Diabetes tipo 2: el consenso ADA/EASD 2026, de la meta glucémica a la protección de órganos

Basada en el consenso de la American Diabetes Association (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD), *Management of Type 2 Diabetes, 2026* (Diabetes Care 2026;49:1–45; publicado también en Diabetologia), comparado con el consenso 2022, y en los ensayos que cita. Dosis de referencia de las fichas técnicas cuando el consenso no las da (marcadas con *).

Versión 1.1 · Revisado el 28 de octubre de 2026 (comparación completa con el consenso 2022) · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

Desde el diagnóstico
iSGLT2 y/o terapia basada en GLP-1 para la mayoría, "potencialmente desde el diagnóstico"

6.5–7 %
HbA1c razonable para la mayoría, "o menor"; ≤6.5 % si no hay fármacos que causen hipoglucemia o es DM2 de inicio temprano

10–15 %
de pérdida de peso como meta; >15 % es alcanzable con terapia basada en GLP-1

LO QUE TIENES QUE SABER

- El consenso pasa del "manejo de la hiperglucemia" al **manejo integral de la DM2 y sus comorbilidades** (corazón, riñón, hígado, sueño, músculo).
- **iSGLT2 y/o GLP-1 (incluida tirzepatida) para la mayoría y temprano**; su beneficio cardiovascular es **independiente de la metformina**, y son "consideraciones de primera línea".
- En ECV, ERC o IC, considerar **combinar iSGLT2 + GLP-1 sin importar la HbA1c**.
- Las **metas de peso son tan esenciales como las glucémicas**; con sobrepeso u obesidad, prefiere fármacos que bajen peso.
- **Insulina**: iniciar solo basal, **por lo general después de la terapia GLP-1**, manteniendo el iSGLT2.
- En DM2 resistente a varios fármacos, **busca hipercortisolismo**.

1 Qué cambió frente al consenso 2022

TEMA	2022	2026
Enfoque	*Manejo de la hiperglucemia* en la DM2	*Manejo de la DM2*: integral, con sus comorbilidades a largo plazo
Meta de HbA1c	~7 % (53 mmol/mol) o menos para la mayoría; más baja si se logra sin hipoglucemia	**~6.5–7 % (48–53 mmol/mol) o menos**; ≤6.5 % sin fármacos que causen hipoglucemia o en DM2 de inicio temprano
Metformina	"Sigue siendo el fármaco de elección en la mayoría" para la hiperglucemia	"Tradicionalmente" de primera línea, pero otros enfoques pueden ser más apropiados en algunas poblaciones; conserva valor por eficacia y costo
iSGLT2 y GLP-1	Con ECV, ERC, IC o múltiples factores de riesgo, sin importar la metformina ni la HbA1c	**La mayoría** se beneficiaría de iniciarlos temprano, **"potencialmente desde el diagnóstico"**; son "consideraciones de primera línea"
Tirzepatida	Recién aprobada: gran eficacia en glucosa y peso; datos a corto plazo sin aumento de MACE	Parte de la "terapia basada en GLP-1"; SURPASS-CVOT: no inferior a dulaglutida en MACE (HR 0.92)
Peso	Se sugería 5–15 % de pérdida como meta primaria para muchos	Metas de peso **"tan esenciales como las glucémicas"**; 10–15 % para modificar la enfermedad y lograr remisión

ERC	iSGLT2 con TFGe ≥20 y UACR >30 mg/g	iSGLT2 en ERC **sin importar la albuminuria**, hasta que se indique la terapia de reemplazo renal; terapia GLP-1 con beneficio probado
Insulina	Con GLP-1 puede posponerse; considerar GLP-1 en todos sin contraindicación	Iniciar **solo basal, por lo general después de la terapia GLP-1**, manteniendo el iSGLT2
Cirugía metabólica	Considerarla con IMC ≥40 (≥37.5 en ascendencia asiática), o 35–39.9 sin pérdida de peso durable	**Podría considerarse con IMC ≥30** (≥27.5) y debería considerarse con IMC ≥35 (≥32.5)
Hígado graso	Pioglitazona y/o GLP-1 con riesgo intermedio a alto de fibrosis	MASLD/MASH: preferir terapia GLP-1; pioglitazona o tirzepatida como alternativas; referir F2–F3 a hepatología (resmetirom)

Comparación verificada en el texto completo de ambos consensos (Diabetes Care 2022;45:2753–2786 y 2026;49:1–45). Sin equivalente en 2022: finerenona, tamizaje de DM2 desde los 35 años, búsqueda de hipercortisolismo, insulina semanal, recomendaciones para apnea y la preservación de masa muscular.

1 Qué cambió
2 Tamizaje, diagnóstico y evaluación
3 Metas individualizadas
4 Estilo de vida y peso
5 Elección por fenotipo (algoritmo)
6 Fármacos: tabla comparativa
7 Metformina, insulina y otros
8 Cirugía, hipercortisolismo y poblaciones
9 Errores frecuentes
10 Preguntas tipo examen · Referencias

2 Tamizaje, diagnóstico y evaluación inicial

Tamizaje: el consenso retoma la recomendación de buscar DM2 en **todo adulto de 35 años o más** y en todo adulto con sobrepeso u obesidad de cualquier edad con un factor de riesgo adicional.

Diagnóstico diferencial, al inicio y en el seguimiento: considerar diabetes tipo 1, diabetes monogénica e hipercortisolismo, sobre todo según la respuesta al tratamiento.

Desde el diagnóstico, buscar más allá de lo microvascular: evaluación anual de retina, pies, estadio de ERC y síntomas cardiovasculares; tamizaje según necesidad de IC, MASLD y bienestar psicológico; inmunizaciones, salud oral, hueso, sustancias y salud sexual y reproductiva.

Cáncer: la obesidad aumenta el riesgo de cáncer de colon, mama y endometrio; seguir sus guías de tamizaje.

3 Metas individualizadas

META	CONSENSO ADA/EASD 2026
HbA1c	~**6.5–7 %** o menor en la mayoría de los adultos no embarazados con esperanza de vida suficiente (~10 años) para ver el beneficio microvascular. **≤6.5 %** si se maneja solo con estilo de vida o con fármacos que no causan hipoglucemia, y en DM2 de inicio temprano (diagnóstico antes de los 40 años). Metas menos estrictas con esperanza de vida limitada, complicaciones avanzadas o fragilidad.
MCG	Tiempo en rango (70–180 mg/dL) **>70 %**. El tiempo en rango estrecho (70–140 mg/dL) puede tener valor si se logra de forma segura.
Peso	10–15 % para modificar la enfermedad y buscar remisión; >15 % alcanzable con terapia basada en GLP-1. Metas acordadas con la persona y plan de mantenimiento.
Presión arterial	**<130/80**; animar a sistólica **<120** con riesgo cardiovascular o renal alto.
Lípidos	Estatina en la mayoría de los mayores de 40 años; de 20 a 39 años con factores de riesgo, razonable. Con LDL ≥70 mg/dL pese a estatina máxima tolerada y múltiples factores: agregar ezetimiba o iPCSK9. La ESC sugiere LDL <55 mg/dL en riesgo muy alto.

POR QUÉ LA HBA1C IMPORTA MÁS AL INICIO

La mayor reducción absoluta de complicaciones microvasculares se logra al bajar glucosas muy altas; acercarse a la normoglucemia da un beneficio más modesto. El daño de la hipoglucemia es inmediato y el beneficio de la intensificación tarda en aparecer: por eso quien tiene más esperanza de vida gana más con un control intensivo temprano.

4 Estilo de vida y peso: la base

Las cinco S de la conducta física en 24 horas: **S**tanding (estar de pie más), **S**tepping (caminar más), **S**weating (actividad aeróbica), **S**trengthening (fuerza) y **S**leep (sueño en calidad, cantidad y horario).

Ejercicio: ≥150 min/semana de actividad aeróbica moderada a vigorosa (o 75 vigorosa) en ≥3 días, más ejercicio de resistencia. La combinación aeróbico + resistencia baja la HbA1c ~0.7–0.9 %; la resistencia sola ~0.4–0.5 % y preserva la masa magra.

Nutrición: no hay una proporción ideal de macronutrientes; personalizar un patrón saludable y sostenible. **Mediterránea**, de preferencia en ECV establecida. Bajas en carbohidratos, cetogénicas y ayuno intermitente: beneficio a corto plazo, con ajuste de fármacos por riesgo de hipoglucemia y de cetoacidosis (sobre todo con iSGLT2).

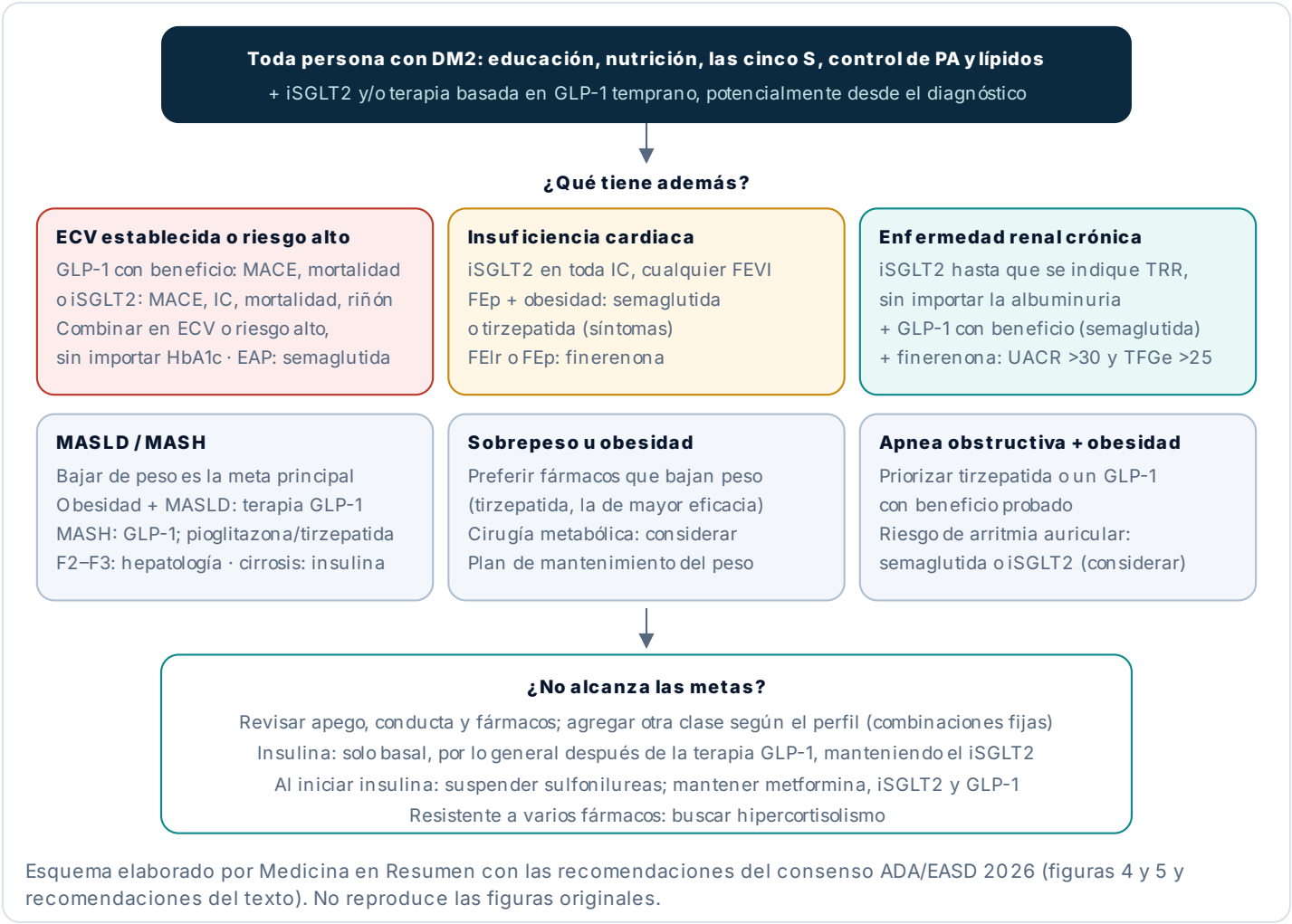
Suplementos (berberina, cúrcuma, probióticos, vitamina D, etc.): no se recomiendan para el control glucémico.

MASA MUSCULAR

Con fármacos o cirugía que bajan mucho de peso, dar orientación sobre **proteína suficiente y ejercicio de resistencia**: la masa magra perdida varía de ~15 % a 40–60 % del peso perdido según el estudio. Al suspender la terapia GLP-1 el peso se recupera, y la recuperación es sobre todo de grasa.

5 Elección del fármaco por fenotipo

Para la mayoría, junto con educación y estilo de vida: **iSGLT2 y/o terapia basada en GLP-1 temprano**. Después, el fenotipo decide qué agregar o priorizar. "Terapia basada en GLP-1" incluye a los agonistas del receptor de GLP-1 y al agonista dual GLP-1/GIP tirzepatida.



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las recomendaciones del consenso ADA/EASD 2026 (figuras 4 y 5 y recomendaciones del texto). No reproduce las figuras originales.

DATOS QUE SOSTIENEN LAS RECOMENDACIONES

GLP-1: metaanálisis de 10 ECA (incluidos SOUL y FLOW): MACE −14 % en DM2 con ECV o riesgo alto. SOUL: semaglutida oral 14 mg, MACE −14 %. **FLOW** (DM2 + ERC con albuminuria): semaglutida 1 mg redujo 24 % los desenlaces renales y 29 % la muerte cardiovascular. **SURPASS-CVOT**: tirzepatida no inferior a dulaglutida en MACE (HR 0.92; IC 95.3 % 0.83–1.01).

FINERENONA

FIDELITY (13,026 personas, 3 años): desenlace cardiovascular HR 0.86 (0.78–0.95) y renal HR 0.77 (0.67–0.88). Suspensión permanente por hiperkalemia: 1.7 % vs 0.6 %. En los ensayos renales se incluyó con TFGe 25–90, UACR >30 mg/g y potasio <4.8 mmol/L. FINEARTS-HF: menos eventos de IC y muerte CV en FEVI ligeramente reducida o preservada.

6 Fármacos: tabla comparativa

Características según la tabla 1 del consenso. Las dosis son de referencia de las fichas técnicas (*) y no las da el consenso: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local.

CLASE	EFICACIA EN GLUCOSA	PESO	BENEFICIO CV / RENAL	CUIDADO	DOSIS DE REFERENCIA*
Metformina	Alta	Neutral (posible pérdida modesta)	Beneficio potencial en MACE	GI (liberación prolongada, titulación lenta); B12; no con TFGe <30, reducir con <45	500 mg/día, titular hasta 2,000 mg/día
iSGLT2	Intermedia a alta (menor con TFGe baja)	Pérdida intermedia	MACE, IC, mortalidad y progresión de ERC (según agente)	Infecciones genitales; cetoacidosis rara: suspender 3–4 días antes de cirugía, en enfermedad grave o ayuno; volumen	Empagliflozina 10 mg · dapagliflozina 10 mg · canagliflozina 100 mg
Agonistas del receptor de GLP-1	Alta a muy alta	Pérdida intermedia a muy alta	MACE (dulaglutida, liraglutida, semaglutida); ERC (semaglutida); IC-FEp con obesidad (semaglutida)	GI (titular despacio); vesícula; pancreatitis; vigilar retinopatía; NAION (muy raro); afecta absorción oral en la titulación	Semaglutida SC 0.25 mg/sem × 4 → 0.5 → 1–2 mg · dulaglutida 0.75–1.5 mg/sem · liraglutida 0.6 → 1.2–1.8 mg/día
Tirzepatida (GLP-1/GIP)	Muy alta	Pérdida muy alta	No inferior a dulaglutida en MACE; IC-FEp con obesidad (síntomas)	Igual que GLP-1	2.5 mg/sem × 4, subir 2.5 mg cada 4 sem hasta 5–15 mg
Inhibidores de DPP-4	Intermedia	Neutral	Neutral (seguridad CV)	Saxagliptina: más hospitalización por IC; vesícula; artralgias raras; penfigoide ampolloso	Sitagliptina 100 mg (ajustar en ERC) · linagliptina 5 mg (sin ajuste)
Pioglitazona	Alta	Ganancia	Beneficio potencial en MACE; MASH	Retención de líquidos e IC; fracturas	15–45 mg/día
Sulfonilureas	Alta	Ganancia	Neutral	Hipoglucemia; desintensificar en fragilidad; glibenclamida en general no recomendada en ERC (glimepirida y glipizida, seguras con dosis conservadora)	Glimepirida 1–4 mg/día (máx. 8)
Insulina	Alta a muy alta	Ganancia	Neutral	Hipoglucemia (más con NPH o premezclas que con análogos)	Basal: 10 U/día o 0.1–0.2 U/kg/día, titular según glucosa en ayuno

TIRZEPATIDA EN CIFRAS

Reducción de HbA1c ~2 % frente a placebo y de peso de 7–9.5 kg según dosis; hasta 62 % llega a HbA1c <5.7 % y hasta 68 % pierde más de 10 % del peso. Es la terapia GLP-1 con mayor efecto en la apnea: en SURMOUNT-OSA (sin diabetes) el IAH bajó ~20–24 eventos por hora.

NUEVOS PARA EL PESO

Para manejo crónico del peso el consenso enumera liraglutida 3.0 mg/día; semaglutida SC 1.7, 2.4 o 7.2 mg/semana; semaglutida oral 25 mg/día y orforglipron oral 17.2 mg/día (agonista GLP-1 no peptídico, sin restricciones de agua o alimento; aprobado en EUA para peso). Disponibilidad variable por país.

7 Metformina, insulina y otras terapias

Metformina hoy. Se recomendó como primera línea por su eficacia, bajo riesgo de hipoglucemia, seguridad y costo. Pero el beneficio cardiovascular y renal de iSGLT2 y GLP-1 es **independiente de la metformina**, así que deben usarse en ECV, riesgo alto, IC o ERC con o sin ella. Esos datos vienen de subgrupos no aleatorizados: algunos prefieren mantener la metformina al agregarlos. No usar con TFGe <30; reducir la dosis con <45; vigilar vitamina B12.

Combinaciones fijas para reducir el número de pastillas e inyecciones.

Insulina. Iniciar como **basal**, por lo general después de la terapia GLP-1, manteniendo los fármacos con protección cardiorrenal. Los análogos basales dan menos hipoglucemia total y nocturna que la NPH. Al iniciar insulina, suspender sulfonilureas.

Insulina semanal icodec (aprobada en EUA y Europa): frente a glargina en personas sin insulina previa, HbA1c −0.19 % (IC −0.36 a −0.03). En el programa ONWARDS: hipoglucemia clínicamente significativa similar en incidencia pero con más eventos, ~1 episodio extra por persona cada 7 años. Efsitora alfa: fase 3 completa, sin aprobación a junio de 2026.

GLP-1 + insulina basal en combinación fija: más eficacia que cada componente, con menos aumento de peso.

INFLAMACIÓN Y COLCHICINA

La inflamación crónica de bajo grado se reconoce como blanco complementario. Colchicina: 6 ensayos (~21,000 personas) en ECV establecida, MACE −25 %, sin interacción con diabetes. El consenso pide cautela por la heterogeneidad y efectos adversos raros pero graves, y no emite una recomendación formal en DM2.

8 Cirugía metabólica, hipercortisolismo y poblaciones especiales

TEMA	LO QUE DICE EL CONSENSO
Cirugía metabólica	**Podría considerarse con IMC ≥30** (≥27.5 en ascendencia asiática) y **debería considerarse con IMC ≥35** (≥32.5). La ASMBS la recomienda con IMC ≥30; la EASO, con IMC ≥35 y una complicación, o ≥30 con mal control pese a tratamiento óptimo. Ejercicio estructurado antes y después.
Hipercortisolismo	Asociado a ~1 de cada 4 personas con mal control pese a múltiples fármacos. Más probable con mayor edad, IMC más bajo, muchos antihipertensivos, analgésicos o fibratos. Con HbA1c >7.5 % e hipercortisolismo no dependiente de ACTH, la mifepristona bajó mucho la HbA1c (CATALYST), con muchos efectos adversos; aprobada solo en EUA.
DM2 de inicio temprano (<40 años)	Deterioro glucémico más rápido y complicaciones más tempranas: priorizar iSGLT2 y terapia GLP-1, solos o combinados, y la reducción de peso. Asesorar sobre anticoncepción con fármacos no aprobados en el embarazo.
Adultos mayores y fragilidad	La elección por beneficio cardiorrenal no debe diferir por edad; los beneficios en mortalidad y eventos son consistentes entre grupos de edad. Ajustar por seguridad y tolerancia, y desintensificar fármacos que causan hipoglucemia (sobre todo sulfonilureas).
Sexo	La selección de fármacos cardiorrenales no debe diferir por sexo.
Tecnología	Considerar MCG en DM2, sobre todo con insulina, como parte de un plan integral.

9 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO (ADA/EASD 2026)
Esperar a que falle la metformina para iniciar iSGLT2 o GLP-1	En la mayoría, temprano, potencialmente desde el diagnóstico; en ECV, ERC o IC, sin importar la HbA1c
Suspender el iSGLT2 en ERC porque la TFGe bajó	Continuarlo hasta que se indique terapia de reemplazo renal, sin importar la albuminuria
Pasar a insulina sin haber usado terapia GLP-1	Insulina basal por lo general después de la terapia GLP-1, manteniendo el iSGLT2
Tratar solo la glucosa	Metas de peso tan esenciales como las glucémicas, más PA <130/80 y lípidos
Mantener sulfonilurea en la persona frágil	Desintensificar los fármacos que causan hipoglucemia
Bajar de peso sin cuidar el músculo	Proteína suficiente y ejercicio de resistencia con GLP-1 o cirugía
Agregar un fármaco tras otro en la DM2 que no responde	Revisar apego y buscar causas secundarias, como hipercortisolismo
Iniciar GLP-1 o iSGLT2 en mujeres en edad reproductiva sin hablar de anticoncepción	Asesoría explícita sobre anticoncepción y embarazo

10 Preguntas tipo examen

1. Hombre de 52 años con DM2 recién diagnosticada, HbA1c 7.4 %, IMC 33, sin ECV, ERC ni IC. Según ADA/EASD 2026, ¿qué es lo más congruente?

A) Metformina sola y reevaluar en 3 meses · B) Estilo de vida + iSGLT2 y/o terapia basada en GLP-1 desde el inicio, priorizando un fármaco que baje peso · C) Sulfonilurea por costo

B. La mayoría se beneficia del iSGLT2 y/o GLP-1 temprano, potencialmente desde el diagnóstico; con obesidad se prefieren fármacos que bajan peso.

2. Mujer con DM2, infarto previo y HbA1c 6.6 % con metformina. ¿Qué haces?

A) Nada: está en meta · B) Agregar GLP-1 con beneficio o iSGLT2, independientemente de la HbA1c · C) Agregar sitagliptina

B. En ECV establecida se usan por su beneficio cardiovascular, sin importar la HbA1c ni la metformina.

3. DM2 con ERC, TFGe 28 y UACR 450 mg/g, con iSGLT2 y IECA a dosis máxima, potasio 4.6. ¿Qué agregar para reducir progresión y eventos?

A) Espironolactona · B) Finerenona · C) Nada más

B. MRA no esteroideo con beneficio probado cuando la TFGe es >25 y la UACR >30 mg/g; vigilar potasio.

4. En ERC con TFGe de 18, sin diálisis, la persona toma un iSGLT2. Según el consenso:

A) Suspenderlo por TFGe <20 · B) Continuarlo hasta que se indique la terapia de reemplazo renal · C) Cambiarlo por metformina

B. Se continúa hasta la TRR, sin importar la albuminuria. Metformina está contraindicada con TFGe <30.

5. DM2 con HbA1c 8.8 % pese a metformina e iSGLT2, IMC 31, sin terapia GLP-1. ¿Siguiente paso preferido?

A) Insulina basal · B) Terapia basada en GLP-1 · C) Insulina basal-bolo

B. La insulina se inicia como basal y por lo general después de la terapia GLP-1, manteniendo el iSGLT2.

6. Hombre de 68 años con DM2, IMC 23, 4 fármacos para la glucosa, 3 antihipertensivos y HbA1c 8.9 %. ¿Qué considerar?

A) Agregar un quinto fármaco · B) Tamizar hipercortisolismo · C) Aceptar el descontrol

B. En DM2 resistente a múltiples fármacos, el hipercortisolismo se asocia a ~1 de cada 4; más probable con mayor edad, IMC bajo y muchos antihipertensivos.

7. **Mujer de 34 años con DM2 diagnosticada hace 1 año y HbA1c 6.8 % solo con metformina. ¿Cuál es su meta y prioridad?**

A) HbA1c <8 % · B) HbA1c ≤6.5 % y priorizar iSGLT2/GLP-1 y la reducción de peso, con asesoría anticonceptiva · C) Sin meta mientras sea joven

B. En DM2 de inicio temprano la meta puede ser ≤6.5 % y se priorizan iSGLT2 y GLP-1, con asesoría sobre anticoncepción.

8. **DM2 con IC con FEVI preservada, IMC 36 y disnea de esfuerzo, ya con iSGLT2. ¿Qué agrega beneficio en síntomas?**

A) Semaglutida o tirzepatida · B) Saxagliptina · C) Pioglitazona

A. En obesidad con IC-FEp, semaglutida o tirzepatida mejoran síntomas. Saxagliptina y pioglitazona aumentan el riesgo de IC.

9. **Mujer de 81 años, frágil, con caídas, HbA1c 6.4 % con glibenclamida y metformina. ¿Qué haces?**

A) Mantener · B) Desintensificar: suspender la sulfonilurea y relajar la meta · C) Agregar insulina

B. En fragilidad se desintensifican los fármacos que causan hipoglucemia, sobre todo las sulfonilureas, y la meta se relaja.

10. **Con MCG, ¿cuál es la meta general de tiempo en rango (70–180 mg/dL)?**

A) >50 % · B) >70 % · C) >90 %

B. >70 %. El tiempo en rango estrecho (70–140) puede buscarse si es seguro.

Referencias

1. Davies MJ, Aroda VR, Bajaj M, et al. Management of type 2 diabetes, 2026. A consensus report by the ADA and the EASD. Diabetes Care 2026;49:1–45. doi:10.2337/dci26-0141 (simultáneo en Diabetologia, doi:10.1007/s00125-026-06855-7)
2. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the ADA and the EASD. Diabetes Care 2022;45:2753–2786; Diabetologia 2022;65:1925–1966. doi:10.1007/s00125-022-05787-2
3. Nicholls SJ, et al. Cardiovascular outcomes with tirzepatide versus dulaglutide in type 2 diabetes (SURPASS-CVOT). N Engl J Med 2025;393:2409–2420.
4. McGuire DK, et al. Oral semaglutide and cardiovascular outcomes in high-risk type 2 diabetes (SOUL). N Engl J Med 2025;392:2001–2012.
5. Perkovic V, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes (FLOW). N Engl J Med 2024;391:109–121.
6. Lee MMY, et al. Cardiovascular and kidney outcomes and mortality with GLP-1 receptor agonists in type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2025;48:846–859.
7. Packer M, et al. Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity (SUMMIT). N Engl J Med 2025;392:427–437.
8. Malhotra A, et al. Tirzepatide for the treatment of obstructive sleep apnea and obesity (SURMOUNT-OSA). N Engl J Med 2024;391:1193–1205.
9. Bonaca MP, et al. Semaglutide and walking capacity in symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE). Lancet 2025;405:1580–1593.
10. Rosenstock J, et al. Weekly icodec versus daily glargine U100 in type 2 diabetes without previous insulin (ONWARDS 1). N Engl J Med 2023;389:297–308.
11. DeFronzo RA, et al. Inadequately controlled type 2 diabetes and hypercortisolism: improved glycemia with mifepristone treatment (CATALYST). Diabetes Care 2025;48:2036–2044.

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume el consenso; no sustituye su lectura ni el juicio clínico. Las dosis marcadas con * provienen de fichas técnicas y no del consenso: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local. El algoritmo se elaboró con los datos publicados; no reproduce figuras del consenso.

Videos, fuentes completas y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen