactona y evaluación de HT resistente.

6. Integración de comorbilidades y objetivos individualizados:

- La inclusión explícita de situaciones como hipotensión ortostática, fragilidad, enfermedad cardiovascular establecida y diabetes permite una toma de decisiones ajustada a contexto clínico.

7. Enfoque centrado en el paciente y autocuidado:

- La figura refuerza el rol del paciente mediante AMPA, cambios de estilo de vida y seguimiento activo, alineándose con el modelo de medicina personalizada y participativa.

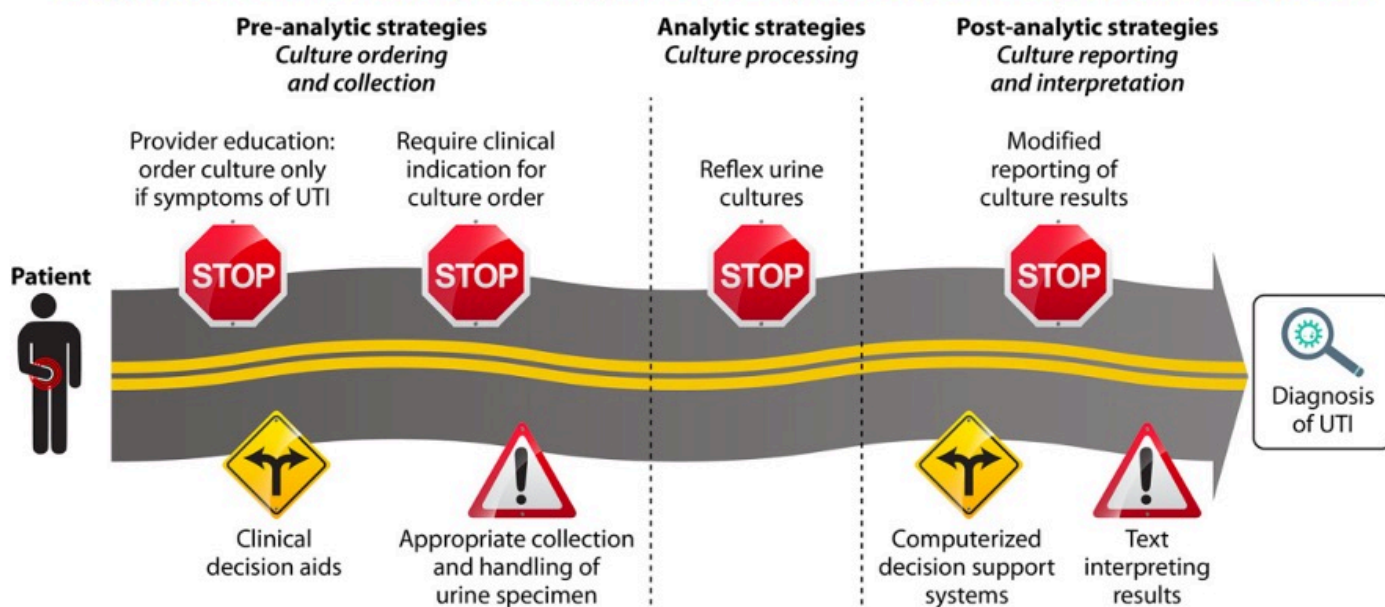
Revista Española de Cardiología

Revista Española de Cardiología es una revista científica internacional dedicada a las enfermedades cardiovasculares. Editada desde 1947, encabeza REC Publications, la familia de revistas científicas de la...

revescardiol.org

<https://www.revescardiol.org/es-comentarios-a-la-guia-esc-sobre-el-trat-articulo-S0300893224004652>

Goebel MC, et al. Clin Microbiol Rev 2021; Aug 25 . <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00003-20>

The Five Ds of Outpatient Antibiotic Stewardship for Urinary Tract Infections**Diagnostic stewardship strategies for outpatient Urinary Tract Infections**

Preanalytical, analytical, and postanalytical stewardship strategies function as road signs (stop signs, caution signs, and forks in the road) that give instruction and guidance to health care providers, increasing the likelihood that providers reach the correct destination (right diagnosis). A stewardship stop sign causes clinicians to pause to rethink a diagnosis of UTI, a stewardship fork in the road helps providers to interpret clinical information and reach the right diagnosis, and a stewardship caution sign improves the collection and interpretation of urine tests.

Juan E. Lora

Antes de tratar, aprende a detenerte: claves visuales para evitar el sobreuso de antibióticos en ITU

Señales de alto: No todo urocultivo positivo es infección. Pausa antes de iniciar antibióticos.

Bifurcaciones: Diferencia entre causas posibles de los síntomas urinarios. ¿Es realmente una ITU? ¿O puede ser una ETS, vejiga hiperactiva o bacteriuria asintomática?

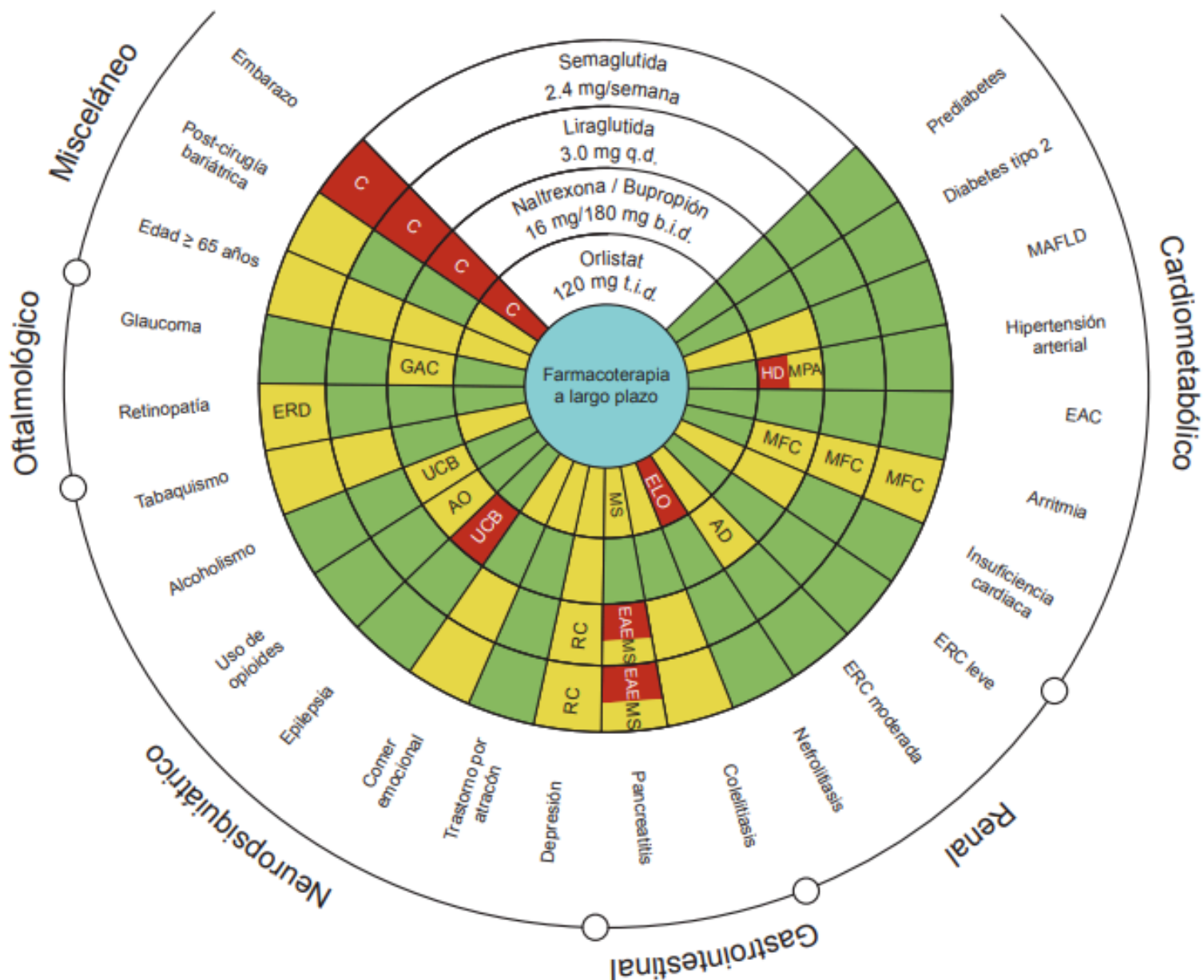
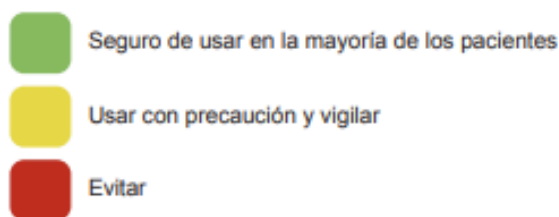
Señales de precaución: Recuerda que la calidad en la toma, manejo e interpretación del urocultivo es clave para evitar errores.

Este enfoque práctico ayuda a los clínicos a tomar decisiones informadas antes, durante y después del laboratorio. Una herramienta visual poderosa para enseñar y aplicar antibiotic stewardship desde el primer contacto clínico.

Guía mexicana de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en el adulto

Recomendaciones de farmacoterapia:

1. Usar fentermina ≥ 6 meses en pacientes seleccionados con monitoreo cada 3 meses.
2. Evitar fenproporex ≥ 6 meses.
3. Evitar mazindol ≥ 6 meses.
4. Evitar amfepramona ≥ 6 meses.
5. Evitar clobenzorex ≥ 6 meses.
6. Usar agonistas GLP-1 (liraglutida, semaglutida) a largo plazo.
7. Usar naltrexona/bupropión a largo plazo.
8. Personalizar la farmacoterapia según el fenotipo clínico del paciente.
9. Evitar la combinación simultánea de múltiples fármacos antiobesidad (monoterapia preferida).
10. Evitar el uso de antidiabéticos orales (SGLT2 o metformina) si no hay alteraciones en el metabolismo de la glucosa.



CURSOS Y CONGRESOS





CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA INTERNA

17 al 20 de septiembre

Panama Convention Center

Inscribirme



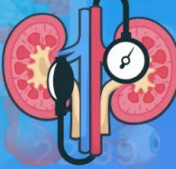
Inicio
La Sociedad Panameña de Medicina Interna se complace en anunciar que el XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Interna, SOLAMI...
Solumpanama2025

Organised by the EFIM WG of Telemedicine, Innovative technologies and Digital Health



Digital Transformation of Clinical Reasoning in Internal Medicine

May 8th 2025
18:00 - 19:30h CEST.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIÑÓN
Estrategias en la práctica clínica

Inicio del curso

Jueves 8 de mayo 2025

Dirigido a: Médicos de atención primaria, nefrólogos, pediatras, cardiólogos, diabetólogos, endocrinólogos, geriatras, internistas.

 **htayrinon.slanh.net**

<https://slanh.net/producto/hipertension-arterial-y-rinon/>



IV CONGRESO INTERNACIONAL EN MEDICINA INTERNA
Endocrinología, Cardiología y Nefrología

07, 08, 09, 12, 13 y 14 de mayo, 2025

Certificación Internacional
60 horas académicas
100% Virtual



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexaSuDV8xiJAMpkF5Jjho_F1LV_IXZXR48Q2MJAaRDHmC321Q/viewform?pli=1



MIRCIM 2025
McMaster International Review Conference of Internal Medicine
10TH EDITION

8-10 May 2025
Kraków, Poland

Register now

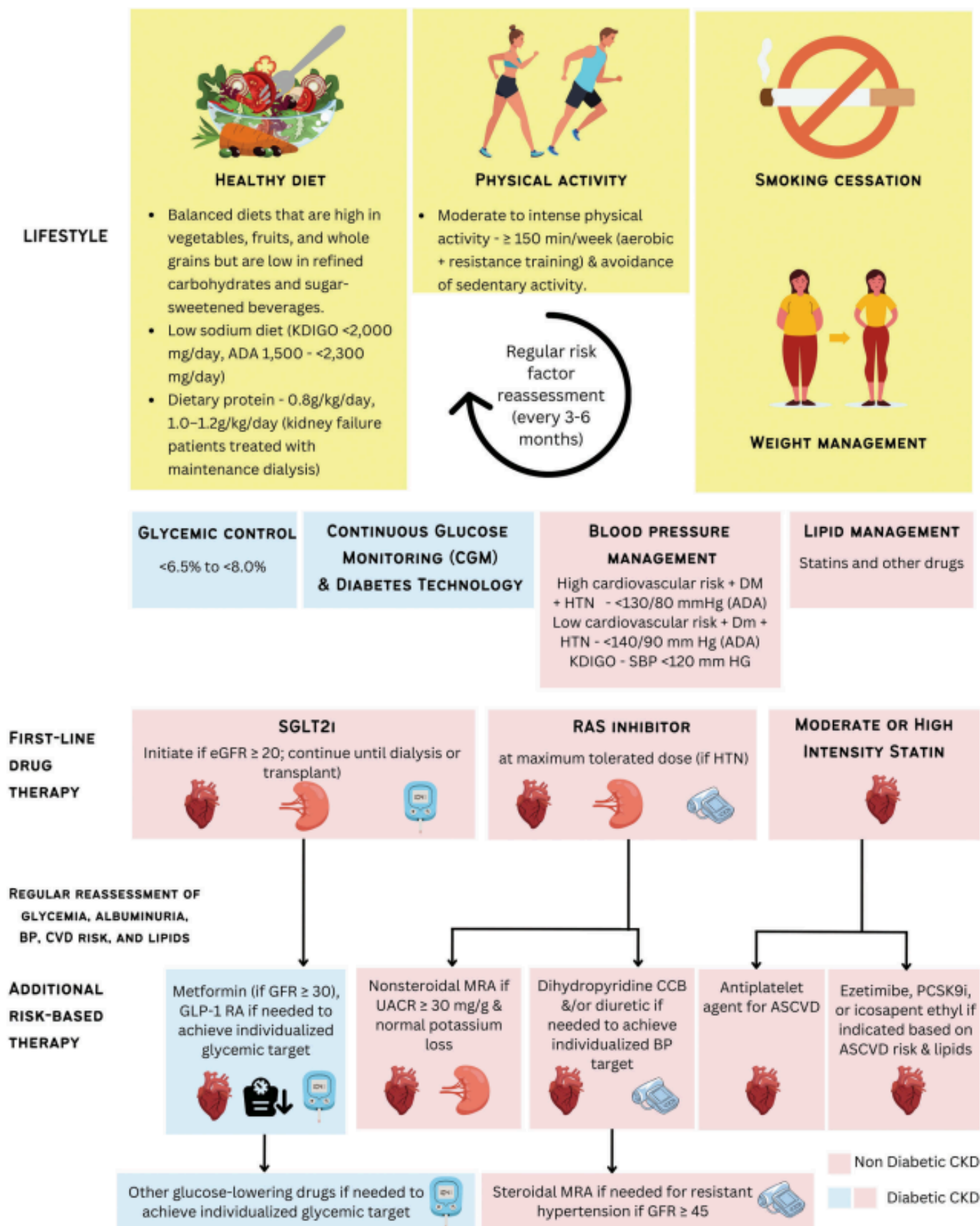


 In-person
 Virtual

<https://my.ebm.one/mircim-2025> **VIRTUAL**

	3 DÍAS (8-10 de mayo)	DÍA 1 (8 de mayo)	DÍA 2 o 3 (9 o 10 de mayo)
Estándar	250 €		130 €
Jóvenes becarios, estudiantes de doctorado	190 €	50 €	100 €
Estudiantes	125 €		65 €

Management of individuals with chronic kidney disease (with and without diabetes)



https://journals.lww.com/jodb/fulltext/2025/04000/early_introduction_of_sglit_2_inhibitors_to_improve.4.aspx

