

Metas: el contexto manda

Edad + función + comorbilidades + hipoglucemia. “Joven” se refiere aquí a un adulto, no a pediatría.

Recuerda: una HbA1c más baja solo es mejor cuando el beneficio supera el riesgo y la carga del tratamiento.

Adulto joven / mayoría

[1]

<7%

HbA1c habitual

Antes de comer: **80-130**.
Pico posprandial: **<180** (1-2 h desde el inicio de la comida).
<6.5% puede elegirse si hay buena salud y bajo riesgo/carga terapéutica.

Mayor sano y autónomo

[2]

<7-7.5%

HbA1c individualizada

Pocas enfermedades estables; función y cognición conservadas.
Ayuno/precomida: **80-130**.
Al acostarse: **80-180**.

Mayor: salud compleja

[2]

<8%

HbA1c orientativa

Multimorbilidad, limitación funcional o deterioro cognitivo leve-moderado.
Ayuno/precomida: **90-150**.
Al acostarse: **100-180**.

Mayor: salud muy frágil

[2]

Evitar hipo

y la hiperglucemia sintomática

Enfermedad terminal, dependencia importante o deterioro cognitivo grave.
No basar la meta en HbA1c.
Ayuno: **100-180** · Noche: **110-200**.

Hospital: no crítico

[4,15]

100-180

glucosa durante la hospitalización

Meta si puede alcanzarse sin hipoglucemia significativa.
El tratamiento se adapta a la ingesta y a la evolución clínica.

UCI: paciente crítico

[4]

140-180

glucosa durante el tratamiento

Meta para la mayoría.
Objetivos más estrechos solo en pacientes seleccionados y con vigilancia suficiente para evitar hipoglucemia.

SI USA MONITOREO CONTINUO (MCG)

Adulto habitual: **>70% del tiempo entre 70-180**; tiempo <70: **<4%**; tiempo <54: **<1%**.
Mayor complejo: tiempo en rango **≥50%** y tiempo <70 **<1%**. [1,2]

HIPOGLUCEMIA: <70 alerta · <54 clínicamente significativa

Si <70 y puede tragar: **15 g de glucosa y revisar en 15 min**; repetir si persiste. Si no puede tragar o necesita ayuda: glucagón/atención urgente; en hospital, protocolo IV. Revisar el tratamiento. [1]

Elige según el paciente

En diabetes tipo 2, corazón, riñón, peso, seguridad y acceso orientan la elección.

Corazón o riñón: usar fármacos con beneficio demostrado, aunque la HbA1c ya esté en meta y con independencia del uso de metformina. [5,6]



Aterosclerosis / alto riesgo

GLP-1 y/o SGLT2 con beneficio CV

[6]

Ejemplos: semaglutida, liraglutida o dulaglutida; empagliflozina. Elegir según la evidencia del fármaco y el perfil clínico.



Insuficiencia cardíaca

Priorizar un inhibidor SGLT2

[6,11]

Empagliflozina o dapagliflozina: beneficio con fracción de eyección reducida o preservada. Evitar pioglitazona.



Enfermedad renal crónica

SGLT2 + valorar GLP-1 con beneficio

[5]

ADA: iniciar SGLT2 si TFGe ≥20; comprobar ficha local. Su efecto glucémico baja con TFGe <45, pero persiste la protección renal.



Obesidad / perder peso

Semaglutida o tirzepatida

[17]

Alta eficacia para glucosa y peso. La elección depende de tolerancia, acceso y comorbilidades. Evitar pérdida excesiva si hay desnutrición.



Fragilidad / hipoglucemias

Bajo riesgo y esquema sencillo

[2,8]

Valorar DPP-4 si se requiere una opción oral simple. Reducir insulina o sulfonilurea cuando haya sobretratamiento; evitar glibenclamida.



Costo como limitante

Metformina; otras opciones según riesgo

[17]

Sulfonilurea, pioglitazona o insulina humana pueden ser accesibles. Sopesar hipoglucemia, peso, edema y capacidad de monitorización.

ACTUALIZACIONES DESTACADAS · ADA 2026

● IC con FE preservada + obesidad

En DM2 sintomática: incluir tirzepatida o un GLP-1 con beneficio demostrado para síntomas/eventos de IC. Complementa el enfoque con SGLT2. [7]

● Hígado: MASH

En DM2 con MASH o alto riesgo de fibrosis, preferir GLP-1 con beneficio demostrado; considerar pioglitazona o tirzepatida según perfil. [7]

● Tecnología

MCG desde el diagnóstico o después, en quienes usan insulina, fármacos que causan hipoglucemia o cuando ayude al manejo. Ofrecer sistemas automatizados de insulina a adultos elegibles con DM1 o DM2. [7]

Fuentes y cómo usar las láminas

Síntesis educativa original. Consulta los documentos completos para decisiones clínicas y excepciones.

Alcance: adultos no gestantes, principalmente DM2. No incluye protocolos pediátricos, de embarazo ni de crisis hiperglucémicas.
Base clínica: ADA 2026, guía Endocrine Society y revisiones médicas. Posología contrastada con fichas oficiales.
Revisión: 12 de septiembre de 2026. Complementar con evaluación clínica, protocolo local y ficha del producto disponible.

REFERENCIAS · TÍTULOS CON ENLACE

1

ADA. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S132–S149. Metas e hipoglucemia.

2

ADA. Older Adults.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S277–S296. Tabla 13.2 y simplificación.

3

ADA. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S183–S215. Selección y figura 9.5.

4

ADA. Diabetes Care in the Hospital.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S339–S355. Hospital y UCI.

5

ADA. Chronic Kidney Disease and Risk Management.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S246–S260. Recomendaciones 11.7a–b.

6

ADA. Cardiovascular Disease and Risk Management.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S216–S245. Recomendaciones 10.40–10.44.

7

ADA. Summary of Revisions.
Standards of Care 2026;49(Suppl 1):S6–S12. Novedades destacadas.

8

Feingold KR. Oral and Injectable (Non-Insulin) Agents.
Endotext. Revisión actualizada 29/12/2025. Mecanismos, dosis y riesgos.

9

Corcoran C, Jacobs TF. Metformin.
StatPearls. Revisión farmacológica, 17/08/2023. Dosis y seguridad.

10

Empagliflozin.
StatPearls. Revisión farmacológica: mecanismo, dosis y reacciones adversas. Umbrales renales: ADA 2026 [5].

11

Pioglitazone.
StatPearls. Revisión farmacológica: mecanismo, posología y contraindicaciones.

12

Ozempic (semaglutida). Prescribing Information.
Ficha médica oficial. Dosis SC para DM2 y precauciones; no pauta de Wegovy.

13

Mounjaro (tirzepatida). Prescribing Information.
Ficha médica oficial revisada 08/2026. Inicio, incrementos y máximo adulto.

14

Januvia (sitagliptina). Prescribing Information.
Ficha médica oficial. Dosis habitual y ajustes por TFG_e.

15

Endocrine Society. Inpatient Hyperglycemia Guideline.
Guía clínica 2022. Insulina programada, ingesta y excepciones en no críticos.

16

Dhatariya K et al. Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitalized Patients.
Endotext. Revisión clínica: dosis SC, transición y seguridad.

17

Schroeder EB. Management of Type 2 Diabetes: Selecting Amongst Available Pharmacological Agents.
Endotext. Revisión actualizada 12/04/2026. Selección individualizada.

18

Insulin: Pharmacology, Therapeutic Regimens and Principles of Intensive Insulin Therapy.
Endotext. Revisión clínica de tipos de insulina y esquemas.

19

Chun J, Strong J, Urquhart S. Insulin Initiation and Titration in Patients With Type 2 Diabetes.
Diabetes Spectrum. 2019;32(2):104–111. Dosis inicial de insulina basal; contrastada con ADA 2026.

Regla para repasar: tapa la dosis y responde “mecanismo → perfil → riesgo → pauta”. Después, contrasta la respuesta con la lámina y su fuente.
HbA1c = hemoglobina glucosilada · TFG_e = filtrado glomerular estimado · ERC = enfermedad renal crónica.

TU PRÓXIMO REPASO

Diabetes · apuntes ADA 2026

Apuntes sobre metas individualizadas, elección de fármacos y manejo de la diabetes en consulta y hospital.

2 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 9 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Metas glucémicas según el contexto
- Elección según comorbilidades
- Fármacos e insulinoterapia
- Tratamiento ambulatorio
- Hospitalización y cuidados intensivos

Precio individual: \$160 MXN

[Leer versión completa](#)

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.