



Escuela de
**MEDICINA
HUMANA**



SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MAPA CONCEPTUAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
DIABETES MILLITUS

CATEDRATICO: DAYAN GRACIELA ALBORES

ALUMNA: GILDA TORRANO DÍAZ

VIERNES 11 DE ABRIL DE 2025
CAMPUS BERRIOZABAL, CHIAPAS

Diabetes Mellitus

Definición y tipos de DM

Conjunto de condiciones metabólicas

La DM se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de la glucosa, considerándose un fenómeno multifactorial.

Se clasifica en:

- **DM1**
- **DM2**

- **Específicas:** páncreas exocrino, inducido por drogas, inmunogenica.
- **Gestacional**

Prediabetes: HbA1c: 6.4%

Criterios de diferenciación:

La diferenciación entre tipos de diabetes se basa en factores como la edad, el IMC y la necesidad de insulina para controlar la enfermedad

Descompensaciones comunes

Las descompensaciones más frecuentes en pacientes diabéticos incluyen el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y la cetoacidosis diabética (CA)

Signos de alerta:

La identificación temprana de signos como la poliuria, polifagia y polidipsia puede indicar un control deficiente de la diabetes

Evaluación y remisión de DM

Métodos de evaluación

La glucemia en ayunas, la prueba de tolerancia oral a la glucosa y la HbA1c son herramientas clave para evaluar diabetes.

Riesgo de progresión a diabetes

Las condiciones de prediabetes presentan un notable riesgo de progresión a diabetes, siendo necesarios dos resultados alterados en pruebas para confirmar el diagnóstico.

Posibilidad de remisión

Cambios en la dieta, nuevos fármacos como los análogos de GLP-1 y un aumento en la actividad física pueden contribuir a la remisión de la diabetes

DM1

Autoinmunidad

La reducción del peso corporal y el seguimiento de una dieta saludable puede disminuir el riesgo de desarrollar diabetes tipo 1

Características

- Factores genéticos y ambientales, como el HLA de riesgo, juegan un papel crucial en su desarrollo
- Representan entre el 5% y el 10% de los casos de diabetes, con autoanticuerpos específicos como GAD y IA-2

Tamizaje

Se puede considerar en población de riesgo (familiares con DM1 y score genético de riesgo)

La positividad de 2 anticuerpos predice en un 70% la enfermedad a 10 años

Si hay positividad a los anticuerpos se deben confirmar a los 3 meses

DM2

Resistencia a insulina

¿A que Px tamizar?

> 35 años
Sobrepeso u obesidad
Familiar de primer grado con DM
Enfermedad cardiovascular
Hipertensión
Dislipidemia
Síndrome de ovario poliquístico
Sedentarismo
Obesidad severa
Enfermedad hepática atóxica
Acantosis

Tamizar en:

- Corticoides, estatinas y tiazidas
Antipsicóticos 2da generación al inicio y las 12- 16 semanas de inicio

- VIH al diagnóstico, al cambiar medicación y a los 3-6 meses de nuevo medicamento

Importancia del monitoreo

Un control regular de la HbA1c y la evaluación de reacciones adversas a medicamentos son esenciales en la gestión de la diabetes y la prevención de complicaciones

Manejo de riesgo CV

Los pacientes con condiciones de la HbA1c y la evaluación de reacciones adversas a medicamentos son esenciales en la gestión de la diabetes y la prevención de complicaciones

Manejo farmacológico

Uso de metformina:

La metformina es recomendada para prevenir la diabetes tipo 2, especialmente en individuos con sobrepeso y niveles elevados de glucosa

Enfermedad CV o Alto riesgo CV:
aGLP1 (No Lixisenatine ni Exenatide) y iSGLT2 (No Ertugliflozina)

Falla cardíaca o ERC:
iSGLT2 en FEVI reducida y preservada
aGLP1 en FEVI preservada

Obesidad o MASLD:
aGLP1 y Pioglitazona

Manejo DM2:

Terapia dual:

HbA1c: >1.5% de la meta
Idealmente incluir aGLP1 ó GIP

Insulinoterapia:

HbA1c: >10%
Glicemia >300
Fallo de célula beta (3 P's)

Manejo DM1:

Preferir análogos de insulinas o insulina inhalada y uso de sistemas de infusión continua unidos a CGM

Implementar conteo de carbohidratos (Ratios y sensibilidad necesarios)

Preferir esferos que agujas para aplicación de insulina

Hipertensión Arterial

Definición y clasificación

Concepto

La hipertensión arterial es una condición médica caracterizada por una presión arterial persistentemente elevada

Clasificación

La AHA clasifica la hipertensión:

- Normal: 120/70
- Presión elevada: 120/70 - 139/89
- Hipertensión: > 140/90

Fisiopatología

Multifactorial

Factores genéticos, factores conductuales, factores neurales, factores socioeconómicos, factores medioambientales, mecanismos vasculares y factores hormonales

Órganos diana

Ojos: retinopatía hipertensiva
Corazón: hipertrofia de VI
Riñón: hipertensión glomerular
Cerebro: ACV
Medianas y largas arterias: aterosclerosis
Microcirculación

Diagnostico

Pacientes que no presentan presión arterial elevada

Si es paciente es < 40 años

Detección de la presión arterial al menos cada 3 años

Si el paciente es ≥ 40 años

Detección oportunista de la presión arterial al menos cada año

Pacientes con presión arterial elevada

Sin condiciones de riesgo

Detección oportunista de la presión arterial al menos cada año

Condiciones de alto riesgo de CV

Confirmar la presión arterial con mediciones ambulatorias o domiciliarias

Hipertensión: 140-159/90-99 mmHg

Confirmar la presión arterial con mediciones ambulatorias o domiciliarias

Hipertensión: 160-179/100-109 mmHg

Confirmar la presión arterial rápidamente, preferiblemente con mediciones ambulatorias o domiciliarias (urgencia hipertensiva)

Hipertensión: ≥180/110 mmHg

Evaluar una emergencia hipertensiva

Tratamiento y manejo

El objetivo del Tx: beneficio de disminuir el riesgo CV, reducir muerte prematura y mejorar la calidad de vida

Recomendación: inicialmente hacer cambios en el estilo de vida; si a los 3 meses el Px no logra las metas de tensión arterial iniciarle manejo farmacológico

Condiciones definitoria de tratamiento farmacológico

- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o falla cardíaca
- Enfermedad renal crónica con tasa < 70 o con proteinuria > 30
- Daño orgánico relacionado a la hipertensión (retinopatía hipertensiva, hipertrofia ventricular, etc.)
- Diabetes mellitus
- Hipercolesterolemia familiar

Tratamiento no farmacológico

Aumentar la ingesta de potasio salvo que el Px tenga enfermedad crónica avanzada (0.5 - 1 gr/día)

Incremento de actividad física

Optimización del peso, del manejo y la dieta

Reducir la sal (< 2 gr de Na al día)

Reducir la ingesta de alcohol

No fumar

Tratamiento farmacológico

Se fundamenta en la reducción del riesgo cardiovascular, esto se ha demostrado principalmente en IECA, ARAII, diuréticos y CCB

Los beta bloqueadores reducen el riesgo CV pero en menor medida: sus eventos adversos aumentan la mala adherencia. Se deben usar en condiciones diferentes a HTA que los indiquen y se deben preferir los que tengan efecto alfa.

Posibles beneficios si se combina IECAS ó ARAII + CCB

No mezclar IECAS y ARAII

Diuréticos y BB pueden aumentar el riesgo de DM



BIBLIOGRAFÍA

- John William McEvoy, Cian P McCarthy, Rosa Maria Bruno, Sofie Brouwers, Michelle D Canavan, Claudio Ceconi, Ruxandra Maria Christodorescu, Stella S Daskalopoulou, Charles J Ferro, Eva Gerdts, Henner Hanssen, Julie Harris, Lucas Lauder, Richard J McManus, Gerard J Molloy, Kazem Rahimi, Vera Regitz-Zagrosek, Gian Paolo Rossi, Else Charlotte Sandset, Bart Scheenaerts, Jan A Staessen, Izabella Uchmanowicz, Maurizio Volterrani, Rhian M Touyz, ESC Scientific Document Group, 2024 ESC Guidelines for the management of higher blood Pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of higher blood Pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and *avaled by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)* , *European Heart Journal* , Volumen 45, Número 38, 7 de octubre de 2024, Páginas 3912–4018, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- Volumen 48, Suplemento_1 | Atención de la diabetes | Asociación Americana de la Diabetes. (2025, January 1). https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1