



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hipertensión Arterial no Diagnosticada en Adultos jóvenes (18-30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre-diciembre, 2025.

Monográfico sometido como requisito para optar por el título de:

Doctor en Medicina

Sustentantes:

Fe Marie Nuñez Fajar

Escarlin Payano de la Rosa

Asesor:

Johnny Roy Vargas Peña, MD,MFC,MCs, SI

San Francisco de Macorís, Rep. Dom.

Enero, 2026

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO DIAGNOSTICADA EN ADULTOS JÓVENES (18-30 AÑOS) DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DE LA UCNE, PERIODO OCTUBRE-DICIEMBRE, 2025.

Índice de Contenido

Dedicatoria	I
Agradecimientos.....	III
Resumen Ejecutivo.....	VIII
Capítulo I: Introducción y Trasfondo	
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Marco Contextual.....	7
Planteamiento del Problema.....	9
Justificación.....	12
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Variables e indicadores.....	15
Definición de términos.....	18
Capítulo II: Revisión de Literatura	
Introducción.....	20
Marco conceptual o teórico.....	20
Capítulo III: Metodología	
Introducción.....	44
Tipo y Diseño de Investigación.....	44
Población y Muestra.....	44
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	45
Instrumento de Investigación.....	46
Validación y Confiabilidad del Instrumento.....	46
Procedimiento de Recolección de Datos.....	47

Análisis de los Datos.....	48
----------------------------	----

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción.....	51
-------------------	----

Presentación de los Resultados.....	51
-------------------------------------	----

Capítulo V: Discusión

Introducción.....	65
-------------------	----

Análisis de los Resultados.....	65
---------------------------------	----

Conclusiones.....	70
-------------------	----

Limitaciones del estudio.....	71
-------------------------------	----

Recomendaciones.....	71
----------------------	----

Referencias bibliográficas.....	74
---------------------------------	----

Anexos.....	80
-------------	----

Dedicatoria

A Dios por haber permitido la oportunidad que en su tiempo pudiera llegar a culminar esta meta, por acompañarme aunque los planes cambiaran y que todo camino cerrado, fuese abierto por su gracia. Que este mérito sea única y solamente tuyo señor.

Gracias por responder a mis oraciones y por nunca desampararme. Que jamás quites de mí lo que solo tú sabes dar; que no me gloríe en mí misma, sino que comprenda que todo proviene de ti, Señor.

Fe Marie Nuñez Fajar

A mis padres: Juan Carlos Payano y Nelcy de la Rosa

Desde que tengo memoria, me han enseñado el valor de la responsabilidad, la disciplina y la tolerancia. Han sido mis pilares, mis guías y mi refugio, siempre apoyándome en cada estudio, incluso cuando llegaban cansados del trabajo. Su amor y dedicación me dieron la fuerza para nunca rendirme.

Cuando les conté que mi gran sueño era ser doctora en Medicina, su fe en mí fue inquebrantable. Siempre estuvieron a mi lado, sosteniéndome, alentándome y creyendo en mí incluso en los momentos en que yo misma dudaba. Gracias por acompañarme en las madrugadas de estudio, en los días de ansiedad y en cada desafío que enfrenté.

Este logro no es solo mío; es nuestro. Cada paso que doy, cada meta alcanzada, lleva su huella. Cuando me vean volar, recuerden que fueron ustedes quienes me pintaron las alas con su amor. Los amo con todo mi corazón y siempre llevaré su ejemplo como guía de mi vida.

Escarlin Payano de la Rosa

Agradecimientos

A mis niños nuevos, Omarlyn Ruiz, Jordy Hidalgo, Maria Minaya, Milfre Olivarez.

Quienes hicieron este proceso más llevadero y pusieron un granito de arena para llegar hasta el final.

Mis compañeros y colegas Miguelina Almonte, Dalkys Pérez, Genly Duarte.

Quienes me ofrecieron risas, me acogieron y creyeron en que este camino pudiese llegar a un fin, gracias por ser una gran motivación y apoyo, por ofrecerme sentido en momentos tristes y no dejarme atrás.

Los doctores y residentes, Dr. Tillan Piña, Dra. Nicole Gutiérrez, Dr. Carlos Ramos, Dr.

Robert Conill, Dr. Jeltsin Gavilan, Dr. Noel García, Dra. Fabiola Garcia, Dr. Jose Rivera.

Que más que superiores, fueron un ejemplo de superación y me enseñaron desde el amor y no desde el maltrato.

A mis amistades, Euris García, Marcely De la Cruz, Ariel Aponte, Ernesto Tejada, Ismael Cabreja, Cinthya Peña, Alanny Grisel.

Que jamás se dieron por vencidos conmigo, apostaron en todo a un sueño que todavía no veíamos, Gracias por ver en mi lo que yo no pude.

A mis clientes.

Quienes sin saberlo fueron una fuente de motivación y empatía, quienes me ayudaban a hacerme sentir útil en mis momentos libres y se prestaban a todo tipo de limitación de horario que la carrera me permitía, gracias por darle la oportunidad a esta niña de cumplir un sueño, ahora continuamos con otro. Fema's Bakery.

La hermana que me regalo la universidad, Escarlin Payano.

En definitiva sino hubiese sido por este vínculo tan lindo que Dios me dio contigo, sé que posterior a mi traslado no hubiese encontrado la forma de seguir, por tu apoyo, creer en mí y hacerme sentir que nada es difícil, te adoro mi colega.

A mi otra familia Escarlin Payano, Juan Payano y Nelcy de La Rosa.

Por adoptarme como si fuera su hija, y ofrecirme todo de la misma forma sin distinción.

A mis familiares, Kenia Sánchez, Fredy Auqui, Fatima Fajar, Rafael Jose Guzman, Leyla Gabriel, Juan Rivera, Annerys Tineo, Juana Hernández, Marisol Nuñez.

Por de alguna forma u otra dejar a un lado su comodidad por ofrecer un favor, presencia o tratar de proporcionarme estabilidad en la medida de lo posible, por confiar en lo incierto que hoy vemos como realidad, Dios les bendiga.

A mis Padres, Fe Fajar y Francisco Alberto Núñez.

Por ser pacientes y creer, aunque todo pareciese caerse 20 veces, intentarlo y creer en mi 21 veces más, por hacer un sobreesfuerzo más allá de lo posible solo por hacerme feliz y crear un futuro estable, por entender que no solo del valor humano y la formación entregada tengo mucho más que ofrecer a la sociedad como profesional, Gracias, está de más decir que los amo, y que este mérito también les pertenece.

A la memoria de alguien que hoy no está, pero que hoy decido honrar; quien desde pequeña me ofreció un ejemplo de trabajo, superación personal como mujer, carácter, dignidad y presencia. Mi abuela, **Fe Grullon**; aunque hoy no estes, cumplí aquello que un día hablamos y planeamos juntas, no estás aquí conmigo, pero donde estes, te llevo en mi corazón, Tu doctora, te ama.

Fe Marie Nuñez Fajar

A Dios:

Padre amado, gracias por ser la luz que nunca se apaga en mi camino. Gracias por escuchar mis oraciones, por sostenerme cuando todo parecía imposible y por no soltarme ni en los momentos más oscuros.

Fueron años de trabajo duro, de ansiedad, de noches sin dormir, de dudas y temores, pero Tú estuviste allí, silencioso y constante, guiando mis pasos y recordándome que no estaba sola. Cada logro, cada esfuerzo, cada lágrima y cada sonrisa llevan tu huella.

Gracias por enseñarme a no rendirme, por darme fuerza cuando la mía flaqueaba y por llenarme de esperanza cuando más la necesitaba. Mi corazón siempre estará lleno de gratitud, porque sé que todo lo bueno que soy y todo lo que he alcanzado es fruto de Tu amor infinito.

A mi hermana, la Dra. Marny Mercedes Paulino:

Gracias por estar siempre a mi lado a lo largo de todo mi camino en la carrera de Medicina, por celebrar mis logros como si fueran los tuyos. En los días de cansancio, dudas y sacrificios, tu apoyo fue un ancla que nunca falló. Fuiste guía y fuerza, incluso cuando las palabras no eran necesarias.

Hoy, al mirar atrás, siento nostalgia por todo lo vivido: las noches largas, los sueños compartidos y la fe que nunca perdiste en mí. Gracias por creer, por sostenerme y por recordarme quién era cuando el miedo aparecía. Más allá del título, el mayor logro ha sido caminar este camino contigo. Siempre llevaré tu apoyo en el corazón.

A mi hermana, Escarolin Payano:

La vida tiene grandes caminos preparados para ti, y mi mayor deseo es verte crecer, florecer y triunfar en todo lo que te propongas.

El mayor regalo que me ha dado la vida ha sido crecer a tu lado, compartir caminos, aprendizajes y recuerdos que llevaré conmigo para siempre. Siempre estaré aquí para apoyarte, cuidarte y acompañarte en cada etapa de tu vida.

A mis amigos Gabriel Ben, Darianny Díaz y Fe Marie Núñez:

Gracias por ser mi sustento en los días difíciles, por darme fuerzas y por acompañarme en cada paso de este año de internado. Su apoyo, paciencia y amistad hicieron más llevadero el cansancio.

Los quiero con todo mi corazón. Gracias por estar, por no soltarme y por convertirse en familia en una de las etapas más retadoras de mi vida. Este camino no habría sido el mismo sin ustedes.

A mis familiares: Idalia María, Jacqueline Payano, Jesús María y Rosa Corcino:

Gracias por creer siempre en mí. Su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su confianza fueron pilares fundamentales en este camino. En los momentos de duda o cansancio, su fe en mí me dio fuerza para seguir adelante y nunca rendirme.

A mis segundas madres:

Milagros Paulino, Fe Fajar y Birlania Breton

Cada logro que hoy celebro tiene un pedacito de ustedes, porque caminaron a mi lado y me inspiraron a dar lo mejor de mí. Llevaré siempre su apoyo, amor y ejemplo en el corazón, y estaré eternamente agradecida por tenerlas en mi vida.

A mis colegas: Milfre López, María Minaya, Omarlyn Ruiz, Rosanna Morillo Elizabeth Pichardo y Jordy Hidalgo:

Gracias por su apoyo, compañerismo y entrega. Cada uno de ustedes hizo más llevadero y significativo mi rol como secretaria general del internado. En medio del cansancio y las responsabilidades, su disposición, compromiso y calidad humana marcaron la diferencia, me

llevo el orgullo de haber compartido este camino con personas tan valiosos y especiales. Gracias por tanto.

Escarlin Payano de la Rosa

Resumen Ejecutivo

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la hipertensión arterial (HTA) no diagnosticada en adultos jóvenes de 18 a 30 años pertenecientes a la comunidad universitaria de la UCNE, durante el periodo de octubre a diciembre de 2025. La investigación se justifica por el aumento global de la HTA en poblaciones jóvenes, quienes a menudo desconocen su condición debido a la progresión silenciosa de la enfermedad y a la baja percepción de riesgo cardiovascular en este grupo etario.

La metodología empleada fue de tipo descriptiva y de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 202 adultos jóvenes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario estructurado de 14 ítems para identificar factores sociodemográficos y conductuales, además de realizar mediciones estandarizadas de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) utilizando tensiómetros automáticos calibrados.

En cuanto a los resultados sociodemográficos, la población estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (61.5%), personas solteras (80.8%) y residentes en zonas urbanas (67.3%), con un rango de edad predominante de 21 a 25 años (80.8%). Los registros clínicos mostraron valores promedio de presión arterial de 120 mmHg para la sistólica y 77 mmHg para la diastólica.

La prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada resultó ser baja en comparación con estudios internacionales, situándose en un 7.7%. De este total, el 5.8% de los participantes presentó presión arterial elevada y el 1.9% fue clasificado en el estadio 1 de hipertensión arterial, mientras que el 92.3% de la muestra mantuvo niveles normales. No se registraron casos de hipertensión en estadio 2.

A pesar de la baja prevalencia, se identificaron factores de riesgo conductuales significativos: el 50.0% de los jóvenes reportó un nivel bajo de actividad física, el 55.8% presentó patrones de sueño inadecuados y el 42.3% admitió tener hábitos alimentarios solo parcialmente adecuados. Además, el 65.4% de los evaluados refirió antecedentes familiares positivos de hipertensión arterial.

En conclusión, aunque la mayoría de los estudiantes evaluados presentan una presión arterial normal, existe una exposición considerable a estilos de vida sedentarios y malos hábitos de descanso que podrían comprometer su salud cardiovascular a futuro. Se recomienda a la administración universitaria implementar programas de tamizaje periódico y campañas de concientización para fomentar el autocuidado y la detección temprana, especialmente en aquellos jóvenes con predisposición genética.

CAPITULO I
INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y Trasfondo

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, progresión silenciosa y relación directa con eventos cardiovasculares mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) señala que más de 1,280 millones de adultos viven con hipertensión y que aproximadamente 46 % de ellos desconocen su condición, lo que convierte a la HTA no diagnosticada en un problema crítico dentro de los sistemas de salud. En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) advierte que la detección tardía de la hipertensión es responsable de una proporción significativa de eventos cardiovasculares evitables, especialmente en países de ingresos medios donde existen barreras de acceso y baja cobertura de tamizaje.

En los últimos años ha aumentado la preocupación por la presencia de hipertensión arterial en adultos jóvenes, un grupo históricamente considerado de bajo riesgo cardiovascular. Evidencia reciente ha demostrado que entre el 7 % y el 20 % de los jóvenes puede presentar cifras tensionales elevadas dependiendo del país y los criterios diagnósticos utilizados (AHA, 2017; Sabapathy et al., 2024; CDC, 2024). Estudios multicéntricos como los reportados en The Lancet Child & Adolescent Health han revelado que la hipertensión y la presión arterial alta-normal se encuentran ampliamente presentes incluso entre jóvenes de 18 a 24 años, con prevalencias combinadas cercanas al 20 %, situación que refleja un cambio epidemiológico significativo y que exige la ampliación de programas de cribado temprano.

En este primer capítulo son desglosados los antecedentes, marco contextual, el planteamiento del problema, justificación e importancia del estudio, objetivo general, objetivos específicos, variables e indicadores y la definición de términos.

Antecedentes

Son numerosos los estudios que valoran la hipertensión arterial no diagnosticada en adultos jóvenes, siendo incluidos dentro del estudio los siguientes:

Landazábal et al., (2019), en el estudio titulado Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia. Los resultados mostraron una prevalencia de hipertensión del 4.6 % y de prehipertensión del 9.2 %, ambas más frecuentes en varones. Se identificó además que el 72.7 % de los estudiantes tenía antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y que el 26.5 % presentaba obesidad abdominal. En cuanto al estilo de vida, el 26.1 % era insuficientemente activo y el 24.2 % totalmente inactivo. Se concluye que, aunque la prevalencia de hipertensión es baja, la presencia de prehipertensión y factores de riesgo modificables evidencia la necesidad de programas preventivos dirigidos a jóvenes universitarios.

Una investigación realizada por Salazar et al. (2023), acerca de la Carga de hipertensión no diagnosticada en población urbana de Colombia, tuvo una metodología de tipo transversal, con el objetivo de cuantificar la hipertensión total y la proporción no diagnosticada. Entre los adultos evaluados, la prevalencia de hipertensión fue de 38.5 %, y entre estos, el 50.9 % desconocía su condición. El estudio además mostró que la hipertensión no diagnosticada era más frecuente en hombres (58 %), personas con educación básica (44 %) y adultos de 30–49 años. Entre los factores asociados se encontraron el sobrepeso/obesidad (OR 2.1) y el bajo uso de servicios de salud. Los autores concluyen que la “hipertensión oculta” representa un serio desafío para la atención primaria, ya que la mitad de los hipertensos no están registrados en los sistemas de salud.

Sabapathy et al. (2024) realizaron uno de los mayores estudios poblacionales sobre Prevalencia de hipertensión y presión arterial alta-normal en adultos jóvenes de Zimbabue, en África; el estudio fue transversal, basado en una muestra de aproximadamente 17,600 jóvenes, con mediciones estandarizadas de presión arterial (tomadas por duplicado). Los resultados mostraron una prevalencia de hipertensión del 7.4 % ($\geq 140/90$ mmHg), mientras que la presión arterial alta-normal alcanzó el 12.2 %, de modo que 19.6 % de los jóvenes presentaban cifras alteradas. Además, la prevalencia fue mayor en varones (hipertensión 9.1 %) y en participantes de 22–24 años (hasta 10 %). Los autores concluyen que la hipertensión está presente en edades tempranas y que es necesario integrar el cribado sistemático en población joven para prevenir enfermedad cardiovascular futura.

Un informe nacional de Estados Unidos realizado por Fryar et al. (2024), titulado: Prevalencia de hipertensión en adultos jóvenes de Estados Unidos; utilizaron datos del NHANES 2021–2023, evaluaron la prevalencia de hipertensión en adultos, incluyendo jóvenes de 18–39 años. Mediante un diseño transversal representativo, hallaron que la prevalencia total de hipertensión según criterios ACC/AHA ($\geq 130/80$ mmHg o uso de medicación) fue de 23.4 % en el grupo de jóvenes. Entre ellos, 15.3 % se encontraba en estadio 1 y 8.1 % en estadio 2. El informe reporta además diferencias por sexo, siendo más alta en hombres (27.5 %) que en mujeres (19.2 %). Los autores concluyen que la carga de hipertensión en jóvenes estadounidenses es elevada cuando se aplican definiciones más estrictas, lo que resalta la importancia de intervenciones preventivas desde edades tempranas.

Por otro lado, Okesina et al. (2024) realizaron un estudio titulado Prevalencia de hipertensión no diagnosticada en adultos de Ruanda, en África; el cual fue de tipo transversal, La muestra comunitaria mostró una prevalencia global de 15 %, y la totalidad de los casos fueron

nuevos diagnósticos. El estudio encontró que el IMC elevado duplicaba el riesgo (OR 2.3), mientras que la edad mayor de 45 años incrementó la prevalencia hasta 26 %. Los autores concluyen que la hipertensión no diagnosticada es frecuente en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud y recomiendan programas comunitarios de tamizaje.

Sabater-Martorell y Kulkarni (2024) realizaron una revisión sobre hipertensión en adultos jóvenes, integrando evidencia de Estados Unidos y otros países de ingresos altos y medios. Destacan que, según datos de NHANES 2017–2018 (EE. UU.), la prevalencia puede alcanzar 20.6 % en personas de 18–39 años cuando se utiliza el criterio ACC/AHA ($\geq 130/80$). Con el punto de corte tradicional ($\geq 140/90$), la prevalencia cae a 7.5 %, demostrando que la definición metodológica afecta enormemente las estimaciones. La revisión también resalta que entre 10 % y 30 % de los jóvenes hipertensos pueden tener causas secundarias. Concluyen que el diagnóstico temprano de la hipertensión de inicio juvenil es clave para evitar enfermedad cardiovascular prematura.

Vallejos et al., (2024), en el artículo Hipertensión arterial no diagnosticada en un país de ingresos medianos bajos, 2019–2021, analizaron la prevalencia y los factores asociados a hipertensión no diagnosticada en Perú. Utilizando datos nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y un diseño transversal analítico con métodos para muestras complejas, identificaron que el 69.5 % de todas las personas hipertensas desconocían su condición. Encontraron asociaciones significativas: mayor riesgo en hombres (RPa 1.22), etnia nativa (RPa 1.07) y menor probabilidad de no diagnóstico en personas con seguro de salud (RPa 0.91) y diabéticos (RPa 0.59). Los autores concluyen que la magnitud de hipertensión no diagnosticada en Perú es crítica y requiere fortalecer la detección temprana en el primer nivel de atención.

Putri (2024) utilizó la base nacional RISKESDAS 2018 para analizar la hipertensión en jóvenes indonesios, aplicando un estudio transversal secundario con muestra nacional de Indonesia. Encontró una prevalencia de hipertensión del 4.1 %, con mayores cifras en hombres (6 %) y en jóvenes con obesidad (9.8 %). El 18 % presentó presión arterial elevada sin llegar a hipertensión. Entre los factores asociados se identificaron el tabaquismo (OR 1.8), el sedentarismo (OR 1.6) y el sobrepeso (OR 2.4). La autora concluye que, aunque la prevalencia es baja comparada con otros países, constituye un problema relevante dada la magnitud demográfica de la población joven indonesia.

El-Agroudy et al. (2024) realizaron un estudio titulado: Prehipertensión e hipertensión en estudiantes universitarios de Bahréin, el cual fue transversal con 411 estudiantes universitarios en Bahréin, encontrando una prevalencia de prehipertensión del 8.1 % e hipertensión del 5.6 %, para una prevalencia combinada de 13.7 %. Los hombres presentaron el doble de hipertensión que las mujeres. El IMC elevado (≥ 25) mostró asociación significativa ($p < 0.001$), al igual que el consumo frecuente de comida rápida (41 % de la muestra). Los autores concluyen que la hipertensión en universitarios de Bahréin está emergiendo como un problema de salud pública y que es necesario implementar intervenciones preventivas en campus.

Un estudio realizado por Bakheet et al. (2025), titulado: Hipertensión y prehipertensión en estudiantes universitarios de Egipto, el estudio fue transversal en 500 estudiantes universitarios de la Universidad de Sohag, en Egipto, para estimar la prevalencia de hipertensión y prehipertensión. Los resultados mostraron prehipertensión en 35.8 %, hipertensión en 4.2 %, y presión arterial elevada combinada en 40 % de los participantes. Los varones presentaron mayor prevalencia de cifras elevadas (48 % frente a 32 % en mujeres). Además, 59 % tenía sobrepeso/obesidad y el sedentarismo alcanzó el 62 %. Los autores concluyen que la carga de

presión arterial elevada es significativa entre estudiantes jóvenes y que la prevención debe centrarse en la modificación del estilo de vida.

López et al. (2025) llevaron a cabo un estudio sobre Hipertensión en estudiantes universitarios de Estados Unidos y factores de riesgo, el cual contaba con una metodología de tipo transversal, con 123 estudiantes, orientado a evaluar la prevalencia de presión arterial elevada e hipertensión y su relación con factores nutricionales. Los resultados fueron llamativos: 71.6 % de los estudiantes presentaban valores elevados (categoría elevada + estadio 1 + estadio 2), mientras que solo 28.5 % tenían presión normal. La prevalencia de hipertensión propiamente dicha fue de 16 %, y la de presión elevada de 24 %. Más del 55 % tenía IMC ≥ 25 kg/m², y el 38 % presentaba circunferencia de cintura en rango de riesgo. Los autores concluyen que la presión arterial elevada es un problema altamente prevalente en ambientes universitarios y recomiendan programas integrados de nutrición y ejercicio.

Un estudio realizado por Alahmad et al. (2025), titulado: Hipertensión y presión elevada en estudiantes universitarios de Siria, estudiaron 1,100 estudiantes de 18–30 años en dos universidades de Siria (Alepo y Al-Wataniya), encontrando una prevalencia de presión arterial elevada del 27.7 % y hipertensión del 15.9 %, para una prevalencia combinada de 43.6 %. Los factores de riesgo más importantes fueron el sexo masculino (OR 2.4), el tabaquismo (OR 1.9), el IMC elevado (OR 3.1) y el alto nivel de estrés (OR 1.8). Más del 40 % de los participantes reportó sedentarismo. Los autores concluyen que la presión arterial elevada es frecuente entre universitarios sirios y requiere intervenciones urgentes a nivel universitario.

Marco Contextual

La Universidad Católica Nordestana (UCNE) es una institución de educación superior ubicada en San Francisco de Macorís, República Dominicana, fundada el 14 de marzo de 1978

bajo el auspicio de la Diócesis de San Francisco de Macorís. Desde sus inicios, la UCNE ha sido reconocida como una entidad con identidad cristiana, orientada a la formación integral, científica y humanista de los estudiantes, con un fuerte compromiso hacia los valores éticos y sociales. Su creación respondió a la necesidad regional de contar con una universidad que promoviera el desarrollo educativo y profesional del nordeste del país (Universidad Católica Nordestana, 2018). Como institución sin fines de lucro, la UCNE mantiene una misión centrada en el servicio comunitario, la excelencia académica y el fortalecimiento de la conciencia crítica y solidaria de sus estudiantes (Universidad Católica Nordestana, 2024).

A lo largo de su historia, la UCNE ha experimentado un crecimiento significativo en oferta académica y en infraestructura, consolidándose como la principal institución universitaria de la región Nordeste. La población estudiantil proviene mayoritariamente de las provincias de Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez, Sánchez Ramírez y Samaná, aunque también recibe estudiantes de otras regiones del país interesados en su variada oferta académica (Universidad Católica Nordestana, 2024).

En la actualidad, la UCNE ofrece diversas carreras de grado y programas de posgrado distribuidos entre sus facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Económicas y Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ingeniería, Educación y Humanidades, entre otras. La Facultad de Ciencias de la Salud, y en particular la Escuela de Medicina, se destacan como unidades académicas de alta demanda y prestigio regional. Estas facultades mantienen vínculos activos con centros asistenciales y programas comunitarios de salud, lo que permite a los estudiantes desarrollar competencias clínicas y participar en actividades de extensión universitaria, acorde a la misión institucional de servicio social (Universidad Católica Nordestana, 2024; Medical Educator, 2023).

Además de su labor formativa, la UCNE se ha caracterizado por su compromiso con el desarrollo local y regional mediante proyectos de extensión, brigadas comunitarias, capacitaciones, investigaciones aplicadas y actividades de responsabilidad social que impactan áreas como salud, educación, economía y bienestar comunitario. La universidad funge como un escenario idóneo para la realización de investigaciones científicas, especialmente aquellas vinculadas con la promoción de la salud, el comportamiento estudiantil, el riesgo cardiovascular y otros temas relevantes para la población joven. Al articular la docencia, la investigación y la vinculación social, la UCNE fortalece su rol como institución líder en la formación profesional y en la generación de conocimiento orientado a solucionar necesidades reales de la sociedad dominicana (Universidad Católica Nordestana, 2018, 2024).

La población estudiantil de la Universidad Católica Nordestana se caracteriza por ser mayoritariamente joven y provenir de diferentes provincias de la región Nordeste, como Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez, Sánchez Ramírez y Samaná, aunque también se reciben estudiantes de otras zonas del país interesados en su oferta académica. Desde el punto de vista socioeconómico, los estudiantes que cursan carreras en la UCNE suelen pertenecer a familias de ingresos medios y medios-bajos, lo que refleja el compromiso de la universidad con la educación inclusiva y accesible, brindando oportunidades de formación superior a jóvenes de contextos diversos. Esta diversidad socioeconómica se combina con un fuerte interés por el desarrollo profesional y la participación en actividades académicas, comunitarias y de investigación, reforzando el carácter integral y humanista de la educación que promueve la institución.

Planteamiento del Problema

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su curso silencioso y a la elevada proporción de personas que desconocen su condición. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que más del 46 % de los adultos hipertensos no están diagnosticados, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares prematuras. Esta problemática se agrava en poblaciones jóvenes, donde la detección temprana suele ser insuficiente, ya que los adultos de 18 a 30 años rara vez participan en consultas preventivas y presentan una baja percepción de riesgo. En consecuencia, la hipertensión no diagnosticada en jóvenes se ha convertido en una preocupación creciente para sistemas de salud y centros educativos, especialmente en regiones donde no existen programas sistemáticos de tamizaje.

Es posible que las características sociodemográficas de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE, como edad, sexo, estado civil y lugar de residencia— no estén claramente definidas, ya que no existen estudios recientes que permitan describir este perfil con precisión. La falta de información sobre estos elementos limita la comprensión de cómo tales factores podrían influir en el riesgo cardiovascular de esta población, dificultando la identificación de patrones relevantes para el abordaje de la hipertensión arterial no diagnosticada en el contexto universitario.

Del mismo modo, podría desconocerse cuáles son los valores reales de presión arterial sistólica y diastólica entre los adultos jóvenes de la UCNE. Debido a la baja frecuencia con la que los estudiantes participan en evaluaciones preventivas, no se dispone de datos actualizados que indiquen si presentan valores dentro de rangos normales o si existen elevaciones tensionales tempranas que podrían pasar desapercibidas. Esta ausencia de información impide anticipar

necesidades de intervención, aun cuando se reconoce que la presión arterial elevada durante la juventud es un importante predictor de riesgo cardiovascular futuro.

Asimismo, se requiere precisar cómo se distribuyen y clasifican los niveles de presión arterial de los estudiantes jóvenes de la UCNE según las guías internacionales vigentes. Determinar si predominan valores normales, presión arterial elevada o etapas iniciales de hipertensión resultaría fundamental para estimar el riesgo real al que está expuesta esta población. La falta de dicha clasificación limita la planificación de estrategias institucionales orientadas a la detección oportuna y la promoción de prácticas saludables dentro del ámbito académico.

También es posible que los factores conductuales presentes en la vida universitaria, como el nivel de actividad física, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, el tabaquismo y los patrones de sueño, influyan en la presencia de hipertensión arterial no diagnosticada. No obstante, se desconoce hasta qué punto estos comportamientos están asociados con cambios en la presión arterial entre los jóvenes de la UCNE, lo cual impide valorar su impacto y diseñar intervenciones educativas dirigidas a la modificación de estos hábitos.

Finalmente, podría no conocerse con exactitud la frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial entre los adultos jóvenes de la UCNE, así como su posible relación con la presencia de presión arterial elevada en esta población. Dado que la predisposición genética constituye un factor clave en el desarrollo de hipertensión en edades tempranas, contar con esta información permitiría comprender mejor el riesgo individual y colectivo. La ausencia de datos previos sobre este aspecto resalta la necesidad de investigarlo de manera sistemática dentro del entorno universitario.

Es por ello que se plantean las siguientes interrogantes en estudio:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y lugar de residencia) de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE?
2. ¿Cuáles son los valores de presión arterial sistólica y diastólica en los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE?
3. ¿Cómo se clasifican los niveles de presión arterial de los adultos jóvenes de la UCNE según las guías internacionales vigentes?
4. ¿Qué factores conductuales se asocian a la hipertensión arterial no diagnosticada en los participantes, tales como actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, hábitos alimentarios y patrones de sueño?
5. ¿Cuál es la frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial en los adultos jóvenes de la UCNE y cómo se relaciona con la presencia de presión arterial elevada en esta población?

Justificación

La presente investigación reviste gran importancia debido a que la hipertensión arterial no diagnosticada constituye uno de los principales desafíos de salud pública en población joven. Aunque la hipertensión se asocia con frecuencia a etapas avanzadas de la vida, múltiples estudios internacionales han evidenciado que su aparición temprana es cada vez más común y, además, suele pasar inadvertida por el carácter asintomático de la enfermedad. En este contexto, los adultos jóvenes de 18 a 30 años representan un grupo especialmente vulnerable, ya que generalmente no participan en programas de tamizaje preventivo, no cuentan con controles médicos periódicos y presentan estilos de vida que pueden favorecer la elevación de la presión

arterial, tales como sedentarismo, estrés académico, consumo de alimentos procesados y hábitos de sueño irregulares. Por tanto, conocer la situación real dentro de la comunidad universitaria de la UCNE adquiere relevancia científica y social al permitir identificar un problema potencialmente silencioso pero con consecuencias significativas a largo plazo.

El propósito fundamental de este estudio es generar evidencia actualizada sobre la prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada en los adultos jóvenes universitarios, así como identificar factores asociados que puedan contribuir a su desarrollo. Esta información permitirá comprender mejor la magnitud del problema en el contexto local y servirá como base para el diseño de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares. Además, la realización de esta investigación responde a la necesidad institucional de fortalecer la vigilancia en salud dentro del entorno educativo, promoviendo estilos de vida saludables y fomentando la cultura del autocuidado entre los estudiantes.

Los beneficiarios directos de este estudio son los propios estudiantes jóvenes de la UCNE, quienes podrán ser orientados oportunamente en función de los hallazgos obtenidos. De manera indirecta, se beneficiarán también los docentes, el personal administrativo, los servicios de salud universitarios y la institución en su conjunto, ya que disponer de datos confiables permitirá implementar acciones preventivas, campañas de educación en salud y programas de tamizaje dirigidos, ajustados a las necesidades identificadas. Asimismo, los futuros profesionales de la salud formados en la universidad podrán utilizar los resultados como un insumo académico para fortalecer su comprensión de los factores de riesgo y la importancia de la detección temprana.

La realización de esta investigación ofrece beneficios significativos para la salud comunitaria y para la universidad. Por un lado, posibilita la identificación temprana de estudiantes que pudieran presentar niveles elevados de presión arterial sin diagnóstico previo,

contribuyendo así a prevenir complicaciones cardiovasculares futuras. Por otro lado, aporta información estratégica para la toma de decisiones institucionales, impulsando políticas internas de promoción de la salud y actividades permanentes de educación preventiva. En conjunto, la generación de conocimiento local fortalece la misión de la UCNE como institución comprometida con la formación integral, la responsabilidad social y el bienestar de su comunidad educativa.

Objetivo General

Determinar la hipertensión arterial no diagnosticada en adultos jóvenes de 18 a 30 años de la comunidad universitaria de la Universidad Católica Nordestana (UCNE) durante el periodo octubre-diciembre, 2025.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, residencia) de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE.
2. Identificar la presión arterial sistólica y diastólica de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE.
3. Clasificar los niveles de presión arterial de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE.
4. Especificar los factores conductuales asociados a la hipertensión no diagnosticada, tales como actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, hábitos alimentarios y patrones de sueño.
5. Determinar la frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial en los participantes.

Variables e indicadores

Objetivo específicos	Variable	Definición	Indicadores	Escala
Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, residencia) de los adultos jóvenes de la comunidad universitaria de la UCNE	Características sociodemográficas	Son los atributos o datos que describen la composición social y demográfica de una población o individuo, y que se utilizan comúnmente en investigaciones, estudios de salud y análisis sociales para identificar patrones, necesidades y desigualdades.	Edad	18–20 años 21–25 años 26–30 años
			Sexo	Masculino Femenino
			Estado civil	Soltero(a) Casado(a) Unión libre Otro
			Residencia	Urbana Rural
Identificar la presión arterial sistólica y diastólica de los adultos jóvenes de la	Presión arterial sistólica y diastólica	Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias cuando el	Presión arterial sistólica (PAS)	Cuantitativa continua

comunidad universitaria de la UCNE		corazón bombea. Se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y se presenta con dos valores: sistólica y diastólica.	Presión arterial diastólica (PAD)	Cuantitativa continua
Clasificar los niveles de presión arterial de los adultos jóvenes de la UCNE	Clasificar niveles de presión arterial en la UCNE	Categorías utilizadas para clasificar el nivel de presión arterial según guías clínicas.	Normal Elevada HTA Estadio 1HTA Estadio 2	Escala ordinal
Especificar los factores conductuales asociados a la hipertensión no diagnosticada	Factores conductuales asociados a la hipertensión	Se definen como aquellos hábitos, estilos de vida y comportamientos personales que influyen directa o indirectamente en el aumento sostenido de la presión arterial y en el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.	Actividad física	Alta Moderada Baja
			Consumo de alcohol	Nunca Ocasional Frecuente
			Tabaquismo	Nunca Exfumador Fumador actual
			Hábitos alimentarios	Adecuado Parcialmente adecuado

				Inadecuado
			Patrones de sueño	Adecuado Inadecuado
Determinar la frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial y su asociación con presión arterial elevada	Antecedentes familiares de HTA	Presencia de familiares de primer grado con diagnóstico de hipertensión arterial.	Reporte de antecedentes familiares	Sí No

Definición de términos

Actividad Física: Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto energético y contribuye al mantenimiento de la salud cardiovascular. (OMS, 2020).

Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial: Presencia de familiares de primer grado (padres o hermanos) con diagnóstico de hipertensión arterial, lo cual incrementa la probabilidad de desarrollar esta condición debido a factores genéticos y ambientales compartidos. (American Heart Association (AHA), 2022).

Consumo de Alcohol: Ingesta de bebidas alcohólicas, cuyo exceso puede aumentar la presión arterial y el riesgo de hipertensión. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2023).

Edad: Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de su evaluación. (OMS, 2023).

Estado civil: Situación legal o social que describe la relación conyugal de una persona, pudiendo incluir categorías como soltero, casado, unión libre u otros arreglos familiares reconocidos socialmente. (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2021).

Hábitos Alimentarios: Conjunto de prácticas relacionadas con la selección, preparación y consumo de alimentos, que influyen de manera directa en el estado nutricional y el riesgo de enfermedades crónicas. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2021).

Patrones de Sueño: Conjunto de características relacionadas con la duración, continuidad y calidad del sueño, fundamentales para el bienestar físico y cognitivo. (National Sleep Foundation (NSF, 2020).

Presión Arterial Diastólica (PAD): Presión ejercida por la sangre en las arterias cuando el corazón se encuentra en reposo entre latidos. (American College of Cardiology, 2017).

Presión Arterial Elevada: Valores de presión arterial que superan los rangos normales establecidos por guías clínicas, indicando un mayor riesgo de progresión hacia hipertensión. (AHA, 2017).

Presión Arterial Sistólica (PAS): Presión ejercida por la sangre contra las paredes arteriales durante la contracción del corazón. (American Heart Association, 2017).

Residencia: Lugar o área geográfica donde habita de manera habitual una persona, categorizada comúnmente como zona urbana o rural según densidad poblacional y características territoriales. (Organización de las Naciones Unidas, ONU-Hábitat, 2020).

Sexo: Condición biológica y orgánica que distingue a los seres humanos en masculino y femenino, basada en diferencias anatómicas, fisiológicas y cromosómicas. (OPS, 2022).

Tabaquismo: Consumo habitual o eventual de productos derivados del tabaco, incluyendo cigarrillos, puros, tabaco mascado y dispositivos electrónicos. Constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y respiratorias. (National Institutes of Health (NIH, 2022).

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo II: Revisión de Literatura

Introducción

En este capítulo, que forma parte de la revisión de literatura, se muestran los hallazgos más importantes sobre la hipertensión arterial, su prevalencia, los factores de riesgo y el diagnóstico en adultos jóvenes. La información se ha recopilado de diversas fuentes confiables y actualizadas. Esto ayuda a contextualizar el estudio y a ofrecer un marco teórico sólido que respalde la investigación.

Marco conceptual o teórico

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una condición crónica que se distingue por la presencia de niveles elevados de presión arterial. Si no se detectan y controlan a tiempo, estos niveles aumentan significativamente la probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares tales como infarto al miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad renal crónica (Mughal et al., 2025). Es común que se la describa como una enfermedad "silenciosa", dado que en las fases iniciales muestra escasos síntomas, lo que contribuye a la falta de diagnóstico, especialmente en grupos de jóvenes que no tienen contacto frecuente con los servicios de salud.

La presión arterial es la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias, los grandes vasos sanguíneos del organismo. Se considera que una persona es hipertensa cuando su presión arterial es excesivamente alta. La presión arterial presenta dos cifras: la primera es la sistólica, que se refiere al instante en que el corazón late o se contrae; y la segunda es la diastólica, que indica la presión ejercida por el corazón sobre los vasos sanguíneos mientras se relaja. La HIT y otra para determinar un diagnóstico de hipertensión deben ser medidas en dos

días distintos. En cada una de las mediciones, la presión arterial sistólica tiene que ser igual o superior a 140 mmHg y la diastólica debe ser mayor o igual a 90 mmHg. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2021) define a la hipertensión como una condición de presión arterial elevada o sostenida. Los vasos sanguíneos son los que permiten que la sangre fluya desde el corazón hacia el cuerpo. Con cada latido, el corazón expulsa sangre hacia los vasos sanguíneos. La sangre ejerce presión arterial al empujar contra las paredes de los vasos sanguíneos (las arterias) cuando el corazón bombea sangre. Mientras más elevada sea la tensión, mayor dificultad tendrá el corazón para bombear sangre.

De acuerdo con Tomás de Aquino (2020), con las normas oficiales mexicanas de hipertensión arterial, la hipertensión arterial es considerada una enfermedad multifactorial en cuanto a su prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, incluyendo la hipertensión arterial, ya sea sistólica, diastólica o ambas. , cuando se acompaña de comorbilidades, se convierte en un cuadro grave. Problemas de salud, las complicaciones pueden incluir: infarto de miocardio, trombosis.

La hipertensión arterial es una condición seria que incrementa la probabilidad de padecer enfermedades del corazón, cerebrales, renales y otras. Esta principal razón de muerte temprana tiene un impacto mundial en más de una cuarta parte de los hombres y en una quinta parte de las mujeres, lo que equivale a más de mil millones de individuos. En naciones con ingresos bajos y medios, la carga de los trastornos hipertensivos es excesivamente elevada y equivale a dos tercios de los casos. Esto se debe, en buena medida, a que durante las últimas décadas han aumentado los factores de riesgo en estos grupos poblacionales. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La hipertensión arterial (HTA) se define como una condición crónica caracterizada por valores de presión arterial persistentemente elevados, y aunque no existen umbrales estrictos para definir los límites de riesgo, generalmente se acepta que cuando una persona tiene HTA, su presión arterial sistólica (comúnmente denominada como un valor de presión arterial "alta" superior a 140 mm Hg o su valor de presión diastólica ("baja") superior a 90 mm Hg, se toman dos mediciones separadas en la clínica. (Lugo, 2022).

Según la Clínica Universitaria de Navarra (2022), la hipertensión arterial es la presión de la sangre que circula por las arterias. El corazón bombea la sangre hacia la aorta, donde se distribuye a otras arterias, que se dividen en sucesivas ramas arteriales que llegan a todos los órganos. Se mantiene gracias a la elasticidad de la aorta y de las principales arterias. Esta elasticidad disminuye con el tiempo, por lo que es tan común encontrar números de presión arterial alta en adultos mayores.

Chuquipoma (2018) plantea que la hipertensión arterial (HTA) es un aumento permanente de la presión arterial por encima del límite actualmente considerado normal, 140/90, sistólica, diastólica o ambas. Una lectura de presión arterial elevada no significa que tenga presión arterial alta, pero sí significa que debe visitar su centro de salud para saber qué hacer.

La hipertensión arterial (HTA) es una condición de riesgo que se puede modificar con el tiempo en relación a la enfermedad cardiovascular (ECV), y es necesario incorporarla al análisis de las raíces del desarrollo de la salud y de la enfermedad (DOHaD). Diversos elementos del medio ambiente influyen en la programación temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) durante el periodo de desarrollo intrauterino y perinatal. (Iturzaeta y Saenz, 2022).

Dado que la PA y las complicaciones cardiovasculares y renales están interrelacionadas, es en cierto modo arbitrario distinguir entre normotensión e hipertensión en función de los valores de corte de la PA. 2, 4 y 8. No obstante, en la práctica clínica, los valores de corte de la presión arterial se utilizan por motivos pragmáticos con el fin de hacer más sencillo el diagnóstico y las determinaciones acerca del tratamiento. Se nota la relación epidemiológica entre la presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular (CV) incluso a niveles de PA muy bajos (presión arterial sistólica [PAS] > 115 mmHg). No obstante, la "hipertensión" se define como el nivel de PA en el que los beneficios del tratamiento (ya sean intervenciones farmacológicas o cambios en el estilo de vida) superan notablemente sus riesgos, según los resultados de estudios clínicos.

Se define a la HTA como una PAS igual o mayor de 140 mmHg o una PAD igual o mayor de 90 mmHg que se midan en consulta. Esta definición se fundamenta en la evidencia de varios ECA que demuestran que tratar a los pacientes con estos valores de PA resulta ventajoso. Para los adultos de mediana edad, los jóvenes y los ancianos se emplea la misma clasificación, pero para niños y adolescentes se emplean otros criterios basados en percentiles, dado que no existen datos provenientes de investigaciones de intervención sobre estos grupos etarios. (Williams, Mancia, Spiering, et al., 2019).

De acuerdo con Barquera (2018), la hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas más importantes de salud pública que está en aumento en todo el mundo. Se trata de una enfermedad crónica que afecta a cada vez más individuos, y ha sido considerada como la enfermedad crónica más frecuente en el planeta, en términos de calidad de vida. La hipertensión arterial está relacionada con cuatro transformaciones fisiológicas o metabólicas importantes: la hiperglucemia, el aumento de peso que lleva a la obesidad, el aumento de los lípidos en sangre y

el incremento de la presión arterial. Estas modificaciones tienen diversas consecuencias. Se calcula que 691 millones de personas en el mundo padecen la enfermedad. La hipertensión arterial ha sido, en México, una de las nueve razones principales de fallecimiento a lo largo de los últimos veinte años. En los pasados seis años, la mortalidad por esta causa se incrementó en un 29,9 %. Esto transforma la hipertensión arterial en una enfermedad crónica que fue la causa del 18,1% de todas las muertes registradas en el 2015 y un factor determinante de riesgo para los fallecimientos prevenibles.

La hipertensión arterial sistémica, conocida popularmente como presión arterial alta, es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, afectando alrededor de un tercio de la población. (Pinheiro, 2022).

Epidemiología

Según Lugo (2022), aproximadamente el 90% de los casos de hipertensión arterial tienen una etiología desconocida, conocida como hipertensión esencial, la cual presenta una alta carga genética. Entre el 5% y 10% restante, la hipertensión arterial tiene causas identificables y se denomina hipertensión secundaria. Aunque representa una minoría de casos, su detección es fundamental, no solo porque el tratamiento específico puede normalizar completamente la presión arterial, sino también porque permite identificar enfermedades graves cuya primera manifestación puede ser la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial constituye un problema médico relevante en la actualidad, afectando al 35% de la población general y al 60% de los mayores de 60 años. En España, aproximadamente 10 millones de personas presentan hipertensión, de las cuales un 35% desconoce su condición. Entre quienes conocen su diagnóstico, cerca del 90% recibe tratamiento,

pero solo un tercio logra controlar los valores de presión arterial dentro de los rangos normales. En consecuencia, únicamente el 14% de todos los pacientes hipertensos en España se encuentra correctamente tratado y controlado (Lugo, 2022).

La alta prevalencia de hipertensión, sumada a la ausencia de síntomas a corto plazo, por lo que se considera una patología silenciosa, dificulta la concienciación sobre la enfermedad. La adherencia al tratamiento y el control periódico son fundamentales para los pacientes hipertensos. En 2011, de las 387.911 muertes registradas en España, 90.383 (23,3%) se debieron a enfermedades cardiovasculares, y casi la mitad de estas muertes se atribuyeron directamente a la hipertensión arterial (Lugo, 2022).

A su vez, Chuquipoma (2018) indica que la hipertensión arterial es un problema mundial y que ha ido en aumento a nivel global, afectada por elementos sociales, ambientales, étnicos y económicos; además de por hábitos poco saludables, estilos de vida sedentarios y carencias nutricionales. Según los datos de la presión arterial en consulta, se calculó que el número de personas con hipertensión era de 1.130 millones a nivel global en 2015, incluyendo más de 150 millones solamente en Europa central y oriental. En adultos, la hipertensión se encuentra en un rango cercano al 30% y el 45%, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24% para los hombres y del 20% para las mujeres.

La hipertensión es prevalente en todo el mundo, sin importar la cantidad de ingresos que tengan los países. Es más común en personas de edad avanzada, superando el 60% entre los individuos que tienen más de 60 años. Se prevé que la prevalencia de hipertensión siga creciendo debido al envejecimiento de la población, al sedentarismo en aumento y a la mayor incidencia del sobrepeso. Se estima que para 2025 habrá entre 1.500 millones de individuos afectados, lo que supondría un incremento del 15 % al 20 % con respecto a 2015 (Williams et al., 2019).

Prevalencia Global y en Adultos Jóvenes

Contrario a la creencia común de que solo los ancianos padecen de hipertensión (HTA), las pruebas actuales nos obligan a mirar hacia las generaciones más jóvenes. La prevalencia en este grupo hoy día es significativa y además está aumentando, lo que la convierte en un reto de salud pública que no podemos pasar por alto. La realidad se ha cuantificado en un análisis reciente del NHANES en EE. UU., con información hasta el 2023: de acuerdo a los estándares de la ACC/AHA 2017, el 21.3% de los adultos que tienen entre 18 y 39 años sufre HTA. No obstante, lo que más preocupa es que solo el 28.3% de ellos se percata de su situación (Guía et al., 2025). Esta falta de información pone en evidencia un silencio arriesgado: una porción considerable de la población joven vive con una enfermedad sin diagnóstico.

En un estudio comunitario efectuado en Islamabad (Pakistán) con adultos de entre 18 y 35 años, se reportó una prevalencia de hipertensión no diagnosticada del 14.83% (IC 95%: 10.8%–19.7%), además de que el 14.07% adicional tenía presión arterial alta (prehipertensión) (Mughal et al., 2025). A pesar de las normas más rigurosas en cuanto a la presión arterial, los hallazgos revelan que cerca del 14% de los jóvenes en ese escenario padecía HTA sin diagnóstico anterior.

Factores de riesgo

La hipertensión arterial está relacionada con varios factores de riesgo, que se pueden dividir en dos categorías: modificables y no modificables. Los hábitos y las condiciones que se pueden modificar a través de cambios en el estilo de vida, como la actividad física, la alimentación, el control del peso, fumar y beber alcohol, son algunos de los factores de riesgo modificables. Por otro lado, los factores de riesgo no modificables son aquellos que no se pueden

alterar, tales como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad avanzada y la presencia de comorbilidades como diabetes o enfermedad renal (OMS, 2021).

Los factores de riesgo modificables incluyen una dieta poco saludable (una dieta rica en sal, grasas saturadas y trans, e insuficiencia de frutas y verduras), inactividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, y sobrepeso u obesidad. Por otro lado, también existen factores de riesgo no modificables, como tener antecedentes familiares de hipertensión arterial, ser mayor de 65 años y comorbilidades como diabetes o enfermedad renal. (OMS, 2021).

Factores independientes

Escolaridad: Las personas con un bajo nivel educativo son las más impactadas por la hipertensión arterial, en particular aquellas que únicamente han finalizado la educación primaria básica. Aunque no necesariamente, en general, los bajos niveles de educación están fuertemente asociados con la pobreza, y la pobreza está fuertemente asociada con las enfermedades no transmisibles (enfermedades no transmisibles), que se ven como barreras para la reducción de la pobreza en los países de bajos ingresos porque aumentan los costos de uso doméstico del control de la salud. Entre los grupos socialmente desfavorecidos, se enferman y mueren más rápido debido al mayor riesgo de exposición a productos nocivos como dietas poco saludables, tabaco y acceso limitado a la atención médica. (Peñaherrera, 2020).

Estado civil: La calidad de vida de los adultos mayores está determinada en la mayoría de los casos por factores independientes del propio paciente, ya que dependen de muchas actividades, incluidas las relacionadas con la salud de los demás, como los niños o sus parejas, por lo que los adultos mayores pueden experimentar aquellos que Se encontró que los adultos que enviudaban o vivían solos tenían un control general más deficiente de la presión arterial y las

enfermedades subyacentes y un estilo de vida más saludable que los adultos. (Avezum, et al., 2017).

Sexo: En varios estudios nacionales e internacionales quedó claro que la presión arterial alta es más frecuente en los hombres que en las mujeres de todas las edades, incluidos los adultos mayores. Los investigadores sugieren que la presión arterial alta puede estar vinculada a que las mujeres son más propensas a seguir hábitos nocivos. Las mujeres con factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo y el alto consumo de sal tienen más dificultades para cumplir con el tratamiento y hacer cambios en el estilo de vida cuando los hombres ya tienen la enfermedad. (Peñaherrera, 2020).

Edad: La hipertensión es el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales y está influenciada por determinantes sociales, definidos ampliamente como "el entorno en el que las personas nacen, crece, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas mediante los cuales se tratan las enfermedades". (p. 23), por lo que en todos los estudios vemos un aumento en el riesgo de hipertensión u otras enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades cardiovasculares con la edad, y en la fisiopatología de la hipertensión vemos que la disfunción de las células endoteliales juega un papel importante en la aparición de hipertensión arterial, por lo que el equilibrio de estos factores cambia en la vejez, haciendo más frecuente la aparición de diferentes enfermedades, así como su control y seguimiento, con graves consecuencias. (Peñaherrera, 2020).

Factores dependientes

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son definidas por la Organización Mundial de la Salud (2019) como: “Enfermedades de duración prolongada y generalmente de progresión lenta” (p. 4) que no se transmiten de persona a persona; la infección se considera un problema de salud importante. problema del siglo XXI y supone una enorme carga para los sistemas de salud de todo el planeta.

Según la OMS y la OPS (2019), las enfermedades no transmisibles son un grupo de enfermedades que no tienen como causa principal una infección aguda, tienen consecuencias a largo plazo y por lo general requieren atención y tratamiento a largo plazo. A nivel mundial, las principales causas de muerte y discapacidad son las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dentro de estas: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Reducir los factores de riesgo previenen las ECNT, se reconoce factores de riesgo comunes, entre ellos: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, comer alimentos poco saludables y la inactividad física. Se incluyen enfermedades no transmisibles también lesiones y trastornos de salud mental. Además, como quinto factor de riesgo se incluye la contaminación del aire. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Factores Asociados a la Hipertensión No Diagnosticada

La hipertensión arterial no diagnosticada en adultos jóvenes está muy ligada a los factores del estilo de vida que se pueden cambiar. En el estudio de Pakistán los investigadores observaron que el sedentarismo, el consumo elevado de sal, la obesidad y el tabaquismo se relacionan con la HTA no diagnosticada (Mughal et al., 2025). Las investigaciones mostraron que la actividad física insuficiente y el bajo nivel socioeconómico forman parte del panorama de factores. Los adultos jóvenes pueden cambiar los factores del estilo de vida.

Hay evidencia de que la falta de conocimiento sobre la condición y la falta de chequeos regulares hacen que jóvenes con hipertensión pasen tiempo sin diagnóstico ni tratamiento. La falta de diagnóstico y la falta de tratamiento aumentan el riesgo de daño orgánico en el futuro (Ensanut, 2023; Guía et al., 2025).

Influencias ambientales en el desarrollo de la Hipertensión Arterial

Estudios epidemiológicos realizados en los últimos años demostraron que las etapas previas a la concepción, y los periodos fetal y perinatal pueden contribuir al desarrollo de HTA y de otros factores de riesgo de ECV en la edad futura. (Sinha, 2019).

Esta hipótesis, inicialmente propuesta por Barker, postula que el bajo peso al nacer (BPN) inducido por la desnutrición gestacional origina adaptaciones en el feto que predisponen o “programan” el desarrollo de HTA y ECV en etapas posteriores de la vida, proceso llamado de “programación fetal”, que dio lugar posteriormente al concepto DOHaD. (Sinha, 2019).

El BPN, la prematuridad y el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) suelen ser el resultado de la plasticidad del desarrollo a factores adversos entre los que se destacan la falta de nutrientes, ya sea por inadecuada alimentación de la madre –como lo demuestran los estudios en la descendencia de poblaciones sometidas a hambrunas durante la etapa gestacional, o por una insuficiencia placentaria. (Sinha, 2019).

Implicaciones de la Hipertensión No Diagnosticada

Si la gente no detecta la hipertensión a una edad temprana, la persona sigue con presión arterial alta durante muchos años. Esa presión alta aumenta la posibilidad de problemas del corazón temprano. Los estudios indican que la presión arterial alta en adultos jóvenes aumenta el

riesgo de dañar el revestimiento interno de los vasos, de cambiar el ventrículo izquierdo y de acelerar la acumulación de placa en las arterias (Ensanut, 2023; Mughal et al., 2025).

Además, la falta de diagnóstico impide la implementación de medidas preventivas o terapéuticas oportunas, que podrían modificar el curso de la enfermedad. Por ejemplo, los adultos jóvenes con HTA que desconocen su condición no reciben educación ni intervención en estilos de vida, ni tratamiento farmacológico cuando éste es necesario, lo cual perpetúa un ciclo de riesgo cardiovascular no mitigado.

Fisiopatología de la Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad multifactorial caracterizada por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Su fisiopatología implica una compleja interacción entre factores genéticos, neurohormonales, vasculares y renales que afectan la regulación de la presión arterial (Carretero y Oparil, 2022).

Regulación Neurohormonal

El sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) juegan un papel central en la elevación de la presión arterial. La activación excesiva del SNS conduce a taquicardia, vasoconstricción y aumento del gasto cardíaco, mientras que la sobreestimulación del RAAS promueve la retención de sodio y agua, incrementando el volumen plasmático y, por ende, la presión arterial (Whelton et al., 2018).

Alteraciones Vasculares

La hipertensión también causa cambios en los vasos sanguíneos. Los cambios incluyen el endotelio que no funciona bien, las arterias que no se estiran y más resistencia en los vasos. En los adultos que están en la etapa de inicio de la vida, los cambios pueden ser al principio, pero si

los cambios siguen, los cambios hacen que la enfermedad empeore y que el riesgo cardiovascular aumente a largo plazo (Carretero y Oparil, 2022; Whelton et al., 2018).

Factores Renales y de Volumen

El riñón regula la presión arterial a través del equilibrio entre sodio, agua y volumen sanguíneo. La hipertensión se asocia con una disminución en la excreción renal de sodio, aumento de la reabsorción tubular y activación del RAAS, lo que incrementa la retención de líquidos y la presión arterial sistémica (Guyton y Hall, 2021).

Contribución de Factores Genéticos y Ambientales

En adultos jóvenes, la predisposición genética puede interactuar con factores ambientales como obesidad, sedentarismo, dieta rica en sodio y estrés crónico, acelerando la aparición de hipertensión no diagnosticada. La combinación de estas variables puede explicar la presencia de HTA en individuos sin síntomas aparentes, reforzando la necesidad de cribado temprano (Carretero y Oparil, 2022).

Causas de la hipertensión arterial

Hipertensión arterial esencial o de causa desconocida: es el tipo de hipertensión arterial más frecuente, alrededor del 90 al 95 por ciento. Suele presentarse por encima de los 50 años y existen con frecuencia antecedentes familiares de hipertensión. (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Hipertensión arterial secundaria: es aquella hipertensión de la que se conoce la causa que la provoca. Dicha causa puede ser muy variada, siendo la más frecuente la vascularrenal, es decir, la producida como consecuencia de una falta de flujo a nivel de los riñones, por arteriosclerosis o por una malformación vascular, que desencadena hipertensión arterial en respuesta a la señal de

mala perfusión que recibe el riñón afecto. Otras causas son la existencia de una coartación de aorta, una enfermedad renal parenquimatosa, endocrinas, etc. (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Se desconoce la causa del 93% de los casos de hipertensión (la llamada hipertensión primaria o esencial). Solo un pequeño porcentaje, el 7%, de estas, denominadas hipertensión secundaria, están asociadas a otra enfermedad o cambios en un órgano específico, en cuyo caso la presión arterial se normaliza una vez que se controlan los factores que la provocan (Ávila, 2015).

Existen otros casos de hipertensión asociada a una causa específica: hipertensión sistólica aislada (≥ 140) frecuente en ancianos; derivada de una respuesta al estrés; hipertensión resistente que no mejora con el tratamiento; durante el embarazo por aumento de la retención de líquidos (preeclampsia) y en presencia de personal sanitario se denomina síndrome de bata blanca (Ávila, 2015).

Síntomas

La mayoría de las personas con presión arterial alta no saben que está ahí porque la enfermedad no siempre presenta síntomas o señales de advertencia, por lo que se dice que mata en silencio. Por lo tanto, es muy importante medir la presión arterial con regularidad. Los síntomas pueden incluir dolores de cabeza matutinos, hemorragias nasales, latidos cardíacos irregulares, alteraciones visuales y zumbidos en los oídos. La presión arterial alta severa puede causar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor de pecho y temblores musculares. La única manera de detectar la presión arterial alta es acudir a un profesional de la salud y que nos mida la presión arterial. Este es un procedimiento rápido e indoloro que también podemos

realizar nosotros mismos utilizando equipos automatizados, pero es importante que un profesional evalúe los riesgos existentes y las condiciones asociadas. (OMS, 2021).

Según la Clínica Universitaria de Navarra (2022), los síntomas que acompañan a la hipertensión son variados. Puede no causar ningún síntoma y su descubrimiento es accidental (por examen físico, cirugía, etc.).

En otros casos, se descubre por dolores de cabeza frecuentes, hemorragias nasales espontáneas, inquietud, nerviosismo, etc. Con menor frecuencia, por cefalea intensa, sensación de frío y dolor, palpitaciones y temblores. Cuando estos síntomas se acompañan de valores de presión arterial marcadamente elevados, se denomina crisis hipertensiva. (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Diagnóstico

Según la Clínica Universitaria de Navarra (2022), la hipertensión suele diagnosticarse durante un examen físico. Tienes que tomar múltiples medidas y verificar que los números de presión arterial alta estén realmente allí. A veces se descubre cuando se desarrolla una de sus consecuencias nocivas o complicaciones: problemas cardíacos como insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o daño cerebral.

El estudio de la hipertensión arterial tiene como objetivo determinar la etiología, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, hiperglucemia, etc.) y sus efectos en diferentes órganos. Se inicia con una historia clínica completa, exploración física y estudios analíticos. La hipertensión arterial es casi siempre esencial (sin causa aparente), pero puede ser secundaria a otros trastornos. Además, cuando se sospecha un trastorno que causa

presión arterial elevada, se recomienda realizar cardiología y otras pruebas encaminadas a encontrar la causa. (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Además de la historia clínica y la exploración física, el diagnóstico de hipertensión arterial debe incluir una evaluación de laboratorio y estudios complementarios que permitan confirmar la presencia de hipertensión, identificar daño a órganos diana y descartar causas secundarias de la enfermedad. Las guías internacionales recomiendan que, una vez confirmada la elevación de la presión arterial mediante mediciones repetidas, se realicen pruebas de laboratorio como parte de la evaluación inicial del paciente hipertenso (American College of Cardiology/American Heart Association, 2025).

Entre las pruebas de laboratorio de rutina sugeridas se encuentran hemograma completo, electrolitos séricos (sodio, potasio), creatinina con estimación de la tasa de filtración glomerular (eGFR), glucosa en ayunas o hemoglobina glucosilada (HbA1c), perfil lipídico y análisis de orina para detectar proteinuria o microalbuminuria, lo que permite evaluar función renal y factores de riesgo cardiovascular asociados. Estas pruebas contribuyen a establecer un perfil cardiometabólico completo y a orientar el riesgo global del paciente (American College of Cardiology/American Heart Association, 2025).

El electrocardiograma (ECG) es otra prueba diagnóstica recomendada en todos los pacientes con hipertensión, ya que permite detectar signos de hipertrofia ventricular izquierda u otras alteraciones cardíacas. En casos en los que el ECG muestre anomalías o existan síntomas cardíacos, se puede indicar ecocardiografía, la cual proporciona una evaluación más detallada de la función cardíaca y del daño a órganos diana. Además, pruebas como la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o la automedición domiciliaria pueden ser útiles para

confirmar el diagnóstico y descartar fenómenos como hipertensión de “bata blanca” o hipertensión enmascarada (Gorostidi et al., 2022; Williams et al., 2018).

Cuando existe sospecha de hipertensión secundaria —por ejemplo, ante hallazgos clínicos que sugieren un trastorno endocrino o renal— se recomiendan estudios adicionales, como ecografía renal o pruebas hormonales (medición de la relación aldosterona/renina y metanefrinas en plasma), para identificar causas subyacentes específicas y orientar un manejo terapéutico adecuado (Gorostidi et al., 2022).

Tratamiento

Existen 2 estrategias ampliamente establecidas para reducir la PA: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Actualmente están surgiendo nuevas terapias basadas en dispositivos, pero todavía no se ha demostrado su eficacia como opción de tratamiento. No hay duda de que las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir la PA y, en algunos casos, el riesgo CV, pero la mayoría de los pacientes hipertensos requieren además tratamiento farmacológico. Este se basa en evidencia firme, avalada por los resultados del mayor número de ECA de medicina clínica que se hayan realizado hasta la fecha. Los metanálisis de ECA que incluyeron a varios cientos de miles de pacientes han demostrado que una reducción de 10 mmHg de la PAS o 5 mmHg de la PAD se asocia con significativas reducciones de las complicaciones CV graves (20%), mortalidad por todas las causas (10-15%), ictus (35%), complicaciones coronarias (20%) e insuficiencia cardíaca (40%). Estas reducciones relativas del riesgo son constantes, independientemente de los valores basales de PA en la franja de HTA, el nivel de riesgo CV, las comorbilidades (p. ej., diabetes y ERC), la edad, el sexo y el grupo étnico. (Williams, et al., 2019).

Las reducciones relativas de eventos calculadas en 2 recientes metanálisis son similares a las obtenidas en los metanálisis originales de 1994 sobre los efectos de la reducción de la PA en los resultados. Por lo tanto, los beneficios del tratamiento antihipertensivo no han disminuido con el uso generalizado del tratamiento concomitante con fármacos hipolipemiantes y antiagregantes en la medicina contemporánea. (Williams, et al., 2019).

Otro objetivo importante del tratamiento antihipertensivo es reducir el desarrollo de ERC; sin embargo, el lento deterioro de la función renal en la mayoría de los pacientes hipertensos dificulta la demostración de los beneficios potenciales de la reducción de la PA. Por lo tanto, el efecto protector de la reducción de la PA para la función renal es menos obvio y se ha restringido a los pacientes con diabetes o ERC, cuya enfermedad progresa más rápidamente. Algunos ECA, pero no todos, han mostrado un efecto protector de la reducción de la PA contra la progresión de la ERC hacia la etapa terminal en la nefropatía diabética y no diabética. (Williams, et al., 2019).

Además de las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico general ya mencionados, las guías clínicas actuales recomiendan clases específicas de medicamentos como tratamiento inicial en pacientes hipertensos. En adultos que requieren terapia farmacológica, los fármacos de elección de primera línea incluyen diuréticos tipo tiazida o tiazídicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARBs) y bloqueadores de canales de calcio de acción prolongada, debido a su eficacia para reducir la presión arterial y prevenir eventos cardiovasculares adversos. Estos medicamentos se pueden usar en monoterapia o, en muchos pacientes con hipertensión estadio 2 ($\geq 140/90$ mm Hg), en terapia combinada inicial que reúne dos clases de fármacos diferentes, preferiblemente en una combinación de dosis fija, para mejorar el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento (American Heart Association, 2025).

Los diuréticos tiazídicos y similares, como clortalidona o hidroclorotiazida, favorecen la excreción de sodio y agua a nivel renal, lo que contribuye a disminuir el volumen sanguíneo y la presión arterial. Entre los IECA se encuentran fármacos como enalapril y lisinopril, que bloquean la formación de angiotensina II, disminuyendo la vasoconstricción y la secreción de aldosterona; mientras que los ARBs como losartán, candesartán o valsartán bloquean directamente los receptores de angiotensina II y son bien tolerados, especialmente en pacientes que no toleran IECA. Los bloqueadores de canales de calcio de tipo dihidropiridínico (por ejemplo, amlodipino) actúan reduciendo la entrada de calcio a las células musculares lisas vasculares, lo que induce vasodilatación y reducción de la presión arterial (Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, 2022).

En cuanto a las estrategias de selección de fármacos, las directrices actuales sugieren que una combinación de dos agentes de diferentes clases puede ser más eficaz que la monoterapia en pacientes con hipertensión más grave o alto riesgo cardiovascular. En pacientes con hipertensión de grado 1 (130 a 139/80 a 89 mmHg), se puede iniciar la monoterapia con uno de los agentes de primera línea y ajustarla según la respuesta clínica. En pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular establecida, se prefiere el uso de IECA o ARAII debido a su efecto protector adicional sobre la función renal y el riesgo cardiovascular (American Heart Association, 2025).

Cabe destacar que los betabloqueadores y otras clases como los antagonistas de mineralocorticoides (por ejemplo, espironolactona) se reservan para situaciones especiales (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria isquémica o hipertensión resistente), y no suelen ser de primera elección en la mayoría de los pacientes hipertensos sin indicaciones específicas. La elección del tratamiento debe individualizarse según las características clínicas

del paciente, la presencia de comorbilidades, la tolerancia a los medicamentos y la respuesta al tratamiento (European Society of Cardiology, 2024).

Complicaciones

La presión arterial alta puede provocar daños cardíacos graves, entre otras complicaciones. El estrés excesivo endurece las arterias, reduciendo el flujo de sangre y oxígeno al corazón. El aumento de la presión y la disminución del flujo sanguíneo pueden provocar: dolor de pecho (angina), ataque cardíaco, que ocurre cuando se bloquea el flujo sanguíneo al corazón y las células del músculo cardíaco mueren por falta de oxígeno. Cuanto más dure la obstrucción, más daño causará al corazón, lo que ocurre cuando el corazón no puede suministrar suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales, y los latidos cardíacos irregulares pueden provocar la muerte súbita. (OMS, 2019).

Según la OMS (2021), entre otras complicaciones, la hipertensión puede producir daños cardíacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar: dolor torácico (angina de pecho), infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón, insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales y ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

De acuerdo con Sarmiento (2019), las complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial se pueden identificar dos grandes grupos, las cuales tienen relación con la elevación de la presión arterial y con las afecciones ateroscleróticas. En las primeras, el aumento de la presión

arterial es el origen directo del daño y se afectan la vasculatura arterial, las arteriolas y el tejido cardiaco y para facilitar su comprensión se agrupan bajo el nombre de síndrome de descompensación funcional y se acepta que la progresión de la enfermedad no siempre sigue un mismo curso. En algunos pacientes sin síntomas se pueden presentar súbitamente las complicaciones tardías, como hemorragia cerebral, mientras que las tempranas solo se pueden detectar cuando se valora al paciente.

Enfermedad coronaria: La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cardiopatía coronaria. Es muy probable que la hipertensión se relacione con un número mayor de casos de cardiopatía isquémica. El pronóstico del paciente que desarrolla un infarto agudo de miocardio se ve ensombrecido por la existencia previa o posterior de hipertensión arterial, también pueden provocar necrosis tisular y la aparición de la fibrilación auricular en pacientes con cardiopatía hipertensiva. (Calvo, 2010).

Enfermedad de los grandes vasos: disección de la aorta y la enfermedad vascular periférica y la aneurisma abdominal, esta complicación aterosclerótica se incrementa notablemente con la edad. En los pacientes mayores de 60 años el 11% presentaban una presión arterial sistólica mayor de 195 mmHg y solo 3% eran normotensos. El 80% de los pacientes con disección de la aorta padecen hipertensión arterial. (Calvo, 2010).

Prevención

La prevención de la hipertensión arterial se fundamenta en ajustar los factores de riesgo que se pueden modificar, los cuales han demostrado ser efectivos para disminuir la aparición y avance de la enfermedad, reduciendo así el riesgo de eventos cardiovasculares relacionados. Las guías clínicas de organizaciones internacionales, como el American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) y la European Society of

Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH), coinciden en que las modificaciones en el estilo de vida son la estrategia fundamental para prevenir la hipertensión y sus complicaciones (Herzog et al., 2025).

La adopción de una dieta saludable, como la DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), es un elemento esencial en la prevención. Esta dieta pone énfasis en el consumo alto de productos lácteos bajos en grasa, verduras, granos integrales y frutas, además de disminuir el consumo de grasas saturadas y sodio. El metaanálisis y los ensayos clínicos han comprobado que esta dieta puede disminuir la presión arterial de manera significativa, con un impacto más notable si se une a una disminución del peso corporal y a una actividad física constante (Whelton et al., 2017).

Para prevenir la hipertensión, se han sugerido ampliamente acciones específicas como disminuir el consumo de sodio y aumentar la ingesta de potasio. Según indican los datos, reducir el sodio en la dieta puede llevar a una disminución significativa de la presión arterial. Por otro lado, consumir suficiente potasio, que se encuentra en frutas y verduras, ayuda a contrarrestar el impacto del sodio en la presión arterial (Whelton et al., 2017).

Importancia de la Detección Temprana

La detección oportuna de la hipertensión arterial en jóvenes es fundamental para mitigar el impacto de la enfermedad a largo plazo. Dado que gran parte de los individuos no presenta síntomas y que solo una fracción es consciente de su diagnóstico, se requiere ampliar programas de cribado comunitario y medidas de educación en salud dirigidas a este grupo etario (Mughal et al., 2025). La implementación de estrategias preventivas tempranas, como mediciones regulares

de presión arterial y promoción de estilos de vida saludables, podría reducir de manera significativa la incidencia de complicaciones cardiovasculares futuras.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

En el presente capítulo se describió la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la hipertensión arterial no diagnosticada en adultos jóvenes de 18 a 30 años de la comunidad universitaria de la Universidad Católica Nordestana (UCNE) durante el periodo octubre-diciembre, 2025. Este capítulo se organizó en secciones que incluyeron el tipo y diseño de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumento de recolección de datos, validación y confiabilidad del instrumento, procedimiento de recolección de datos y análisis estadístico, con el propósito de garantizar un marco metodológico sólido que respaldara los resultados obtenidos.

Tipo y Diseño de Investigación

El estudio se desarrolló con un diseño descriptivo y transversal, dado que se buscó determinar la prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada en un grupo específico de adultos jóvenes en un momento determinado (Cruz & Altamirano, 2012). Se clasificó como descriptivo porque pretendió caracterizar la distribución de la hipertensión no diagnosticada según variables demográficas, como edad, sexo, facultad y nivel académico, así como factores de riesgo asociados, sin intervenir en el fenómeno estudiado, permitiendo establecer un panorama representativo de la población universitaria en relación con esta condición de salud.

Población y Muestra

La población objeto de estudio estuvo conformada por todos los estudiantes de la Universidad Católica Nordestana (UCNE), con edades comprendidas entre 18 y 30 años, que se encontraban activos académicamente durante el período de realización del estudio.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a estudiantes de diferentes carreras y facultades de la UCNE, sin distinción de programa académico, que se encontraban presentes en los espacios universitarios durante el período de recolección de datos. La captación de los participantes se realizó de manera directa, abordando a los estudiantes durante los meses de noviembre y principios de diciembre, en horario vespertino, dentro del campus universitario.

Fueron incluidos en la muestra únicamente aquellos estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, aceptaron participar de forma voluntaria y accedieron a la medición de la presión arterial y a la aplicación del cuestionario. A los estudiantes que no aceptaron participar o que no cumplían con los criterios establecidos se les agradeció su disposición, sin que ello generara ningún tipo de repercusión académica o personal.

La muestra final quedó constituida por 202 estudiantes, número que se consideró adecuado para estimar la prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada en adultos jóvenes de la comunidad universitaria, manteniendo un equilibrio entre la factibilidad operativa del estudio y la obtención de información relevante para fines de tamizaje epidemiológico, sin pretender representatividad estadística de toda la población universitaria.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio los estudiantes de la Universidad Católica Nordestana (UCNE), con edades comprendidas entre 18 y 30 años, que aceptaron participar voluntariamente y que no presentaban diagnóstico previo de hipertensión arterial, dado que la investigación tuvo un enfoque de tamizaje epidemiológico.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio los estudiantes con diagnóstico previo de hipertensión arterial, así como aquellos con antecedentes de enfermedades cardiovasculares conocidas o que, al momento de la medición, presentaran condiciones clínicas que pudieran alterar transitoriamente las cifras de presión arterial (por ejemplo, enfermedad aguda o consumo reciente de estimulantes), con el fin de evitar sesgos en los resultados.

Instrumento de Investigación

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado de 14 ítems, diseñado específicamente para evaluar características sociodemográficas, antecedentes familiares, estilos de vida y mediciones de presión arterial en los adultos jóvenes de la UCNE. El instrumento incluyó preguntas cerradas de opción múltiple para las Secciones A, B y C, abordando edad, sexo, estado civil, residencia, antecedentes familiares, actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, hábitos alimentarios y patrones de sueño, mientras que la Sección D registró datos clínicos numéricos de presión arterial sistólica y diastólica, incluyendo su clasificación según guías clínicas actuales.

Validación y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario estructurado, elaborado a partir de variables sociodemográficas, antecedentes familiares y factores de riesgo cardiovascular descritos en la literatura científica. La validez de contenido fue establecida mediante la revisión por juicio de experto, realizada por el asesor metodológico del estudio, quien evaluó la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems en relación con los objetivos planteados.

Previo a la aplicación definitiva, el cuestionario fue sometido a una prueba piloto en 10 estudiantes con características similares a la población objetivo, lo que permitió identificar posibles ambigüedades en la redacción, ajustar la secuencia de las preguntas y optimizar la comprensión de los ítems. A partir de esta prueba piloto se realizaron las modificaciones necesarias, contribuyendo a mejorar la consistencia interna y la aplicabilidad del instrumento.

Dado que el estudio tuvo un enfoque descriptivo y de tamizaje epidemiológico, y que el cuestionario incluyó principalmente variables categóricas y de registro clínico básico (como medición de presión arterial), no se consideró pertinente el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, ya que este índice se recomienda para escalas psicométricas con múltiples ítems que miden un mismo constructo latente. En su lugar, la confiabilidad del instrumento se sustentó en la estandarización del procedimiento de aplicación y en la uniformidad de los criterios utilizados para la medición de las variables.

Asimismo, las mediciones de presión arterial se realizaron siguiendo un procedimiento uniforme para todos los participantes, lo que contribuyó a reducir errores de medición y a fortalecer la confiabilidad de los datos obtenidos.

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a la recolección de los datos, se solicitó autorización formal a la Dirección de la Universidad Católica Nordestana (UCNE) y a las autoridades correspondientes de cada facultad, con el fin de acceder a los participantes y a los espacios destinados para la medición de la presión arterial.

La recolección de la información se realizó en un único momento por los investigadores responsables del estudio, garantizando en todo momento la privacidad, el anonimato y la

confidencialidad de los datos obtenidos. La presión arterial fue medida mediante una sola medición por participante, realizada el mismo día de la aplicación del instrumento, utilizando esfigmomanómetros previamente calibrados y siguiendo un protocolo estandarizado. Para la medición, los participantes permanecieron sentados, en posición de reposo, durante un período mínimo de cinco minutos, con el brazo apoyado a la altura del corazón.

Asimismo, se verificó que los participantes no hubieran realizado actividad física previa ni ingerido bebidas estimulantes, como café u otras que contengan cafeína, antes de la medición, a fin de evitar alteraciones en los valores de la presión arterial. Las mediciones fueron efectuadas por dos personas debidamente capacitadas, quienes registraron los valores de presión arterial sistólica y diastólica de cada participante, asegurando la uniformidad y precisión del procedimiento.

Finalmente, se aclara que el presente estudio corresponde a un tamizaje epidemiológico, cuyo propósito es identificar la distribución de valores de presión arterial en la población estudiada, sin constituir un diagnóstico clínico definitivo. En consecuencia, los resultados obtenidos no sustituyen la evaluación médica profesional ni implican la confirmación de una condición patológica, evitando así interpretaciones erróneas o situaciones de conflicto dentro del estudio.

Análisis de los Datos

Los datos fueron sometidos a un conteo manual y posteriormente introducidos en Microsoft Excel y Word para su organización y presentación. Se realizaron procedimientos descriptivos, incluyendo frecuencias y porcentajes para variables categóricas, como sexo, hábitos y antecedentes familiares, y media y desviación estándar para variables cuantitativas, como presión arterial e índice de masa corporal. La prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada se

calculó tanto en la población total como en subgrupos según sexo, edad y facultad, presentándose los resultados mediante tablas y gráficos que facilitaron su interpretación y comparación con la literatura existente.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

Este capítulo tiene como propósito presentar los resultados obtenidos tras el análisis de los datos recolectados mediante la aplicación del instrumento a los adultos jóvenes de 18 a 30 años de edad pertenecientes a la comunidad universitaria de la UCNE, durante el periodo octubre–diciembre, 2025.

Presentación de los Resultados

Tabla 1. Distribución en torno a la edad de los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Rango de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18–20 años	8	4.0	4.0
21–25 años	164	81.2	85.2
26–30 años	30	14.9	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En cuanto a la edad, la moda de la distribución se encuentra en el rango de 21–25 años, representando el 81.2% de los adultos jóvenes, mientras que el menor porcentaje corresponde al grupo de 18–20 años con un 4.0%.

Tabla 2. Distribución según sexo de los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	77	38.1	38.1
Femenino	125	61.9	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Respecto al sexo, la moda de la distribución corresponde al sexo femenino, que representó el 61.9% de los participantes.

Tabla 3. Distribución según estado civil de los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	164	81.2	81.2
Casado(a)	15	7.4	88.6
Unión libre	23	11.4	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En relación con el estado civil, la moda de la distribución se presenta en los adultos jóvenes solteros(as), quienes representaron el 81.2% de los participantes, y en menor porcentaje los casados(as) con un 7.4%.

Tabla 4. Distribución según lugar de residencia de los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Residencia	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbana	137	67.8	67.8
Rural	65	32.5	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En cuanto al lugar de residencia, la moda de la distribución corresponde a la zona urbana, representando el 67.8% de los participantes.

Tabla 5. Distribución según antecedentes familiares de hipertensión arterial en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Antecedentes familiares de HTA	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	133	65.8	65.8
No	35	17.3	83.1
No sabe / No recuerda	34	16.9	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Respecto a los antecedentes familiares de hipertensión arterial, la moda de la distribución se encuentra en los adultos jóvenes que sí refirieron antecedentes familiares, representando el 65.8%.

Tabla 6. Distribución según nivel de actividad física semanal en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Nivel de actividad física	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alta	27	13.4	13.4
Moderada	73	36.1	49.5
Baja	102	50.5	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En relación con el nivel de actividad física semanal, la moda de la distribución corresponde al nivel bajo, el cual representó el 50.5 % de los participantes.

Tabla 7. Distribución según consumo de alcohol en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Consumo de alcohol	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	31	15.3	15.3
Ocasional	144	71.3	86.6
Frecuente	27	13.4	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En cuanto al consumo de alcohol, la moda de la distribución se presenta en el consumo ocasional, con un 71.3%.

Tabla 8. Distribución según hábito de tabaquismo en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Tabaquismo	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca ha fumado	133	65.8	65.8
Exfumador	42	20.8	86.6
Fumador actual	27	13.4	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Respecto al hábito de tabaquismo, la moda de la distribución corresponde a los adultos jóvenes que nunca han fumado, representando el 65.8%.

Tabla 9. Distribución según hábitos alimentarios en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Hábitos alimentarios	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuados	54	26.7	26.7
Parcialmente adecuados	87	43.1	69.8
Inadecuados	61	30.2	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En relación con los hábitos alimentarios, la moda de la distribución se encuentra en los hábitos parcialmente adecuados, con un 43.1%.

Tabla 10. Distribución según patrones de sueño en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Patrones de sueño	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado	88	43.6	43.6
Inadecuado	114	56.4	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En cuanto a los patrones de sueño, la moda de la distribución corresponde a los patrones inadecuados, representando el 56.4% de los adultos jóvenes.

Tabla 11. Registro de la presión arterial sistólica en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Rango de presión arterial sistólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 120 (Normal)	187	92.6	92.6
120–129 (Presión arterial elevada)	11	5.4	98.0
130–139 (Hipertensión arterial estadio 1)	4	2.0	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Respecto a la presión arterial sistólica, la moda de la distribución se encuentra en el rango menor de 120 mmHg, correspondiente a presión arterial normal, el cual representó el 92.6% de los adultos jóvenes evaluados.

Tabla 12. Registro de la presión arterial diastólica en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Rango de presión arterial diastólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 80 (Normal)	188	93.1	93.1
80–89 (Hipertensión arterial estadio 1)	14	6.9	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En relación con la presión arterial diastólica, la moda de la distribución corresponde al rango menor de 80 mmHg, considerado presión arterial normal, el cual representó el 93.1% de la población estudiada.

Tabla 13. Distribución según clasificación de la presión arterial en adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

Clasificación	Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	187	92.6	92.6
Elevada	11	5.4	98.0
HTA estadio 1	4	2.0	100.0
Total	202	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos jóvenes (18–30 años) de la comunidad universitaria de la UCNE, periodo octubre–diciembre, 2025.

En cuanto a la clasificación de la presión arterial, la moda de la distribución se encuentra en la categoría normal, la cual representó el 92.6% de los adultos jóvenes.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

En el presente capítulo se presenta el análisis de los datos arrojados por la aplicación de la encuesta con los distintos estudios expuestos en el primer capítulo, además de las conclusiones y recomendaciones de lugar.

Análisis de los Resultados

Luego de la aplicación de la encuesta a las usuarias se encontraron las siguientes informaciones:

En relación con la edad de los adultos jóvenes estudiados, predominó el grupo etario de 21 a 25 años, representando el 81.2% de la población evaluada. Este hallazgo es congruente con lo reportado por Sabapathy et al. (2024), en el estudio titulado Prevalencia de hipertensión y presión arterial alta-normal en adultos jóvenes de Zimbabue, donde se observó que la hipertensión y las cifras elevadas de presión arterial fueron más frecuentes en adultos jóvenes de 22 a 24 años, evidenciando que este grupo etario constituye un período crítico para la detección temprana de alteraciones tensionales. Se considera que este comportamiento puede explicarse por tratarse de una etapa de transición caracterizada por cambios en los estilos de vida, aumento de la carga académica y adopción de conductas de riesgo, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias preventivas tempranas en este grupo poblacional.

Respecto al sexo, se observó un predominio del sexo femenino (61.9%) en la muestra estudiada. No obstante, este resultado contrasta con lo informado por Landazábal et al. (2019) en el estudio Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia, donde tanto la hipertensión como la prehipertensión

fueron más frecuentes en varones. En dicho estudio se reportó una prevalencia de hipertensión del 4.6% y de prehipertensión del 9.2%, con mayor afectación en hombres, lo que sugiere diferencias por sexo que pueden estar influenciadas por factores conductuales y contextuales propios de cada población. El predominio femenino en el presente estudio podría estar relacionado con una mayor participación de mujeres en actividades académicas y de salud preventiva, así como con diferencias en la percepción del autocuidado, lo que puede influir en la detección temprana de factores de riesgo.

En cuanto al estado civil, la mayor proporción de los adultos jóvenes correspondió a la condición de soltero(a), con un 81.2%, resultado que coincide con lo reportado por Landazábal et al. (2019) y por El-Agroudy et al. (2024) en el estudio Prehipertensión e hipertensión en estudiantes universitarios de Bahréin, donde la mayoría de los participantes también eran solteros, lo cual es esperable en poblaciones universitarias jóvenes. Esta condición responde al perfil etario y académico de la población estudiada y, si bien el estado civil no constituye un factor de riesgo directo, puede influir indirectamente en hábitos de vida relacionados con la alimentación, el sueño y la actividad física.

Con relación al lugar de residencia, predominó la residencia en zonas urbanas (67.8%). Este hallazgo es comparable con el estudio de Salazar et al. (2023) titulado Carga de hipertensión no diagnosticada en población urbana de Colombia, en el cual se reportó una elevada prevalencia de hipertensión no diagnosticada en contextos urbanos, destacando la necesidad de fortalecer estrategias de tamizaje en estas poblaciones. Se considera que la vida urbana favorece estilos de vida sedentarios, mayor exposición al estrés y hábitos alimentarios poco saludables, lo que justifica la implementación de programas preventivos dirigidos a jóvenes residentes en zonas urbanas.

En lo referente a los antecedentes familiares de hipertensión arterial, el 65.8% de los adultos jóvenes refirió antecedentes positivos, resultado consistente con Landazábal et al. (2019), quienes encontraron que el 72.7% de los estudiantes universitarios tenía antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, lo que refuerza la relevancia del componente hereditario como factor de riesgo temprano. Este hallazgo refuerza la importancia del componente hereditario como factor de riesgo no modificable y subraya la necesidad de intensificar acciones de prevención en jóvenes con carga familiar positiva.

Respecto al nivel de actividad física, el mayor porcentaje de los participantes presentó un nivel bajo de actividad física semanal (50.5%). Este valor supera lo reportado por Landazábal et al. (2019), quienes señalaron que el 26.1% de los estudiantes era insuficientemente activo y el 24.2% totalmente inactivo, lo que evidencia una tendencia creciente al sedentarismo en la población universitaria. Se considera que este resultado evidencia una tendencia creciente al sedentarismo en la población universitaria, posiblemente asociada al uso prolongado de dispositivos electrónicos, la carga académica y la falta de tiempo para la práctica regular de ejercicio físico.

En relación con el consumo de alcohol, predominó el consumo ocasional (71.3%), hallazgo que coincide parcialmente con lo descrito por Putri (2024) en el estudio Hipertensión en jóvenes indonesios: análisis de la base RISKESDAS 2018, donde se identificaron hábitos de riesgo conductuales asociados a la presión arterial elevada en jóvenes. Aunque el consumo ocasional no representa un riesgo inmediato, su normalización en edades tempranas podría favorecer patrones de consumo más frecuentes, incrementando el riesgo cardiovascular a largo plazo.

En cuanto al hábito de tabaquismo, la mayoría de los adultos jóvenes nunca había fumado (65.8%), resultado similar a lo reportado por Putri (2024) y por López et al. (2025) en el estudio Hipertensión en estudiantes universitarios de Estados Unidos y factores de riesgo, donde el tabaquismo presentó menor prevalencia en comparación con otros factores de riesgo cardiovascular. Se considera que este hallazgo constituye un factor protector relevante; sin embargo, no excluye la necesidad de reforzar programas educativos orientados a prevenir la iniciación del consumo de tabaco en este grupo etario.

Respecto a los hábitos alimentarios, predominó el grupo con hábitos parcialmente adecuados (43.1%), resultado comparable con lo encontrado por El-Agroudy et al. (2024) en Prehipertensión e hipertensión en estudiantes universitarios de Bahréin y por Bakheet et al. (2025) en Hipertensión y prehipertensión en estudiantes universitarios de Egipto, estudios en los que la alimentación inadecuada y el consumo frecuente de comida rápida se asociaron con cifras elevadas de presión arterial. Este patrón refleja una transición alimentaria típica del contexto universitario, donde las limitaciones de tiempo y recursos favorecen elecciones poco saludables, incrementando el riesgo cardiovascular a mediano plazo.

En relación con los patrones de sueño, el 56.4% de los participantes presentó patrones inadecuados, hallazgo que coincide parcialmente con Alahmad et al. (2025) en el estudio Hipertensión y presión elevada en estudiantes universitarios de Siria, donde se evidenció una alta prevalencia de sedentarismo y factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. Se considera que la alteración del sueño en estudiantes universitarios puede estar vinculada a exigencias académicas, uso excesivo de dispositivos electrónicos y niveles elevados de estrés, factores que influyen negativamente en la regulación de la presión arterial.

Respecto a la presión arterial sistólica, la moda se ubicó en el rango menor de 120 mmHg, correspondiente a presión arterial normal, con un 92.6%. Este resultado es congruente con lo reportado por Sabapathy et al. (2024), quienes describieron cifras similares de presión arterial normal y alta-normal en adultos jóvenes africanos. Estos valores reflejan el perfil joven de la población estudiada y el carácter preventivo del estudio, permitiendo identificar tempranamente posibles desviaciones antes de que evolucionen hacia hipertensión clínica.

En cuanto a la presión arterial diastólica, predominó el rango menor de 80 mmHg (93.1%), comparable con lo reportado por Fryar et al. (2024) en el informe Prevalencia de hipertensión en adultos jóvenes de Estados Unidos y por Sabater-Martorell y Kulkarni (2024) en su revisión sobre hipertensión en adultos jóvenes, quienes evidenciaron rangos similares en poblaciones jóvenes de distintos contextos. Se considera que este hallazgo confirma que la mayoría de los participantes se encuentra en rangos tensionales adecuados; no obstante, la presencia de factores de riesgo asociados justifica el seguimiento y la educación preventiva continua.

Respecto a la clasificación global de la presión arterial, predominó la categoría normal (92.6%), resultado superior a lo reportado por Salazar et al. (2023), Bakheet et al. (2025) y López et al. (2025), quienes encontraron mayores proporciones de presión arterial elevada e hipertensión en población universitaria, lo que resalta las diferencias contextuales y refuerza el carácter preventivo y de tamizaje del presente estudio. Estas diferencias responden a particularidades contextuales y metodológicas, así como al enfoque de tamizaje epidemiológico del presente estudio, el cual no persigue un diagnóstico clínico definitivo, sino la identificación temprana de factores de riesgo en población universitaria.

Conclusiones

Luego de establecido el análisis del estudio se plantean las siguientes conclusiones:

En la descripción de las características sociodemográficas de los adultos jóvenes, la mayoría se ubicó en el rango de edad de 21 a 25 años, predominó el sexo femenino, la condición civil de soltero(a) y la residencia urbana, evidenciando el perfil predominante de la población universitaria de la UCNE durante el periodo de estudio.

La identificación de los valores de presión arterial mostró que los adultos jóvenes presentaron valores promedio predominantes de 120 mmHg para la sistólica y 77 mmHg para la diastólica, reflejando los registros más frecuentes de presión arterial dentro del grupo evaluado.

La clasificación de la presión arterial reveló que la mayoría de los adultos jóvenes presentó presión arterial normal, mientras que solo un pequeño grupo evidenció presión arterial elevada e hipertensión arterial estadio 1, siendo nula la hipertensión arterial estadio 2, lo que permite establecer los niveles de presión arterial predominantes en la población universitaria.

En relación con los factores conductuales asociados a la hipertensión no diagnosticada, se determinó que el nivel de actividad física predominante fue bajo, el consumo ocasional de alcohol fue mayoritario, la mayoría nunca había fumado, los hábitos alimentarios fueron parcialmente adecuados y los patrones de sueño inadecuados fueron predominantes, reflejando las conductas y estilos de vida más frecuentes entre los adultos jóvenes evaluados.

La evaluación de los antecedentes familiares de hipertensión arterial indicó que la mayoría de los adultos jóvenes refirió la presencia de antecedentes familiares positivos, mientras que el resto no presentó antecedentes o no los recordaba, evidenciando la frecuencia de

antecedentes familiares y su posible relación con la aparición de presión arterial elevada en un pequeño porcentaje de los participantes.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, el diseño descriptivo y transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, sino únicamente describir su comportamiento en un momento determinado.

Asimismo, el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia limitan la posibilidad de generalizar los hallazgos a toda la población universitaria.

Finalmente, no se realizó un análisis estadístico de asociación entre la presión arterial y los factores conductuales, lo que impide determinar relaciones estadísticas significativas entre dichas variables, constituyendo una limitación metodológica del estudio.

Recomendaciones

Luego de realizada las conclusiones del estudio se exponen las siguientes recomendaciones de lugar a los distintos organismos correspondientes:

A la comunidad universitaria

Mantener un nivel adecuado de actividad física semanal.

Evitar el consumo excesivo de alcohol.

Moderar el consumo de alimentos ultraprocesados.

Fomentar hábitos de sueño adecuados.

Reducir factores conductuales asociados a la hipertensión no diagnosticada para favorecer la salud cardiovascular.

A los profesionales de la salud de la universidad

Implementar programas de tamizaje de presión arterial para los estudiantes.

Realizar monitoreo periódico de la presión arterial.

Prestar especial atención a estudiantes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, bajos niveles de actividad física y hábitos alimentarios inadecuados.

Detectar tempranamente la presión arterial elevada.

A la administración universitaria

Se recomienda a la Universidad Católica Nordestana implementar programas periódicos de tamizaje de presión arterial dirigidos a estudiantes jóvenes, con el fin de detectar tempranamente casos de hipertensión no diagnosticada.

Desarrollar campañas educativas orientadas a la promoción de la actividad física, alimentación saludable y adecuada higiene del sueño, como estrategias preventivas frente al riesgo cardiovascular.

Fortalecer la coordinación con los servicios de salud universitarios para el seguimiento y orientación de los estudiantes identificados con cifras tensionales elevadas.

A los jóvenes adultos

Adoptar hábitos de vida saludables, incluyendo la práctica regular de actividad física.

Moderar o eliminar el consumo de alcohol.

Evitar el tabaquismo.

Mejorar la calidad de la alimentación incorporando frutas y verduras diariamente.

Mantener patrones de sueño adecuados.

Realizar controles periódicos de presión arterial, especialmente quienes tengan antecedentes familiares de hipertensión.

Detectar tempranamente valores elevados y prevenir complicaciones cardiovasculares futuras.

A las futuras investigaciones

Realizar estudios longitudinales sobre la evolución de la presión arterial en adultos jóvenes universitarios.

Evaluar la relación entre presión arterial, factores conductuales y antecedentes familiares.

Generar evidencia que respalde estrategias preventivas más efectivas en esta población.

Referencias bibliográficas

- Alahmad, S., et al. (2025). Unveiling the silent threat: Exploring hypertension prevalence and risk factors among university students in Syria. *International Journal of Public Health*, 70, 1607939. <https://www.ssph-journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2025.1607939/full>
- American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee. (2025). 2025 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation*. <https://doi.org/10.1016/j.sciencedirect.2025.0734800>
- American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee. (2025). 2025 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Circulation*. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001356?utm_
- American College of Cardiology/American Heart Association. (2017). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.
- American College of Cardiology/American Heart Association. (2017). 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.
- American Heart Association. (2022). Hypertension guidelines and cardiovascular prevention.
- Avezum, A., Oliveira, G. B. F., Lanas, F., Lopez-Jaramillo, P., Diaz, R., Miranda, J. J., et al. (2017). Secondary CV Prevention in South America in a Community Setting. *Glob Heart*, 12(4), 305–313. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211816016307001>
- Bakheet, T. M., et al. (2025). Hypertension and prehypertension among undergraduate students. *Egyptian Journal of Community Medicine*. https://ejcm.journals.ekb.eg/article_365439_d5d07434c5fceedaa9382b950d149b8b.pdf
- Carretero, O. A., & Oparil, S. (2022). Essential hypertension. Part I: Definition and etiology. *Circulation Research*, 130(8), 1071–1089. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.321632>

- Carretero, O. A., & Oparil, S. (2022). Essential hypertension. Part I: Definition and etiology. *Circulation Research*, 130(8), 1071–1089. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.321632>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Alcohol and public health. <https://www.cdc.gov>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Hypertension prevalence in adults, United States. <https://www.cdc.gov>
- Chuquipoma, L. (2018). Factores de riesgo y su relación con la hipertensión arterial en población mayor de 40 años, Distrito de Cajamarca, Perú. https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3888/Tesis_Hipertensi%c3%b3n_Arterial.pdf?sequence=1
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). Definición complicación. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
- El-Agroudy, A. E., et al. (2024). Pre-hypertension and hypertension among university students in Bahrain: A study of prevalence and associated risk factors. *Cureus*, 16(3), e55989. <https://doi.org/10.7759/cureus.55989>
- Ensanut (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- European Society of Hypertension & European Society of Cardiology. (2024). 2024 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. https://secardiologia.es/images/2023/Gu%C3%ADas/Final_GPC_ESC_2024_PA_elevada_e_hipertensio%CC%81n.pdf?utm_
- FAO. (2021). Diet, nutrition and health. <https://www.fao.org>
- Fryar, C. D., Ostchega, Y., & Hales, C. M. (2024). *Hypertension prevalence in adults, United States, 2021–2023*. CDC/NCHS Data Brief 511. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db511.htm>
- Gorostidi Pérez, M., Gijón- Conde, T., de la Sierra, A., Rodilla, E., Rubio, E., Vinyoles, E., Oliveras, A., et al. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión

arterial en España 2022. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.

Guía, A. J. H. (2025). Hypertension in young adults: Social determinants of prevalence, awareness, treatment, and control. *American Journal of Hypertension*.
<https://academic.oup.com/ajh/advance-article-abstract/doi/10.1093/ajh/hpaf203>

Guía, et al. (2025). National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) – Young adults hypertension prevalence.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.

Herzog, E. N., Smith, A. L., & Johnson, B. A. (2025). Guidelines for lifestyle modification in the prevention of hypertension. *Journal of Preventive Cardiology*. https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/Articles/2025/10/01/01/New-in-Clinical-Guidance-HBP?utm_

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). Clasificación sociodemográfica.

Landazábal, O. S., Sotomayor, C. V., Muñoz, A. P., Delgado, A. R., & Cobos, R. R. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 21(2), 16–23. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2019.v21.1372>

López, T. A., et al. (2025). Hypertension in college students. *Food and Nutrition Sciences*, 16(2).
https://www.scirp.org/pdf/fns2025162_32704044.pdf

Lugo, C. (2022). Hipertensión arterial. <https://cardiologia-lugo.com/hipertension-arterial/>

Medical Educator. (2023). Universidad Católica Nordestana (UCNE) – Facultad de Ciencias Médicas. <https://medicaeducator.co.uk/directory/universidad-catolica-nordestana-ucne-facultad-de-ciencias-medicas>

Mughal, M. Z. U. A., Saad, M., Singh, G. D., Tariq, O. M., Farooq, M. A., & Ahmad, M. (2025). Prevalence of undiagnosed hypertension in young adults: A community-based study. *Cureus*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12366481/>

- Mughal, M. Z. U. A., Saad, M., Singh, G. D., Tariq, O. M., Farooq, M. A., & Ahmad, M. (2025). Prevalence of undiagnosed hypertension in young adults: A community-based study. *Cureus*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40842804/>
- National Health and Nutrition Examination Survey (Ensanut). (2023). Detección, atención y control de hipertensión arterial. PubMed.
- National Institutes of Health. (2022). Tobacco and smoking. <https://www.nih.gov>
- National Sleep Foundation. (2020). Sleep health recommendations.
- Okesina, A. A., et al. (2024). Prevalence of undiagnosed hypertension and associated factors in Rwanda. *BMC Public Health*, 24, 2495. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19999-1>
- ONU-Hábitat. (2020). Urban and rural classifications.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Factores de riesgo. <https://revistamedica.com/herramientas-gestion-factores-de-riesgo-trabajo-social-sanitario/#:~:text=Resumen%20La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20%28OMS%29,su%20probabilidad%20de%20sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud. (2020–2023). Physical activity guidelines; Hypertension fact sheets. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Hipertensión arterial. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Informe regional de hipertensión arterial. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Informe regional de hipertensión arterial en las Américas. <https://www.paho.org>
- Peñaherrera López, L. A. (2020). Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos, Ecuador.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%2CLIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf>

Putri, L. R. (2024). Prevalence and risk factors of hypertension among young adults. *Open Public Health Journal*, 18, e18749445361291.

<https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/18/ELOCATOR/e18749445361291/>

Sabapathy, K., et al. (2024). Prevalence of hypertension and high-normal blood pressure among young adults. *The Lancet Child & Adolescent Health*.

Sabapathy, K., et al. (2024). Prevalence of hypertension and high-normal blood pressure among young adults in Zimbabwe (Prevalencia de hipertensión y presión arterial alta-normal en adultos jóvenes de Zimbabue). *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(2), 101–111.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38070533/>

Sabater-Martorell, A., & Kulkarni, S. (2024). Investigation and management of young-onset hypertension: Review of prevalence and implications. *Journal of Human Hypertension*.

<https://www.nature.com/articles/s41371-024-00922-5>

Salazar Flórez, J. E., et al. (2023). Burden of undiagnosed hypertension and its associated factors. *PLOS ONE*, 18(11), e0294177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294177>

Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2022. https://www.clinicalhypertension.org/pdf/10.1186/s40885-024-00269-6?utm_

Universidad Católica Nordestana. (2018). UCNE arriba a sus 40 años de fundación.

<https://www.ucne.edu/p/index.php/noti/991-ucne-arriba-a-sus-40-anos-de-fundacion>

Vallejos-Mavila, J. C., Espinoza-Rojas, R., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2024). Hipertensión arterial no diagnosticada en un país de ingresos medianos bajos, 2019–2021. *Archivos de Cardiología de México*, 95(1), 9–17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38723662/>

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., et al. (2017). 2017

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults.

Hypertension, 71(6), e13–e115. https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2017/11/09/11/41/2017-guideline-for-high-blood-pressure-in-adults%EF%BB%BF?utm_

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*, 72(2), 160.e1–e78. <http://samin.es/wp-content/uploads/2019/03/Gui%CC%81as-Europeas-HTA-2018.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título del instrumento:

Cuestionario sobre características sociodemográficas, estilos de vida y mediciones de presión arterial en adultos jóvenes de la UCNE

Población objetivo:

Adultos jóvenes de 18 a 30 años de la comunidad universitaria de la UCNE.

Instrucciones para el participante:

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con sus datos generales, antecedentes y hábitos de vida. Sus respuestas serán confidenciales y utilizadas únicamente con fines de investigación. Por favor, marque con una “X” la opción que mejor lo represente o complete la información solicitada.

SECCIÓN A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

¿En qué rango de edad se encuentra usted?

- A. 18–20 años
- B. 21–25 años
- C. 26–30 años

2. Sexo

- A. Masculino
- B. Femenino

3. Estado civil

- A. Soltero(a)
- B. Casado(a)

- C. Unión libre
- D. Otro: _____

4. Residencia

Lugar donde reside actualmente:

- A. Urbana
- B. Rural

SECCIÓN B. ANTECEDENTES FAMILIARES

5. ¿Alguno de sus familiares de primer grado (padre, madre o hermanos) ha sido diagnosticado con hipertensión arterial por un profesional de la salud?

- A. Sí
- B. No
- C. No sabe / No recuerda

SECCIÓN C. FACTORES CONDUCTUALES Y ESTILOS DE VIDA

6. Actividad física

En una semana típica, ¿cómo describiría su nivel de actividad física (ejercicio, deportes, caminatas rápidas, etc.)?

- A. Alta (ejercicio ≥ 5 días a la semana, mínimo 30 minutos)
- B. Moderada (ejercicio 2–4 días a la semana, mínimo 30 minutos)
- C. Baja (ejercicio 1 día a la semana o menos, o casi nunca realiza actividad física)

7. Consumo de alcohol

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido bebidas alcohólicas?

- A. Nunca
- B. Ocasional (menos de una vez por semana)
- C. Frecuente (una vez por semana o más)

8. Tabaquismo

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual respecto al consumo de tabaco (cigarrillos, vapeo u otros derivados)?

- A. Nunca ha fumado
- B. Exfumador (fumaba antes, pero actualmente no fuma)
- C. Fumador actual

9. Hábitos alimentarios

En general, ¿cómo describiría sus hábitos alimentarios considerando consumo de frutas, verduras, alimentos ultraprocesados y sal?

- A. Adecuado (consume frutas y verduras diariamente, limita alimentos procesados y sal)
- B. Parcialmente adecuado (a veces consume frutas y verduras, consumo moderado de procesados y sal)
- C. Inadecuado (pocas frutas y verduras, frecuente consumo de alimentos procesados y alta ingesta de sal)

10. Patrones de sueño

En las últimas semanas, ¿cómo describiría la duración y calidad de su sueño?

- A. Adecuado (duerme entre 7 y 9 horas, sueño generalmente reparador)
- B. Inadecuado (duerme menos de 7 horas o más de 9, o refiere sueño poco reparador con frecuencia)

SECCIÓN D. REGISTRO CLÍNICO DE PRESIÓN ARTERIAL

(A completar por el investigador / personal capacitado)

11. Presión arterial sistólica (PAS)

- A. Primera medición: _____ mmHg
- B. Segunda medición (si se repite): _____ mmHg
- C. PAS registrada (promedio o valor válido): _____ mmHg

12. Presión arterial diastólica (PAD)

- A. Primera medición: _____ mmHg
- B. Segunda medición (si se repite): _____ mmHg
- C. PAD registrada (promedio o valor válido): _____ mmHg

13. Clasificación de la presión arterial (según guías clínicas utilizadas)

- A. Normal
- B. Elevada
- C. Hipertensión Arterial Estadio 1
- D. Hipertensión Arterial Estadio 2