

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
CARDIOMETABOLICOS (ALCOHOL, TABACO, OBESIDAD) Y SU REPERCUSIÓN
SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 35 AÑOS
DE EDAD QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE DR. FÉLIX MARÍA GOICO EN
EL PERIODO FEBRERO-ABRIL 2025**

Sustentantes:

Dra. Liess Desiré Santana Matrícula 22-1183

Dr. Yunior Amado Sosa Abreu Matrícula 22-1189

Asesores

Dr. Cosme Ventura – Asesor Clínico

Dr. Ángel Campusano – Asesor Metodológico

Los conceptos emitidos en la presente tesis de post grado son de la exclusiva responsabilidad de los autores de la misma.

Santo Domingo, Distrito Nacional
Junio 2025

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA5

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN6

1.3 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS7

1.4 JUSTIFICACIÓN.....8

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES11

2.2 MARCO CONCEPTUAL18

2.2.1 CONCEPTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL18

2.2.1.1 CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....19

2.2.1.2 ETIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....22

2.2.1.3 FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL.....23

2.2.1.4 SIGNOS Y SINTOMAS.....23

2.2.1.5 CRITERIOS DIAGNOSTICOS.....24

2.2.1.6 DIAGNOSTICO25

2.2.1.7 TRATAMIENTO28

2.2.1.7.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO, CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA28

2.2.1.7.2 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	29
2.2.1.7.3 CLASES PRINCIPALES DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS.....	29
2.2.1.7.4 NUEVAS TERAPIAS EMERGENTES	31
2.2.1.7.5 ESTRATEGIA DE COMBINACION Y AJUSTE DE DOSIS.....	32
2.2.1.7.6 PERSONALIZACION DEL TRATAMIENTO Y CONSIDERACIONES ESPECIALES	33
2.2.1.7.7 OBJETIVO ÓPTIMO DE PRESION ARTERIAL Y RANGO DE TRATAMIENTO	34
2.2.1.7.8 SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	34
2.2.1.7.9 MANEJO DE GRUPOS O CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE PACIENTES.....	35
2.2.2 TABACO E HIPERTENSION ARTERIA.....	36
2.2.3 OBESIDAD E HIPERTENSION ARTERIAL	37
2.2.4 CONSUMO DE ALCOHOL E HIPERTENSION ARTERIAL.....	38
 CAPÍTULO 3:	
3.1 VARIABLES	40
3.1.1 VARIABLE DE ESTUDIO	40
3.1.2 VARIABLES DE CARACTERIZACION	40
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	41
3.3 DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.3.1 TIPO DE ESTUDIO	43
3.3.2 DEMARCACIÓN GEOGRÁFICA	43
3.3.3 TIEMPO DE REALIZACIÓN	44
3.3.4 POBLACIÓN	44
3.3.5 MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	44
3.3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45

3.3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
3.3.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS	45
3.3.9 PRINCIPIOS ÉTICOS	46
CAPÍTULO 4	
4.1 RESULTADOS	49
CAPÍTULO 5	
5.1 DISCUSIÓN	60
5.2 CONCLUSIONES	64
CAPITULO 6	
6.1 RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
ANEXOS.....	76

DEDICATORIA

A *Dios*, ya que por Su gracia pudimos recorrer este camino estrecho y a pesar de todos los tropiezos, altas y bajas, nos cubrió con Su santo manto, llevándonos a la meta final. *Filipenses 4,13*.

A la Universidad Iberoamericana (UNIBE), por ser el medio de transporte para obtener la resolución de este proyecto, el ser Médicos Familiares y Comunitarios.

Al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, por acogernos, convertirse en nuestro segundo hogar, permitimos desarrollarnos, fortalecer nuestros conocimientos y destrezas.

Al Dr. Jesús María Guerrero, ex director de este centro, por ser un pilar y un ejemplo de profesionalismo y humildad, con sus puertas siempre abiertas para recibarnos y brindarnos su apoyo.

A la Dra. Niobis Encarnación, porque a pesar de ser LEY, BATUTA y CONSTITUCION, nos forjo con la academia, la disciplina y el respeto, así como la empatía hacia los pacientes, puliéndonos cual diamante en bruto que salen a la calle a dar LUZ.

A todos nuestros familiares quienes con su sacrificio, amor y tiempo que nos dedicaron durante todo el trayecto de esta residencia, aportaron de manera significativa en nuestro desarrollo, haciendo más llevadera esta etapa crucial de nuestras carreras.

A nosotros mismos, porque aguantamos con toda envergadura este proceso en nuestras vidas, demostrando nuestra valía al alcanzar esta meta. WE DID IT!

Dres. Líess Desiré Santana / Yuniór Amado Sosa Abreu

AGRADECIMIENTOS

Jehová te guardará de todo mal; Él guardará tu alma. Jehová guardará tu salida y tu entrada desde ahora y para siempre. ¡Amén! Salmos 121: 7-8

Primeramente, a *Dios*, sin el este proyecto no hubiese sido posible culminarlo, me ha dado las fuerzas y el valor para llegar a la meta final.

A mi querida *Madre*, quien a pesar de no estar en este mundo, siempre me acompaña en cada paso, pues recuerdo de ella sus palabras y consejos sabios, su preocupación por mi educación y futuro. Un ejemplo de esfuerzo y entrega, dando lo mejor de sí cada día para sus hijos, ocupándose en sus labores para que pudiéramos ser mejores seres humanos. Te amo madre, por siempre y para siempre. *¡Sigue descansando bajo las alas del Altísimo!*

A mi padre, por su apoyo moral, por darme ese empujón que necesite en su momento. No recuerdo nunca haber escuchado un regaño de tu parte, pero si decirme con firmeza lo difícil que es esta vida y que quedarse como medico general no era una opción. ¡Siempre agradecida de ti padre!

A mis hijos: *Zuleima, Heise e Ethan*, ellos son el mi motivo, mi inspiración. Para ellos quiero ser un ejemplo de valentía y persistencia. Siempre recordarles “lo que se quiere, se puede”, que se propongan metas y luchen para que las mismas se cumplan. Ellos son mi mayor regalo de la vida, mi verdadero logro. Soy afortunada por sus vidas, derretida por sus sonrisas al llegar a casa.

A mi *esposo*, por el compañero que es, mas no puedo pedir. Se que no ha sido fácil atravesar conmigo este camino, pero henos aquí, ya es el final del mismo y nuevas puertas se han de abrir. Es hora disfrutar lo que logramos, sin ti, sin tu apoyo, sin tu voz diciéndome “rendirse no es el camino”. ¡Mi complemento!

A mi abuelo Ramón Sención Santana, y a mis tías Thelma Santana y Kenia Santana, por su apoyo en esta etapa de mi carrera, ¡gracias por tanto!

A la coordinadora, *Dra. Niobis Encarnación*, la jefa de enseñanza, *Dra. Mercedes Sarita Valdez*, al *Dr. Richard Medina* ¡*Medina resuelve!*) y a mis compañeros en este proyecto de vida, especialmente a mi compañero de tesis, Dr. Sosa, de quien recordaré con afecto aquellos servicios en cuales nos llegaban las 3am y seguíamos en pie, aunque él se dormía, mientras trabajamos la entrega de guardia, al principio lo negaba, pero luego decía: “en verdad si, manita”.

Al personal del hospital Dr. Feliz Ma. Goico, quienes con su cooperación y buena voluntad hacen más llevadero nuestro trabajo. Especialmente a la *Lic. Núñez*, *Licda. Jiménez*, *Lic. John Kelly*, Comprobé que es cierto lo que dicen “trata bien a las enfermeras o te harán el servicio imposible”. Especial mención a las chicas de farmacia, *Cristina* y *Magalis*, confío en poder seguir disfrutando de su café con leche y agradable amistad.

Dra. Líess Desiré Santana

AGRADECIMIENTOS

1ra Corintios 13, 2.8-11

En primer lugar, quiero agradecer a quien honor merece, que es Dios, gracias padre por tu inmenso amor, por tu infinita misericordia, y por toda la bondad que has tenido conmigo en cada paso de esta residencia, sin Tu cuidado y sostén hubiera sido imposible. Gracias por amarme tanto, yo también te amo y te doy el primer lugar.

A mi flamante esposa, quien a pesar de solo tener 2 meses de casada conmigo acepto soltarme por el bien mayor de hacerme especialista, también por ser mi lugar de paz y mi voz en el desierto, cada día fue posible gracias a que rezabas conmigo, y sentía tu compañía. Prometo que cada paso que di y seguiré dando valdrá la pena y dará frutos. Te amo. A ti también querida Amaiah y mi último retoño, mi chichi en la panza; prometo dar todo de mi para que tengan una linda vida.

A mi mama y mi papa, Celin y Ángel y también a mi amada abuela Matilde, por nunca abandonarme en estos días, por acogerme en santo domingo, por darme cariño y amor cuando mas lo necesite, y desearme cada día que este logro fuera posible y siempre confiar en mi, sin ustedes no hubiera podido lograrlo tampoco. Gracias por tanto esfuerzo.

A mis hermanos de comunidad, especialmente a mis responsables Miguel y Keila, que siempre han estado presentes, llamándome para saber cómo estaba y rezar por mí, también a Melo y Belkis que estuvieron pendientes también de mí y de mi esposa, ayudándonos a que la distancia no fuera una limitación.

A la Coordinadora Dra. Niobis Encarnación, y a mi querida jefa de Enseñanza Dra. Mercedes Sarita, gracias por ser pilar de enseñanza, de ustedes me llevo la capacidad de hacer mi propio camino y salir en victoria. Dr. Richard Medina, a usted le debo mucho, para mí un padre en la residencia, gracias por siempre estar disponible para nosotros. Bendiciones de lo alto.

A mis compañeros de año de residencia, especialmente a las de mi primer team, el TEAM QUESASO: Quezada, Santana y Sosa, compartir con ustedes esta aventura de la residencia fue una bendición, con ustedes me reí, aprendí, llore, comimos bastante y también pasamos etapas duras en la residencia, que esta amistad que se formó aquí continúe y que Dios bendiga su camino siempre y guíe su rumbo laboral hacia el éxito. Santana, tú y yo decidimos finalizar este trayecto

juntos como compañeros de tesis, gracias por despertarme y joderme tanto en esos servicios del R1nato, nunca olvidare los tanqueritos que me dabas con cariño, debimos hacer más servicios juntos ¡*ha ha!*. A los demás les deseo una feliz vida laboral.

A mis R2, especialmente a mi hija Morizette, también a Ramírez y a Báez, a ustedes les deseo todo lo lindo que puede haber, con ustedes aprendí la responsabilidad de tener a quienes instruir, ayudar y hasta llorar o quejarme con ustedes, como una verdadera relación de padre e hijos, chicos, que tengan un buen último año y éxito a cada uno en su camino a seguir. ¡Éxitos!

A mis R1, especialmente a Diaz y Abreu, sigan así, denlo todo, no se cansen, respiren, y estudien mucho más, verán los frutos muy, aunque parezcan largos los pasos, el camino es mas corto de lo que creen. ¡Ustedes pueden, NO SE RINDAN!

Al Centro Médico Central Romana, especialmente a Lic. Adelfa y al Dr. López, verdaderamente ha sido un honor que me tuvieran presente para este proceso de la residencia, prometo dar todo de mi para que siga prosperando como hasta ahora el centro médico. ¡Dios siga iluminando sus vidas y me permita devolverlo al ciento por uno!

A mis suegros, Mayra y Carlixto, y a mis cuñadas Erika y Lorena, por ser parte de este periodo de mi vida y brindarme café.

A mis amigos del alma, Ramon, Josías, Joan, Rubén, Jean, Gelson, Nicolas, Misael, Diana, Laura, Tracy, gracias por ser también apoyo en este proceso, bendiciones para todos.

A mi Comadre, Daisy, querida conocerte me ayudo como no te imaginas a reintegrarme en la iglesia aquí en Santo Domingo y poder seguir compartiendo el don de la música que Dios me dio, fue tan importante que tuvimos que compadrarnos, te deseo que puedas cumplir tus metas y sueños y logres entrar a la residencia de tus sueños y hacerte especialista pronto. Éxitos

A las personas que conocí en la residencia que me ayudaron en el transcurso de la misma, especialmente a la Lic. Núñez, Lic. José, a Santos, William, Lic. Acosta, Dra. Mewry, Ex Director Dr. Jesús María Guerrero, Dra. Rosario, Dra. Florián, Dra. Montero, y tantas personas más. Gracias por tanto cariño, bendiciones para ustedes.

Dr. Yuniór Amado Sosa Abreu

RESUMEN

La hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia creciente entre los adultos jóvenes debido a la exposición temprana a factores de riesgo modificables como el consumo de alcohol, tabaco y la obesidad. Esta investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre dichos factores de riesgo cardiometabólicos y su repercusión en la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, en el período febrero-abril 2025.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal con una muestra de 98 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó variables sociodemográficas, nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo, percepción de riesgo y fuente de información.

Los resultados mostraron que el 72% de los encuestados presentaron un nivel de conocimiento medio sobre los factores de riesgo, el 22% un nivel alto y solo el 5% un nivel bajo. La mayoría de los participantes (52%) afirmó no haber recibido información previa sobre hipertensión arterial ni sus factores de riesgo. Se observó que el nivel de conocimiento estaba relacionado con la edad y el nivel académico: los encuestados de 30 a 35 años y aquellos con estudios universitarios mostraron mayor conocimiento.

Se concluye que, si bien existe un conocimiento moderado en la mayoría de los participantes, persisten brechas importantes en la educación en salud que deben ser abordadas desde un enfoque preventivo y comunitario. Se recomienda fortalecer las estrategias de promoción de la salud en el hospital y en la formación de los médicos residentes, con el objetivo de mejorar el autocuidado y prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares desde edades tempranas.

Palabras clave: hipertensión arterial, factores de riesgo cardiometabólicos, adultos jóvenes, conocimiento, alcohol, tabaco, obesidad.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the leading public health problems worldwide, with a growing prevalence among young adults due to early exposure to modifiable risk factors such as alcohol consumption, tobacco use, and obesity. This research aimed to determine the level of knowledge about these cardiometabolic risk factors and their impact on hypertension in young adults aged 18 to 35 years who attend the Dr. Félix María Goico Teaching Hospital during the period February–April 2025.

An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of 98 participants selected through non-probabilistic convenience sampling. A structured questionnaire was applied, including sociodemographic variables, knowledge level about risk factors, risk perception, and information sources.

Results showed that 72% of participants had a medium level of knowledge about the risk factors, 22% had a high level, and only 5% had a low level. Most respondents (52%) stated that they had not previously received information about hypertension or its associated risk factors. A correlation was observed between knowledge level and both age and educational level: those aged 30 to 35 and those with university education showed higher knowledge levels.

In conclusion, although most participants demonstrated a moderate level of knowledge, significant gaps remain in health education that must be addressed through preventive and community-based strategies. It is recommended to strengthen health promotion strategies within the hospital and medical residency programs, in order to improve self-care and prevent the development of cardiovascular diseases from an early age.

Keywords: arterial hypertension, cardiometabolic risk factors, young adults, knowledge, alcohol, tobacco, obesity.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se manifiesta por un aumento sostenido de la presión arterial y representa el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En la mayoría de los casos, se trata de hipertensión primaria o esencial, en la cual no se encuentra una causa específica. Sin embargo, cerca del 10% de los pacientes presentan hipertensión secundaria, cuya etiología es identificable, aunque algunas investigaciones sugieren que este porcentaje podría incrementarse si se realizara una evaluación más exhaustiva. (Cardiology, 2024).

Se estima que afecta a más de 1.28 mil millones de personas en todo el mundo, con un impacto significativo en la población joven debido a su inicio silencioso y progresivo. En el contexto de la República Dominicana, la hipertensión arterial representa un problema de salud pública con alta prevalencia, especialmente en adultos jóvenes, donde los factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo de alimentos ultra procesados y el tabaquismo han aumentado considerablemente en las últimas décadas. (OMS, 2023).

En adultos jóvenes de entre 18 y 35 años, la prevalencia de la hipertensión arterial ha mostrado un incremento, impulsado por la presencia de factores de riesgo modificables como el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad, los cuales conforman la denominada tríada de riesgo metabólico y cardiovascular. (Dr. Airam Navarro Palacios, 2020).

La hipertensión entre adultos jóvenes muestra una tendencia creciente, influenciada por aspectos como el estilo de vida, el sexo, el sobrepeso u obesidad, y condiciones socioeconómicas,

además, en esta población, particularmente en los hombres, suele observarse un menor nivel de conocimiento y control de su presión arterial elevada. (ACC/AHA, 2017).

Por todo lo que se expuso anteriormente surgió la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardio metabólicos (alcohol, tabaco y obesidad) en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, en el periodo febrero-abril 2025?

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
CARDIOMETABOLICOS (ALCOHOL, TABACO, OBESIDAD) Y SU REPERCUSIÓN
SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 35 AÑOS
DE EDAD QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE DR. FÉLIX MARÍA GOICO EN
EL PERIODO FEBRERO-ABRIL 2025.**

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO 1

1.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que afecta a más de 1.28 mil millones de personas en todo el mundo, con un impacto significativo en la población joven debido a su inicio silencioso y progresivo. En el contexto de la República Dominicana, la hipertensión arterial representa un problema de salud pública con alta prevalencia, especialmente en adultos jóvenes, donde los factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo de alimentos ultra procesados y el tabaquismo han aumentado considerablemente en las últimas décadas. (OMS, 2023)

En adultos jóvenes de entre 18 y 35 años, la prevalencia de la hipertensión arterial ha mostrado un incremento, impulsado por la presencia de factores de riesgo modificables como el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad, los cuales conforman la denominada tríada de riesgo metabólico y cardiovascular (Dr. Airam Navarro Palacios, 2020).

A pesar de la creciente evidencia sobre la relación entre estos factores y la hipertensión arterial, diversos estudios han señalado un bajo nivel de conocimiento en la población joven respecto a su impacto en la salud cardiovascular (Dr. Airam Navarro Palacios, 2020). Este desconocimiento puede contribuir a un diagnóstico tardío y al desarrollo de complicaciones a largo plazo. En el

Hospital Dr. Félix María Goico, donde se atiende a una población diversa en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, es fundamental evaluar el grado de conocimiento de estos factores de riesgo para diseñar estrategias de prevención y educación en salud más efectivas.

1.2 Pregunta de la investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco, obesidad) y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al hospital docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025?

1.3 Objetivos

Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco y obesidad), y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al hospital docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero – abril 2025.

Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de conocimiento sobre la relación entre el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad con la hipertensión arterial en la población estudiada.
- Identificar las fuentes de información utilizadas por los pacientes para conocer sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo.
- Proponer estrategias de intervención para mejorar la educación en salud sobre hipertensión arterial y sus factores de riesgo modificables en la población joven atendida en el hospital.
- Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos para fortalecer las actividades de promoción de la salud en el hospital.

1.4 Justificación

La prevención de la hipertensión arterial, en el contexto de la medicina familiar y comunitaria, debe abordarse de manera integral, considerando los determinantes sociales de la salud y los hábitos de vida. Los adultos jóvenes representan una población con alto potencial de cambio conductual con relación a los factores de riesgo modificables, ya que estos tienen un riesgo acumulativo desde edades tempranas.

Luego de una exhaustiva revisión de la literatura tanto internacional como nacional en materia de hipertensión arterial, en lo que se refiere a los factores de riesgos cardiometabólicos han sido ampliamente discutidos, sin embargo, hasta la fecha no existe ningún estudio con relación a los factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco, obesidad) en la población seleccionada para la realización de este trabajo en el Hospital Docente Dr. Félix María Goico.

De no realizarse esta investigación, los adultos jóvenes seguirían siendo una población sumamente afectada, al no conocer la importancia que tienen los factores de riesgo cardiometabólicos, disminuyendo así su calidad de vida. Los hallazgos contribuirán a la formulación de estrategias educativas y de concienciación dirigidas a la población joven atendida en el Hospital Docente Dr. Félix María Goico, con el objetivo de reducir la incidencia y las

complicaciones de la hipertensión arterial en este grupo etario, alineándose con los objetivos del sistema nacional de salud.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 2

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Sara Tasnim, Chantel Tang, Vijaya M. Musini, y James M. Wright, realizaron en julio del 2020, un estudio sobre “los efectos del alcohol en la presión arterial, donde incluyeron 32 ensayos controlados aleatorizados que involucraron a 767 participantes publicados hasta marzo de 2019. Aunque estos ensayos incluyeron adultos de 18 a 96 años de edad con diversas afecciones de salud, la mayoría de los participantes del estudio fueron hombres jóvenes y sanos; concluye que el alcohol en dosis altas tiene un efecto bifásico sobre la presión arterial; disminuye la presión arterial hasta 12 horas después del consumo y la aumenta >13 horas después del consumo. El alcohol en dosis altas aumenta la frecuencia cardíaca en todo momento hasta 24 horas. (Dra. Sara Tasnim, 2020).

En un estudio realizado por Engi Abdelhady Algharably , Fabian Meinert , Andrzej Januszewicz, Reinhold Kreutz (2024) sobre comprender el impacto del alcohol en la presión arterial y la hipertensión, del consumo moderado al excesivo, donde se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis que incluyo 36 ensayos controlados aleatorizados que incluyeron a 2,865 participantes (de los cuales 401 eran mujeres) y mostraron que moderar el consumo de alcohol tiene el potencial de reducir la presión arterial de manera dependiente de la dosis , lo que sugiere un efecto umbral de ≥ 3 bebidas por día. El estudio encontró que la reducción más sustancial en la PAS ($-5,5$ mmHg [IC del 95%, $-6,7$ a $-4,3$]) y la PAD ($-4,0$ mmHg [IC del 95 %,

−4,7 a −3,3]) fue entre los individuos que consumían ≥ 6 bebidas por día cuando su consumo de alcohol se redujo en un 50%. Por lo cual concluye que la moderación en el consumo de alcohol y la implementación de días sin alcohol durante la semana, tanto en hombres como en mujeres que consumen bebidas que contienen alcohol, representa una importante intervención en el estilo de vida de los pacientes con hipertensión y se recomienda para mejorar el control de la presión arterial y la salud general. (Dr. Engi Abdelhady Algharably, 2024).

Una revisión hecha por Palacios et al. (2020) realizaron un estudio que tuvo como propósito identificar manifestaciones aterogénicas tempranas en estudiantes de medicina de una universidad cubana. El estudio realizado fue analítico con una muestra de 170 sujetos. Los resultados indicaron que los factores de riesgo aterogénicos más frecuentes detectados fueron: obesidad (17,65 %), dislipidemia (16,7 %), hábito de fumar (33,5 %), hipertensión arterial (9,4 %), consumo frecuente de bebidas alcohólicas (28,2 %), antecedentes patológicos familiares relacionados (22,9 %) y dietas inadecuadas (62,2 %), cuyos valores en el análisis estadístico fueron significativos. Más del 40 % de los pacientes presentaron dos o más factores de riesgo. El presente estudio demostró que existen factores de riesgo aterogénicos en este grupo de estudiantes jóvenes y supuestamente sanos. Los más significativos fueron: la dislipidemia, el tabaquismo, la ingestión de bebidas alcohólicas y las dietas no adecuadas, que contribuyen también a la obesidad y a la presencia de hipertensión arterial. La asociación de varios factores de riesgo demostrada en la población estudiada declama una actuación inmediata para revertir algunos de estos factores. (Dr. Airam Navarro Palacios, 2020).

Maha Moussa (2017), realizó un estudio, con diseño transversal comparativo sobre la prevalencia de hipertensión y factores de riesgo asociados entre estudiantes universitarios. Los datos se recopilaron de octubre de 2013 a mayo de 2014 en las residencias universitarias de estudiantes en las ciudades de Port-Said y Damietta. La muestra incluyó a 2029 estudiantes universitarios en adultos jóvenes de 22-24 años. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario de entrevista estructurada, que incluía datos sobre el estilo de vida nutricional, el estrés, los ejercicios, los antecedentes familiares y el patrón de tabaquismo. Los hallazgos del presente estudio destacaron la prevalencia de hipertensión entre los estudiantes de la Universidad de Damietta (26,5%), en comparación con el 18,1% entre los estudiantes de la Universidad de Port Said. Los valores de presión arterial aumentaron con los factores de riesgo asociados (edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, estrés, actividad física y antecedentes familiares). Los resultados de este estudio recomendaron que la detección y el seguimiento periódicos de los estudiantes para la hipertensión se incorporen en el examen físico de ingreso a la universidad, y que se refuerce la educación sanitaria de los estudiantes universitarios sobre la hipertensión como enfermedad y sus factores de riesgo asociados. (Moussa, 2016).

El doctor Mohammad A. Jareebi del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Jazan, Arabia Saudita, realizó una investigación sobre la asociación entre el hábito de fumar y el riesgo de hipertensión: revisión de la evidencia observacional y genética, quien identificó varios estudios pertinentes sobre la relación entre el tabaquismo y la hipertensión, se realizó una revisión narrativa exhaustiva en las principales bases de datos electrónicas, incluidas Google Scholar, PubMed, EMBASE y la Biblioteca Cochrane. La revisión utilizó palabras clave como “comportamiento de tabaquismo”, “presión arterial alta” o

“hipertensión”, y “tabaquismo” o “uso de tabaco”, junto con términos asociados. Se incorporaron otros términos de búsqueda, como estudios observacionales e investigaciones, para centrarse en los diseños de estudio específicos. Solo se incluyeron estudios publicados en inglés entre 2000 y 2023. El análisis de los datos observacionales reveló una asociación paradójica entre el tabaquismo y el riesgo de hipertensión arterial, donde se observó un menor riesgo entre los fumadores actuales en comparación con los no fumadores. Sin embargo, el análisis observacional también presentó un efecto dosis-respuesta con una mayor intensidad de tabaquismo que mostró un aumento lineal modesto en el riesgo de hipertensión arterial, y el inicio del tabaquismo a mayor edad se asoció con un ligero aumento en el riesgo de hipertensión arterial (en comparación con los más jóvenes). (Jareebi, 2024).

Un estudio realizado por Juan A. División Garrotea, Francisco J. Alonso Moreno, Miguel A. Prietoc, Teresa Rama Martínez, Rafael Durá Belinchone, Pere Beato Fernández, José L. Llisterri Carof, Eduardo Carrascog, Gustavo C. Rodríguez Rocah, Diego Gonzalez-Segura Alsinai, en representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA / SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2006; sobre Prevalencia de obesidad en hipertensos y su influencia en el grado de control de la presión arterial (2011). Fue un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en pacientes hipertensos atendidos en consultas de Atención Primaria en España. Participaron 2.850 médicos que seleccionaron a los pacientes mediante muestreo consecutivo. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, de 18 o más años de edad, hipertensos en tratamiento y que daban su consentimiento para participar en el estudio. La muestra total de pacientes

hipertensos analizados fue de 10.520 (53,9% mujeres) con una edad media de 64,6 (DE: 11,2) años. La prevalencia de obesidad según IMC fue del 36,9% (35% en hombres y 40,3% en mujeres) y de obesidad abdominal del 56,4% (40,5% en hombres y 71,6% en mujeres). En los hipertensos obesos, el grado de control de la PA fue del 33,2% y la prevalencia de hipertensión refractaria del 49,2%. La terapia combinada se utilizaba en el 47,8% de los pacientes con normopeso, en el 53,9% de los que tenían sobrepeso y en el 64,2% de los obesos y la prevalencia de FR asociados, afectación de órganos diana y eventos cardiovasculares era mayor en los obesos que en los que tenían normo peso. Y concluyo que la prevalencia de obesidad en los hipertensos es elevada y condiciona un peor control, mayor riesgo y mayor utilización de fármacos. (Dr. Juan A. División Garrote, 2011).

Un estudio realizado por Viviana Sorasio. Médica Especialista en Medicina Interna e Hipertensión Arterial, sobre Tirzepa (da Reduce la Presión Arterial Ambulatoria de 24 Horas en Adultos con Índice de Masa Corporal ≥ 27 kg/m² (Obesidad): SURMOUNT-1 Substudy (2024). Donde reveló que la obesidad y la hipertensión arterial están estrechamente interrelacionadas, especialmente la obesidad abdominal. Se incluyeron 600 participantes (155 placebo, 145 tirzepatida 5 mg, 152 tirzepatida 10 mg y 148 tirzepatida 15 mg); 68,7% mujeres, 66,8% blancos y 25,0% hispanos, edad media de 45,5 años y el IMC fue de 37,4 (6,8) kg/m²; el 30,0% de los participantes informaron hipertensión al inicio y el 29,0% informó el uso de ≥ 1 medicamento antihipertensivo. Solo 494 participantes tuvieron datos de MAPA válidos al inicio y en la semana 36. El tratamiento con cada dosis de tirzepatida redujo la presión arterial sistólica de 24 horas a las 36 semanas en comparación con el placebo. El presente estudio SURMOUNT-1 proporciona

evidencia sólida sobre los efectos beneficiosos de la tirzepatida en la reducción de la presión arterial ambulatoria de 24 horas en adultos con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 27 kg/m², tanto durante el día como durante la noche, un hallazgo clínicamente relevante tanto porque la presión arterial nocturna se ha asociado con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad y además por el fuerte vínculo entre la obesidad y la hipertensión. (Sorasio, 2024).

Un estudio realizado por Montes Quiroz et al. (2022), publicado en el South Florida Journal of Development, evaluó el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en 64 adultos de la comunidad rural de Jalcocotán, en el estado de Nayarit, México. Este trabajo de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal identificó que, si bien el 100% de los participantes sabía qué es la hipertensión arterial, existían deficiencias importantes en áreas específicas del conocimiento, especialmente en lo referente al tratamiento farmacológico, donde un 56.25% mostró un nivel de conocimiento deficiente. Asimismo, en la categoría de dieta y ejercicio, el 39.06% también presentó un nivel de conocimiento bajo. En cuanto al reconocimiento de factores de riesgo, 67.18% de los encuestados identificaron la diabetes y el colesterol alto como factores asociados a la HTA, y 81.25% consideró que reducir el consumo de sal, grasas y aumentar el consumo de frutas y verduras contribuye al control de la presión arterial. Sin embargo, solo el 43.75% reconoció la necesidad de tratamiento farmacológico continuo, y el 18.75% expresó desconocer si debía suspender la medicación una vez controlada la presión arterial, lo que evidencia una falta de adherencia y comprensión del tratamiento. Este estudio evidencia la necesidad urgente de reforzar las estrategias educativas en salud dirigidas a comunidades rurales, promoviendo la concientización sobre los factores de riesgo, el autocuidado y la adherencia terapéutica, como

medidas fundamentales para disminuir las complicaciones y la mortalidad asociada a la hipertensión arterial. (Dra. Alejandrina Montes Quiroz, 2022).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Concepto de Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se manifiesta por un aumento sostenido de la presión arterial en las arterias sistémicas y representa el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En la mayoría de los casos, se trata de hipertensión primaria o esencial, en la cual no se encuentra una causa específica. Sin embargo, cerca del 10% de los pacientes presentan hipertensión secundaria, cuya etiología es identificable, aunque algunas investigaciones sugieren que este porcentaje podría incrementarse si se realizara una evaluación más exhaustiva. (Cardiology, 2024).

En la región de las Américas, las enfermedades cardiovasculares causan alrededor de 1.6 millones de muertes cada año, y cerca de 500,000 de estas ocurren en personas menores de 70 años, por lo que se consideran fallecimientos prematuros y prevenibles. La hipertensión arterial, uno de los principales factores de riesgo, afecta entre el 20 % y el 40 % de los adultos en la región, lo que representa aproximadamente 250 millones de personas con esta condición. (Salud, 2024).

La atención primaria es el principal escenario donde se desarrolla el manejo de la hipertensión arterial, abarcando desde la identificación temprana y el diagnóstico preciso, hasta la

evaluación clínica, la elección del tratamiento más apropiado y la continuidad del seguimiento a largo plazo. Este proceso se fundamenta principalmente en la participación activa del paciente y en su adherencia adecuada al tratamiento prescrito. (A. Martin, 2019).

2.2.1.1 Clasificación de Hipertensión Arterial

La guía de la Sociedad Española de Cardiología (ESC) 2024 recomiendan una clasificación simplificada de la presión arterial para facilitar las decisiones terapéuticas:

- **Presión Arterial no elevada:** Se define como PA sistólica <120 mmHg y PA diastólica <70 mmHg. En esta categoría, no existe suficiente evidencia que respalde el uso de tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial. En términos de riesgo, las personas en este grupo generalmente tienen un bajo riesgo de CVD, y el enfoque principal debe ser en la promoción de un estilo de vida saludable para mantener estos niveles. (Cardiology, 2024).
- **PA elevada:** Corresponde a una PA sistólica entre 120-139 mmHg o una PA diastólica entre 70-89 mmHg en el consultorio. Los estudios sugieren que, en este rango de presión arterial, el riesgo cardiovascular no es lo suficientemente alto para indicar tratamiento en todos los pacientes. Sin embargo, se recomienda realizar una estratificación del riesgo cardiovascular, considerando factores como edad, presencia de otros factores de riesgo, y

condiciones subyacentes, para identificar a aquellos pacientes con alto riesgo que puedan beneficiarse del tratamiento. (Cardiology, 2024).

- Hipertensión: Se define como una PA en el consultorio de $\geq 140/90$ mmHg, y debe confirmarse con mediciones fuera del consultorio (MAPA o AMPA) o mediante mediciones repetidas en la consulta. Las personas en este grupo tienen un riesgo cardiovascular suficientemente alto para justificar el inicio de tratamiento farmacológico, pues los estudios demuestran beneficios en la reducción de eventos cardiovasculares en este rango de presión arterial (Cardiology, 2024). (Ver anexo 1).

Las siguientes definiciones y sistema de estadificación se basan en la presión arterial medida adecuadamente, fueron sugeridas en 2017 por el Colegio Estadounidense de Cardiología (ACC) y la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA); la técnica de medición adecuada, que se detalla a continuación, es de suma importancia al identificar pacientes con hipertensión. (ACC/AHA, 2017).

- Presión arterial normal: sistólica < 120 mmHg y diastólica < 80 mmHg
- Presión arterial elevada: sistólica de 120 a 129 mmHg y diastólica < 80 mmHg.

Hipertensión:

- Etapa 1: presión sistólica de 130 a 139 mmHg o diastólica de 80 a 89 mmHg.
- Etapa 2: presión sistólica de al menos 140 mmHg o diastólica de al menos 90 mmHg.

Si hay una disparidad de categoría entre las presiones sistólica y diastólica, el valor más alto determina la etapa. (ACC/AHA, 2017). (Ver anexo 3)

Tanto la hipertensión de bata blanca como la hipertensión enmascarada son afecciones que solo pueden definirse en función de la comparación de las mediciones de presión arterial fuera del consultorio (MAPA y auto medida) con las mediciones de presión arterial en el consultorio. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

Hipertensión de bata blanca: la hipertensión de bata blanca se define como una presión arterial que se mantiene elevada de manera constante en las lecturas realizadas en el consultorio, pero que no cumple con los criterios de diagnóstico de hipertensión según las lecturas realizadas fuera del consultorio. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

Hipertensión enmascarada: la hipertensión enmascarada se define como una presión arterial que se mantiene elevada de manera constante en las mediciones fuera del consultorio, pero que no cumple con los criterios de hipertensión según las lecturas en el consultorio. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

2.2.1.2 Etiología de la Hipertensión Arterial

La hipertensión puede ser:

- Primaria (en un 85% de los casos es sin causa específica)
- Secundaria (en el 15% restante hay una causa identificada) (Brown JM, 2020)

Hipertensión primaria

La hipertensión arterial esencial es una condición de origen poligénico, en la que intervienen diversos genes o combinaciones genéticas. Sobre esta predisposición hereditaria actúan factores adquiridos o del entorno que favorecen su aparición. Entre los principales se encuentran el sobrepeso y la obesidad, una alta ingesta de sal, una dieta deficiente en potasio, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol.(ACC/AHA, 2017)

Hipertensión secundaria

Las causas de hipertensión arterial secundaria pueden dividirse en comunes y poco frecuentes. Entre las más habituales se encuentran la enfermedad renal parenquimatosa, la patología renovascular, el hiperaldosteronismo primario, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la hipertensión provocada por el uso de ciertos medicamentos, sustancias o alcohol. Por otro lado, dentro de las causas menos comunes se incluyen el feocromocitoma, el síndrome de Cushing, alteraciones tiroideas, hiperparatiroidismo, la coartación de la aorta y diversos síndromes relacionados con disfunción suprarrenal distintos a los ya mencionados. (ACC/AHA, 2017).

2.2.1.3 Factores de riesgo para Hipertensión arterial

Estos se clasifican en factores de riesgo modificables y no modificables:

Los factores de riesgo modificables para la hipertensión incluyen una alimentación inadecuada (caracterizada por un alto consumo de sal, grasas saturadas y trans, así como una baja ingesta de frutas y verduras), la falta de actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y el exceso de peso o la obesidad. Asimismo, ciertos factores ambientales, como la contaminación del aire, también contribuyen a incrementar el riesgo de desarrollar hipertensión y sus enfermedades asociadas. (OMS, 2023).

Existen también factores de riesgo no modificables que influyen en la aparición de la hipertensión, como los antecedentes familiares de la enfermedad, tener más de 65 años, el sexo, la pertenencia a determinados grupos étnicos y la presencia de otras condiciones médicas, como la diabetes o las enfermedades renales. (OMS, 2023).

2.2.1.4 Signos y Síntomas

La hipertensión arterial, en la mayoría de los casos, no presenta síntomas hasta que se producen daños en los órganos blanco. Manifestaciones como mareos, enrojecimiento del rostro, dolor de cabeza, fatiga, sangrado nasal o ansiedad generalmente no se presentan en casos de hipertensión no complicada. En situaciones de hipertensión severa (definida habitualmente por una

presión sistólica igual o superior a 180 mmHg y/o una diastólica igual o mayor a 120 mmHg), el paciente puede no presentar síntomas, lo que se conoce como urgencia hipertensiva. No obstante, si en ese contexto aparecen síntomas significativos que afectan el sistema cardiovascular, neurológico, renal o la retina (como enfermedad coronaria sintomática, insuficiencia cardíaca, encefalopatía hipertensiva o falla renal) se considera una emergencia hipertensiva. (L. Barkris, 2023).

La presencia de un cuarto ruido cardíaco durante la auscultación generalmente es uno de los primeros indicios de cardiopatía hipertensiva. (L. Barkris, 2023).

2.2.1.5 Criterios Diagnósticos:

Las pautas ACC/AHA de 2017 sugirieron los siguientes criterios de diagnóstico; el cumplimiento de uno o más de estos criterios mediante MAPA califica como confirmación de hipertensión.

- Una media de 24 horas de ≥ 125 mmHg sistólica o ≥ 75 mmHg diastólica
- Presión arterial media diurna de ≥ 130 mmHg sistólica o ≥ 80 mmHg diastólica
- Presión sistólica media nocturna (durante el sueño) ≥ 110 mmHg o diastólica ≥ 65 mmHg
- Consideramos que el promedio diurno de ≥ 130 mmHg de presión sistólica o ≥ 80 mmHg de presión diastólica es la más útil de estas definiciones. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.6 Diagnostico

Para diagnosticar la hipertensión arterial en un paciente, es necesario recopilar varias mediciones de la presión arterial, aplicar la técnica correcta y realizar tomas fuera del entorno habitual de la consulta médica. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

Al menos, la frecuencia de evaluación de la presión arterial debe ser la siguiente:

Los adultos con presión arterial normal deben realizarse una nueva medición de su presión cada año. (ACC/AHA, 2017).

Los adultos que presenten factores de riesgo para hipertensión, como obesidad o diabetes tipo 2, o aquellos con una medición previa de presión arterial sistólica elevada, deben ser evaluados, como mínimo, cada seis meses. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

También es posible realizar un diagnóstico, sin lecturas confirmatorias adicionales, en los siguientes escenarios poco frecuentes:

1. Un paciente que presente ya sea urgencia o emergencia hipertensiva (es decir, pacientes con presión arterial ≥ 180 mmHg sistólica o ≥ 120 mmHg diastólica) (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025)

2. Un paciente que presenta una presión arterial inicial ≥ 160 mmHg sistólica o ≥ 100 mmHg diastólica y que también presente daño conocido en órganos diana (p. ej., hipertrofia ventricular izquierda [HVI], retinopatía hipertensiva, enfermedad cardiovascular isquémica) (Dr. Jan Neil Basile Michael J. Bloch, 2025) (himbo D, 2020)

En los pacientes que presenten presión arterial elevada en la consulta, el diagnóstico de hipertensión debe verificarse mediante mediciones de la presión arterial fuera del consultorio, siempre que sea factible. (Dr. Jan Neil Basile Michael J. Bloch, 2025).

La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es considerada el "estándar de referencia" para medir la presión fuera del consultorio. No obstante, debido a que no todos los profesionales de salud ni pacientes tienen acceso a esta técnica, se recomienda que la medición de la presión arterial por parte del propio paciente sea la estrategia inicial para confirmar el diagnóstico de hipertensión en la mayoría de los casos. (himbo D, 2020).

El diagnóstico de hipertensión se realiza si la presión arterial promedio medida en el hogar, utilizando una técnica adecuada y un dispositivo validado en consulta, es igual o superior a 130 mmHg en la presión sistólica o 80 mmHg en la diastólica. (Dr. Jan Neil Basile Michael J. Bloch, 2025)

En algunos casos, no es posible confirmar el diagnóstico de hipertensión fuera del consultorio debido a limitaciones en la disponibilidad de equipos, seguros y costos. En estas situaciones, se puede confirmar el diagnóstico mediante varias mediciones (al menos tres) de la presión arterial en el consultorio, realizadas en un intervalo de semanas o meses, con un promedio de presión sistólica ≥ 130 mmHg o presión diastólica ≥ 80 mmHg. Aunque la correcta técnica de medición es crucial en todos los pacientes, es especialmente importante en aquellos cuyo diagnóstico de hipertensión se basa únicamente en las lecturas tomadas en consulta. En áreas donde no se dispone fácilmente de mediciones fuera del consultorio, se recomienda el uso de monitoreo automatizado de la presión arterial en el consultorio. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

Los pacientes que presentan una presión arterial en el consultorio de ≥ 130 mmHg en la sistólica o ≥ 80 mmHg en la diastólica, pero que tienen una presión arterial fuera del consultorio (ya sea media diurna o en el hogar) inferior a 130 mmHg sistólica y 80 mmHg diastólica, son diagnosticados con hipertensión de bata blanca en lugar de hipertensión arterial real. (Cardiology, 2024) En pacientes con mediciones en el hogar que sugieren hipertensión de bata blanca, recomendamos confirmar el diagnóstico mediante MAPA. Los pacientes con hipertensión de bata blanca deben ser reevaluados anualmente mediante monitoreo de la presión arterial fuera del consultorio, ya que existe la posibilidad de que desarrollen hipertensión a lo largo del tiempo. (Dr. Jan Neil BasileMichael J. Bloch, 2025).

Los pacientes con lecturas de presión arterial en el consultorio entre 120 y 129 mmHg sistólica o entre 75 y 79 mmHg diastólica, y que además presentan enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal conocida o un alto riesgo cardiovascular, también deben someterse a mediciones de presión arterial fuera del consultorio. Aquellos con presión arterial en el consultorio <130 mmHg sistólica y <80 mmHg diastólica, pero con mediciones fuera del consultorio (ya sea media diurna o en el hogar) \geq 130 mmHg sistólica o \geq 80 mmHg diastólica, son diagnosticados con hipertensión enmascarada. Aunque no existen ensayos clínicos aleatorizados al respecto, consideramos que, dado el riesgo, los pacientes con hipertensión enmascarada deben recibir tratamiento de manera similar a los pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión. (Cardiology, 2024).

2.2.1.7 Tratamiento

2.2.1.7.1 Tratamiento no farmacológico, cambios en el estilo de vida

Los cambios en el estilo de vida son clave tanto para prevenir como para tratar la hipertensión arterial y, por lo tanto, para reducir el riesgo cardiovascular asociado. La implementación de estas modificaciones, tanto a nivel individual como comunitario, se considera una estrategia prioritaria para evitar la hipertensión arterial y sus complicaciones. En la tabla 5 se

presentan los elementos fundamentales del tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.(ACC/AHA, 2017) (Ver anexo 3).

2.2.1.7.2 Tratamiento Farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico es disminuir la presión arterial para prevenir eventos adversos cardiovasculares y mejorar la calidad de vida. La evidencia demuestra que reducir la presión arterial reduce el riesgo de evento cardiovasculares en todos los adultos, incluidos aquellos de hasta 85 años, sin importar su sexo, antecedentes de evento cardiovascular, diabetes o fibrilación auricular. La relación entre la reducción de presión arterial y la disminución del riesgo cardiovascular es clara y consistente: a mayor reducción de la presión arterial, mayor es la disminución en el riesgo de eventos cardiovasculares. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.3 Clases principales de medicamentos antihipertensivos

- **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA-II):** Estos medicamentos funcionan bloqueando la producción de angiotensina II o su acción sobre los receptores, lo que facilita la dilatación de los vasos sanguíneos y la reducción de la presión arterial. Se recomiendan como

tratamiento inicial para la hipertensión en general, especialmente en pacientes con alto riesgo cardiovascular, diabetes o daño en los órganos blanco. (ACC/AHA, 2017)

- **Bloqueadores de los canales de calcio (BCC) dihidropiridínicos:** Estos medicamentos funcionan relajando los vasos sanguíneos al reducir la entrada de calcio en las células musculares de las arterias. Son efectivos en la prevención de eventos cardiovasculares y resultan especialmente útiles cuando se combinan con otros fármacos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II). (ACC/AHA, 2017).
- **Diuréticos (tiazidas y tiazidas-similares como hidroclorotiazida, clortalidona e indapamida):** Estos medicamentos facilitan la eliminación de sodio y agua, lo que disminuye el volumen sanguíneo y, en consecuencia, la presión arterial. Son considerados una opción de tratamiento de primera línea y resultan eficaces cuando se combinan con otros antihipertensivos, especialmente en pacientes con retención de líquidos o insuficiencia cardíaca leve. (ACC/AHA, 2017)
- **Betabloqueantes:** Estos medicamentos reducen la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción del corazón, lo que lleva a una disminución de la presión arterial. Son especialmente recomendados en casos de hipertensión asociada con angina, insuficiencia cardíaca o antecedentes de infarto. Se prefieren los betabloqueantes cardio-selectivos de

segunda y tercera generación debido a su mejor perfil de seguridad y tolerabilidad.
(ACC/AHA, 2017)

- **Diuréticos ahorradores de potasio:** (como el triamtereno o la amilorida) que se usa combinado con otros antihipertensivos teniendo precaución en pacientes con riesgo de hiperkalemia. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.4 Nuevas terapias emergentes

- **Inhibidores de SGLT2:** Inicialmente creados para tratar la diabetes, estos medicamentos han mostrado ser efectivos para reducir la presión arterial de manera moderada y disminuir el riesgo cardiovascular, especialmente en pacientes con insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica. (ACC/AHA, 2017)
- **Agonistas de GLP-1:** Se utilizan para el manejo de la diabetes tipo 2, sin embargo, han mostrado un gran beneficio en la reducción de peso y disminución de la presión arterial. (ACC/AHA, 2017)

- **Nuevos antagonistas de la aldosterona:** Tienen propiedades para reducir la presión arterial, especialmente en pacientes con hipertensión arterial resistente, aunque sea limitada su evidencia. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.5 Estrategia de combinación y ajuste de dosis

1. **Combinación de dosis bajas de múltiples medicamentos:** Su inicio es recomendable en combinaciones de baja dosis, idealmente en forma de una sola pastilla, para maximizar la adherencia y minimizar los efectos secundarios. (ACC/AHA, 2017)
2. **Ejemplo de combinación inicial recomendada:** Un bloqueador del sistema renina-angiotensina (como inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de angiotensina II) junto con un bloqueador de canales de calcio o un diurético. (ACC/AHA, 2017)
3. **Preferencia por combinaciones en una sola tableta:** Utilizar formulaciones que integren múltiples medicamentos en una sola pastilla ayuda a disminuir la cantidad de píldoras que el paciente debe tomar, lo que favorece una mejor adherencia al tratamiento. (ACC/AHA, 2017)
4. **Ajuste progresivo del tratamiento:** Si el uso de dos fármacos combinados no logra controlar adecuadamente la presión arterial, se recomienda avanzar hacia una triple terapia,

como por ejemplo una combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de angiotensina II con un bloqueador de los canales de calcio y un diurético. (ACC/AHA, 2017)

5. **Evitar el uso conjunto de dos inhibidores del sistema renina-angiotensina:** No se aconseja combinar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y un antagonista de los receptores de angiotensina II, ya que esta combinación aumenta el riesgo de efectos adversos sin aportar beneficios adicionales en la prevención de eventos cardiovasculares. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.6 Personalización del tratamiento y consideraciones especiales

- En pacientes de avanzada edad o frágiles, se recomienda comenzar con monoterapia de baja dosis y ajustar según tolerancia. (ACC/AHA, 2017)
- Monitoreo frecuente: Evaluación de la tolerancia y la respuesta después de 1-3 meses, de preferencia en el primer mes. (ACC/AHA, 2017)
- Monitoreo domiciliario o ambulatorio: Recomendado para confirmar los niveles de presión arterial y eludir la hipertensión de bata blanca. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.7 Objetivo óptimo de presión arterial y rango de tratamiento

- *Intervalo sugerido:* La meta terapéutica es mantener la presión arterial dentro del rango de 120–129 mmHg para la sistólica y 70–79 mmHg para la diastólica, siempre que el paciente tolere bien estos niveles. (ACC/AHA, 2017)
- *Ajuste según tolerancia:* En casos donde no sea factible alcanzar dicho objetivo debido a efectos adversos, se recomienda reducir la presión arterial tanto como sea razonable, respetando los límites de tolerancia individual del paciente. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.8 Selección de pacientes para tratamiento farmacológico

- *Verificación con mediciones domiciliarias:* Se sugiere confirmar la presencia de presión arterial elevada o hipertensión mediante registros tomados fuera del entorno clínico, ya sea a través del automonitoreo domiciliario o la monitorización ambulatoria de la presión arterial. (ACC/AHA, 2017)
- *Inicio del tratamiento en casos confirmados de hipertensión:* En personas con diagnóstico confirmado de hipertensión (presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg), se recomienda comenzar el tratamiento de forma inmediata, combinando cambios en el estilo de vida con terapia farmacológica. (ACC/AHA, 2017)

- *Enfoque inicial ante presión arterial elevada (120–139/70–89 mmHg):* En estos casos, se aconseja realizar una evaluación del riesgo cardiovascular para decidir si es necesario iniciar medicación luego de un periodo de tres meses de intervenciones no farmacológicas. (ACC/AHA, 2017)

2.2.1.7.9 Manejo de grupos o circunstancias específicas de pacientes

Adulthood joven (18-40 años)

1. **Aumento de la prevalencia:** La hipertensión entre adultos jóvenes muestra una tendencia creciente, influenciada por aspectos como el estilo de vida, el sexo, el sobrepeso u obesidad, y condiciones socioeconómicas. (ACC/AHA, 2017)
2. **Bajo control y conocimiento:** En esta población, particularmente en los hombres, suele observarse un menor nivel de conocimiento y control de su presión arterial elevada. (ACC/AHA, 2017)
3. **Mayor prevalencia de hipertensión secundaria:** Este tipo de hipertensión es más común entre los jóvenes, siendo causas frecuentes el uso de ciertos medicamentos (como los anticonceptivos orales combinados en mujeres jóvenes) y el hiperaldosteronismo primario. (ACC/AHA, 2017)

4. **Uso de mediciones fuera del consultorio:** Se aconseja confirmar la hipertensión con registros obtenidos fuera del entorno clínico, debido a la alta incidencia del efecto de “bata blanca” en esta población. (ACC/AHA, 2017)

5. **Umbral de tratamiento:** Aunque el riesgo absoluto de eventos cardiovasculares en adultos jóvenes es menor, se recomienda comenzar tratamiento si la presión arterial en consultorio es igual o mayor a 140/90 mmHg. (ACC/AHA, 2017)

2.2.2 Tabaco e Hipertensión Arterial

El consumo de tabaco tiene un impacto amplio sobre la presión arterial, afectando tanto a personas con hipertensión como a aquellas con cifras normales. Un estudio en individuos normotensos evidenció que fumar cigarrillos provoca un incremento notable en la presión arterial. (Morillo, 2004)

La influencia negativa del tabaco en la presión arterial no se limita a los hipertensos; incluso en personas sin diagnóstico previo. Su consumo se asocia con aumentos significativos en las cifras tensionales. (Morillo, 2004)

Esta relación perjudicial entre el tabaquismo y la hipertensión se debe a los compuestos presentes en el cigarrillo, como la nicotina y el monóxido de carbono, los cuales provocan

alteraciones en el metabolismo, incremento del gasto cardíaco, activación del sistema de coagulación, liberación de catecolaminas —hormonas relacionadas con el estrés—, vasoconstricción y formación de placas ateroscleróticas en las arterias. Estos efectos se observan tanto en fumadores activos como en pasivos. (Dr. Fernando Lanás, 2012)

2.2.3 Obesidad e Hipertensión Arterial

Existe una correlación directa y proporcional entre el índice de masa corporal (IMC) y los niveles de presión arterial, siendo esta asociación aún más significativa en casos de obesidad abdominal o central. En personas con obesidad, los mecanismos que inducen hipertensión incluyen el aumento del volumen sanguíneo y del volumen sistólico, así como una mayor activación tanto del sistema renina-angiotensina como del sistema nervioso simpático. (A. Martín, 2019)

La presión arterial tiende a incrementarse conforme aumenta el grado de obesidad. Se ha demostrado que, por cada 10 kilogramos de peso corporal en exceso, la presión arterial sistólica se eleva aproximadamente 3 mmHg y la diastólica 2 mmHg. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de EE. UU. (NHANES III), la prevalencia de hipertensión, ajustada por edad, se incrementa a medida que se eleva el IMC. El riesgo de hipertensión arterial se duplica en hombres (2,1) y en mujeres (1,9) con IMC igual o superior a 30, en comparación con aquellos

cuyo IMC es inferior a 25. En España, un estudio realizado en casi 6.000 adultos hipertensos mayores de 65 años reveló que el 36,6 % tenía un IMC superior a 30. (A. Martin, 2019)

La evidencia científica es contundente al señalar que la reducción de peso conlleva una disminución significativa de las cifras de presión arterial y/o una menor necesidad de tratamiento farmacológico antihipertensivo. (A. Martin, 2019)

2.2.4 Consumo de alcohol e hipertensión arterial

El consumo de alcohol se asocia con un aumento de la presión arterial debido a la estimulación del sistema nervioso simpático y del eje renina-angiotensina-aldosterona. La ingesta superior a 30 gramos diarios, común en algunos contextos culturales, puede favorecer la aparición de hipertensión arterial. Este efecto hipertensivo ha sido observado tanto en hombres como en mujeres, aunque en estas últimas se manifiesta con cantidades significativamente menores. Además, el consumo excesivo de alcohol podría estar implicado en hasta el 25-30 % de los casos de hipertensión. (A. Martin, 2019)

Incluso consumos moderados de alcohol pueden inducir elevaciones en la presión arterial, siendo el riesgo particularmente elevado con ingestas altas. Además, los individuos que no están acostumbrados a beber presentan un mayor riesgo de sufrir infartos si consumen alcohol en grandes cantidades de manera ocasional. (A. Martin, 2019)

CAPÍTULO 3

VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPITULO 3

3.1 VARIABLES

3.1.1 Variable de estudio

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco y obesidad) y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años.

3.1.2 Variables de caracterización

- Edad
- Género
- Estado Civil
- Nivel académico
- Ocupación
- Fuente de información
- Nivel de conocimiento

3.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo y subtipo
Edad	Años cumplidos	18-24 años 25-29 años 30-35 años	Nominal continua
Género	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Soltero Casado/a Unión libre Viudo/a	Nominal politómica
Nivel académico	Grado alcanzado en el sistema educativo	Primaria Secundaria Universitario Profesional Ninguno	Ordinal politómica
Ocupación	Actividad laboral, académica o económica que se realiza de manera regular, remunerada o no.	Estudiante Empleado Desempleado Trabajador independiente Ama de casa Ninguno	Nominal politómica
Fuente de información	Medio desde donde se obtiene la información sobre un tema específico	Médico o personal de salud Medios de comunicación (TV, radio) Internet o redes sociales Familiares o amigos Otros	Nominal politómica

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiometabólicos	Información que se posee sobre un tema específico.	Bajo Medio Alto	Ordinal politémica
--	--	-----------------------	--------------------

3.3 DISEÑO METOLÓGICO

3.3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal que pretende identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco y obesidad) y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad, que acuden al Hospital Docente Doctor Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

3.3.2. Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Docente Doctor Félix María Goico, un centro de salud, perteneciente a la red pública, de cobertura nacional, que recibe estudiantes de grado y de enfermería, y brinda servicios tanto generales como especializados.

El Hospital Docente Doctor Félix María Goico, se encuentra ubicado Calle Ramon Cordero, Villa Consuelo, Santo Domingo, República Dominicana.

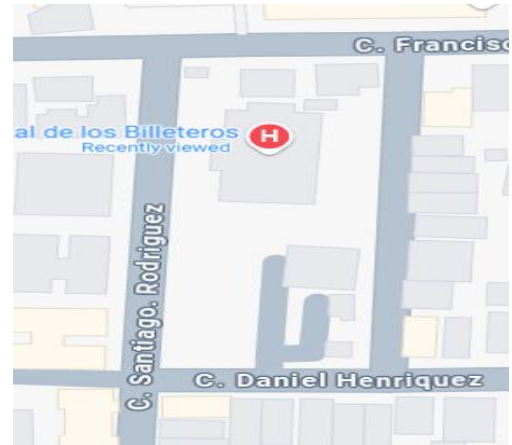
Limites:

Norte: Calle Santiago Rodríguez

Sur: Calle Álvarez Alejo

Este: Calle Francisco Núñez Fabian

Oeste: Calle Daniel Henríquez



3.3.3. Tiempo de realización

El estudio se realizará en el periodo de febrero – abril de 2025.

3.3.4. Población

Nuestra población estuvo conformada por un total de 16426 personas que asistieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, en el periodo febrero-abril 2025.

3.3.5 Muestra y tipo de muestreo

La muestra seleccionada fue a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que 98 personas cumplían con los criterios de inclusión para pertenecer a nuestra investigación.

3.3.6 Criterios de Inclusión

- Se incluyó en nuestro estudio a todos los adultos jóvenes que tenían entre 18 a 35 años que asistieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, en el periodo febrero- abril 2025.
- Disposición para completar la encuesta, aceptación y firma del consentimiento informado.
- No diagnóstico previo de hipertensión arterial.

3.3.7 Criterios de Exclusión

Se excluyó a las personas ya diagnosticados como hipertensos, así como a las personas que no cumplían con el rango de edad establecido. También aquellas que no aceptaban firmar el consentimiento informado, por igual con quienes llenaban de manera incompleta el método de recolección de datos.

3.3.8 Método de recolección, procesamiento, análisis y tabulación de datos.

Se procedió a solicitar el permiso a las autoridades del departamento de enseñanzas del hospital. Tras la recibir la aprobación, elaboramos un cuestionario basado en los factores cardiometabólicos (Alcohol, tabaco y obesidad) que fue realizado en Microsoft Word, consta de tres partes: una sobre sociodemográfica, una segunda con preguntas sobre nivel de conocimiento de los factores de riesgo y una tercera parte sobre la fuente de información y la educación sanitaria recibida, además de la percepción sobre el nivel de conocimiento sobre estos factores.

Los datos recolectados mediante este cuestionario fueron organizados, tabulados, analizados y graficados mediante programa de Microsoft Excel.

3.3.9 Principios Éticos

Este estudio fue realizado siguiendo los principios éticos fundamentales que se rigen bajo la Declaración de Helsinki y las normativas internacionales y locales como el Código de Nuremberg y el CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas / Council for International Organizations of Medical Sciences, por sus siglas en inglés) que es una organización no gubernamental fundada en 1949 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNESCO con el objetivo de orientar la aplicación de los principios éticos en contextos internacionales que corresponden a la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad y consentimiento informado.

El protocolo del estudio, junto con los instrumentos elaborados para su ejecución, fue evaluado por el Comité de Ética de la universidad, con la intervención de la escuela de medicina y la coordinación de la unidad de investigación. Asimismo, contó con la revisión y aprobación de la unidad de docencia del Hospital Docente Dr. Félix María Goico. Estas aprobaciones fueron indispensables antes de comenzar la recolección y validación de los datos.

Este estudio implica un manejo de datos que fueron recopilados durante el estudio y fueron resguardados cuidadosamente para garantizar la confidencialidad y la integridad de la información. Inicialmente, fueron almacenados en un archivo físico que permanecerá bajo llave en la oficina del Departamento de Enseñanza del Hospital Docente Dr. Félix María Goico, un espacio al que únicamente tendrán acceso los investigadores autorizados. Este control estricto de acceso asegura que solo el personal involucrado directamente en el estudio pueda manipular o consultar los datos. Además, esta información fue digitalizada y procesada utilizando hojas de cálculo de Microsoft Excel, en una computadora ubicada en el área de residencia médica del hospital. Dicha computadora está protegida mediante una contraseña segura, previniendo accesos no autorizados. Esta cadena de custodia y protección digital forma parte de las buenas prácticas de investigación, en conformidad con los principios éticos de confidencialidad y protección de datos personales.

Finalmente, toda la información incluida en este presente estudio, que fue recopilada de otros autores, se justificó por su llamada correspondiente.

CAPITULO 4

RESULTADOS

CAPÍTULO 4

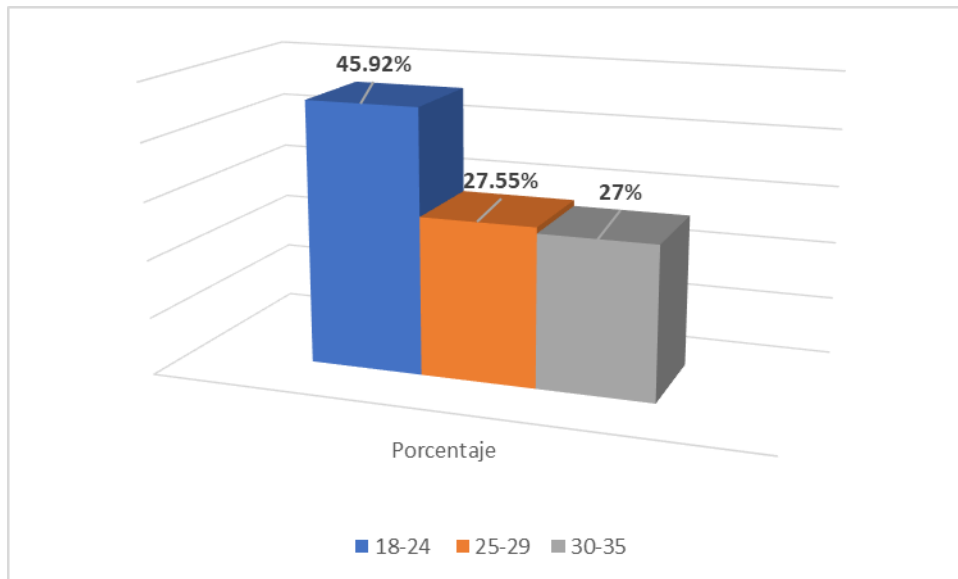
4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Distribución por edad de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero- abril 2025.

Edad	Cantidad	Porcentaje
18-24	45	45.92%
25-29	27	27.55%
30-35	26	27%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yuniór Amado Sosa Abreu.

Gráfico 1. Distribución por edad de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



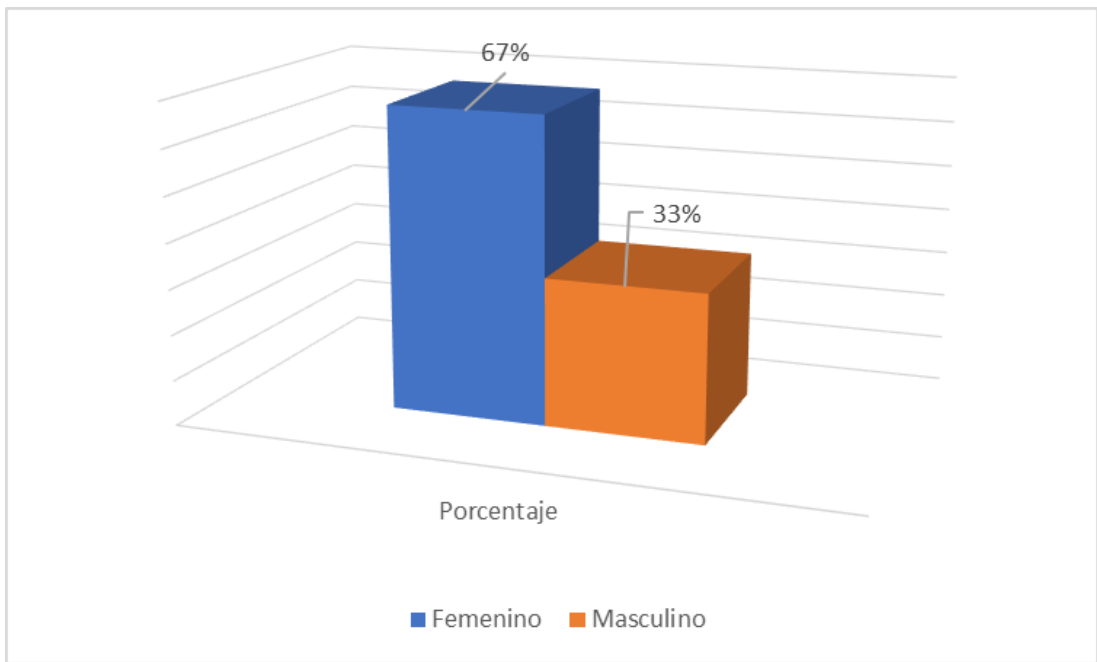
Fuente: Tabla No. 1

Tabla 2. Distribución por sexo en adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	66	67%
Masculino	32	33%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yunion Amado Sosa Abreu.

Gráfico 2. Distribución por sexo en adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



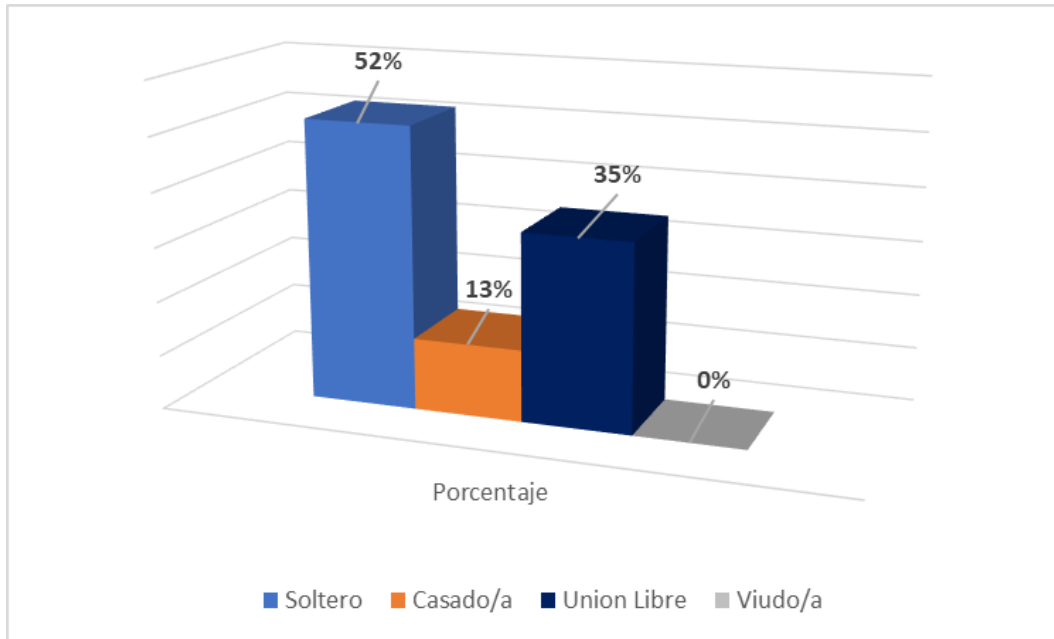
Fuente: Tabla. No. 2

Tabla 3. Distribución según el estado civil de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

Estado Civil	Cantidad	Porcentaje
Soltero	51	52%
Casado/a	13	13%
Union Libre	34	35%
Viudo/a	0	0%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico 3. Distribución según el estado civil de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



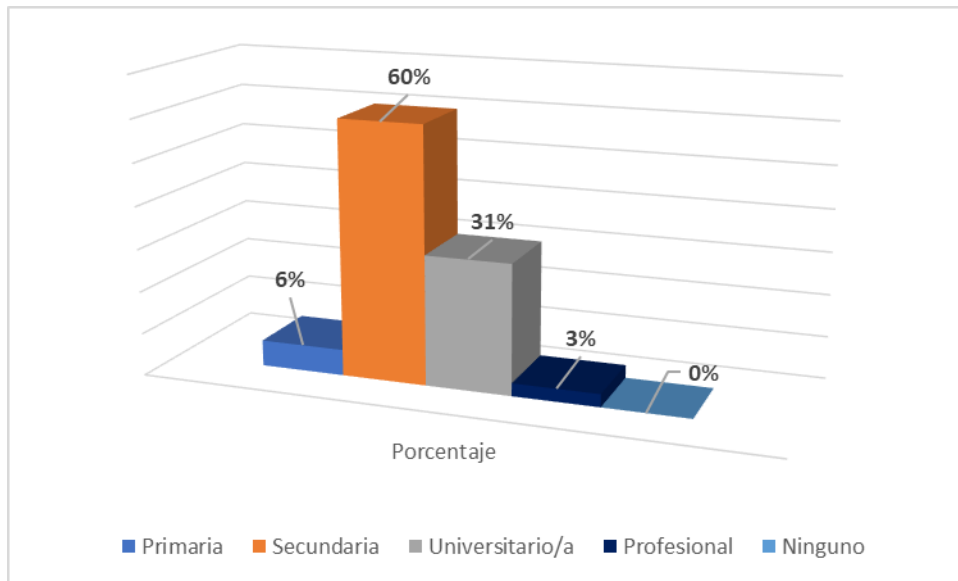
Fuente: Tabla No. 3

Tabla 4. Distribución según nivel académico de adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

Nivel Académico	Cantidad	Porcentaje
Primaria	6	6%
Secundaria	59	60%
Universitario/a	30	31%
Profesional	3	3%
Ninguno	0	0%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico 4. Distribución según el nivel académico de adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



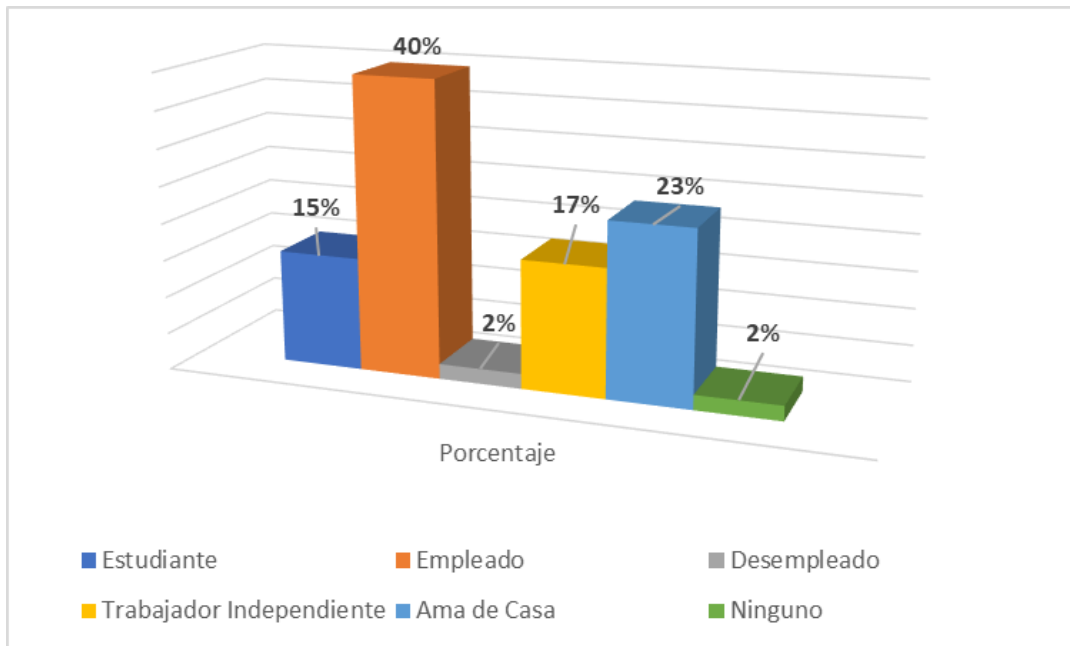
Fuente: Tabla No. 4

Tabla 5. Distribución según la ocupación de adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Estudiante	15	15%
Empleado	39	40%
Desempleado	2	2%
Trabajador Independiente	17	17%
Ama de Casa	23	23%
Ninguno	2	2%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico 5. Distribución según la ocupación de adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



Fuente: Tabla No. 5

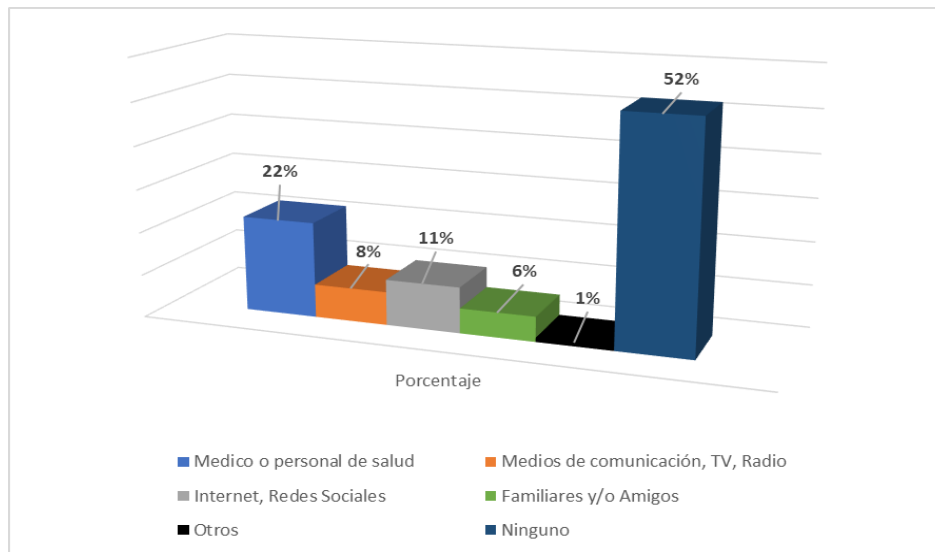
Tabla No. 6. Distribución según la fuente de información de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo Febrero-abril 2025

Nótese: el total de respuestas no es la sumatoria completa de los encuestados, debido a que esta pregunta en la encuesta contaba con varias opciones de respuesta.

Fuente de información	Cantidad	Porcentaje
Médico o personal de salud	23	22%
Medios de comunicación, TV, Radio	8	8%
Internet, Redes Sociales	11	11%
Familiares y/o Amigos	6	6%
Otros	1	1%
Ninguno	54	52%
Total	103	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Liess Desiré Santana, Yuniór Amado Sosa Abreu.

Gráfico No. 6. Distribución según la fuente de información de los adultos jóvenes de 18-35 años



Fuente: Tabla No. 6

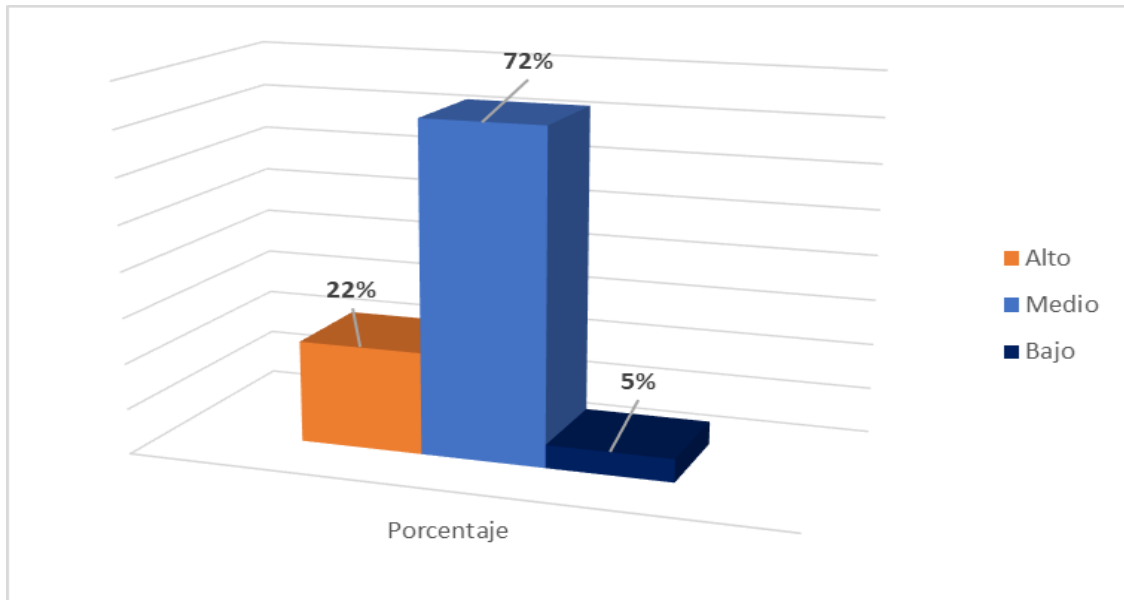
Tabla No. 7. Distribución según el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo modificables (tabaco, alcohol, obesidad) de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025.

Nivel de onocimiento	Cantidad	Porcentaje
Alto	22	22%
Medio	71	72%
Bajo	5	5%
Total	98	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana,

Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico No. 7. Distribución según el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo modificables (tabaco, alcohol, obesidad) de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



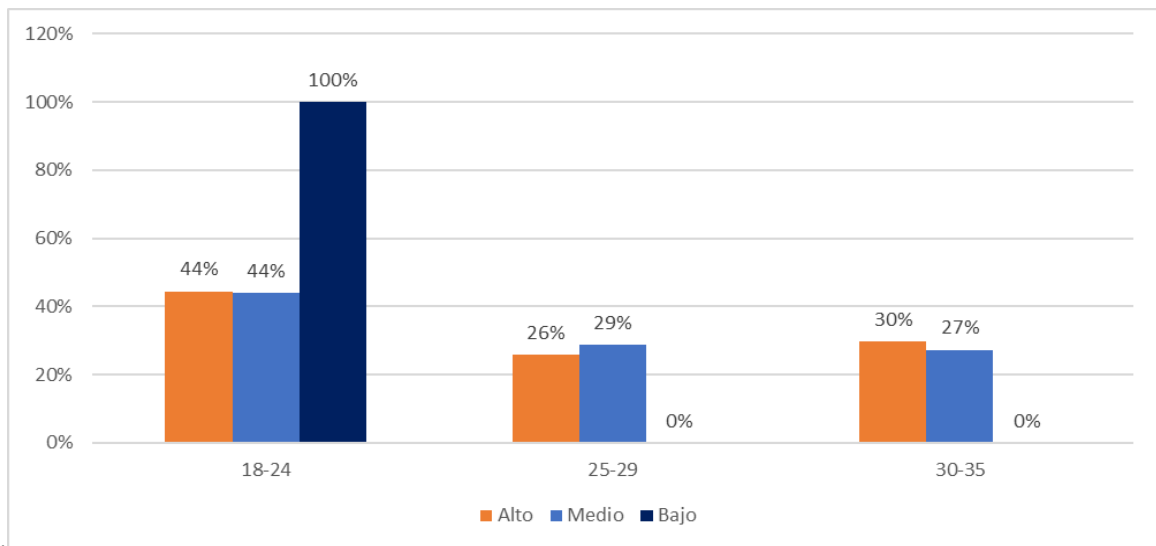
Fuente: Tabla No. 7

Tabla No. 8 - Relación entre edad y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acudieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el período febrero- abril 2025.

Relación entre edad y nivel de conocimiento						
Edad	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje2	Bajo	Porcentaje3
18-24	12	44%	29	44%	5	100%
25-29	7	26%	19	29%	0	0%
30-35	8	30%	18	27%	0	0%
Total	27	100%	66	100%	5	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Liess Desiré Santana, Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico No. 8. Relación entre edad y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad



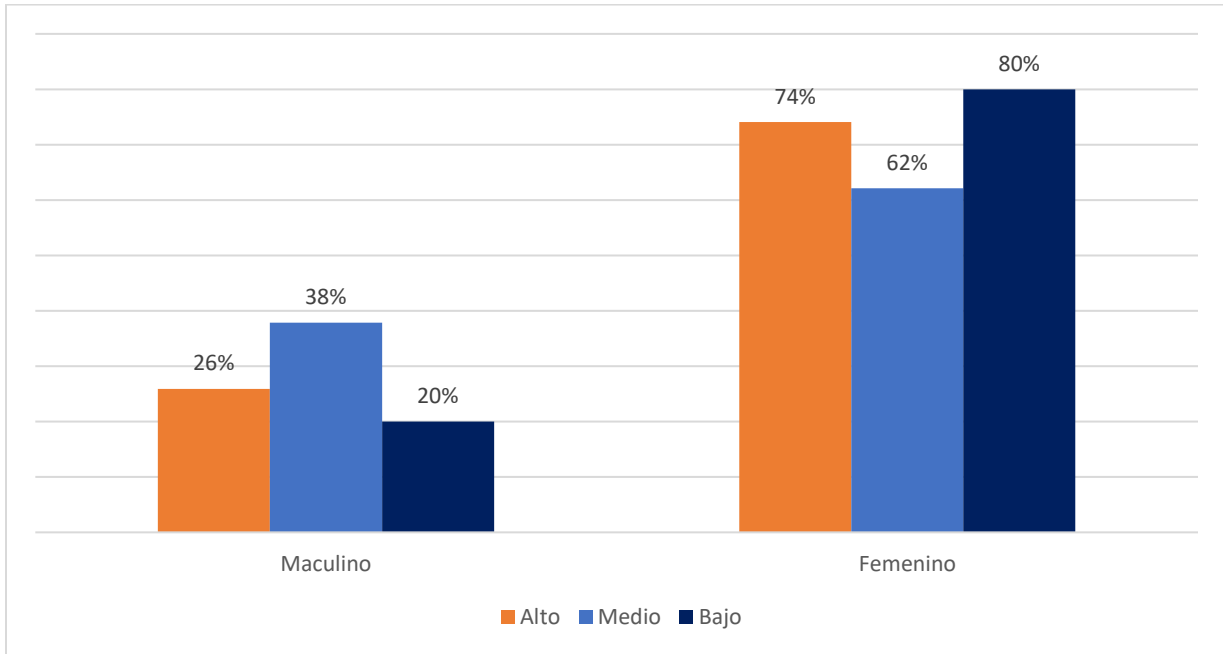
Fuente: Tabla No. 8

Tabla N. 9 - Relación entre el género y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acudieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el período febrero-abril 2025.

Relación entre el género y el nivel de conocimiento						
Género	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje2	Bajo	Porcentaje3
Maculino	7	26%	25	38%	1	20%
Femenino	20	74%	41	62%	4	80%
Total	27	100%	66	100%	5	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana, Yuniór Amado Sosa Abreu.

Gráfico N. 9. Relación entre género y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



Fuente: Tabla No. 9

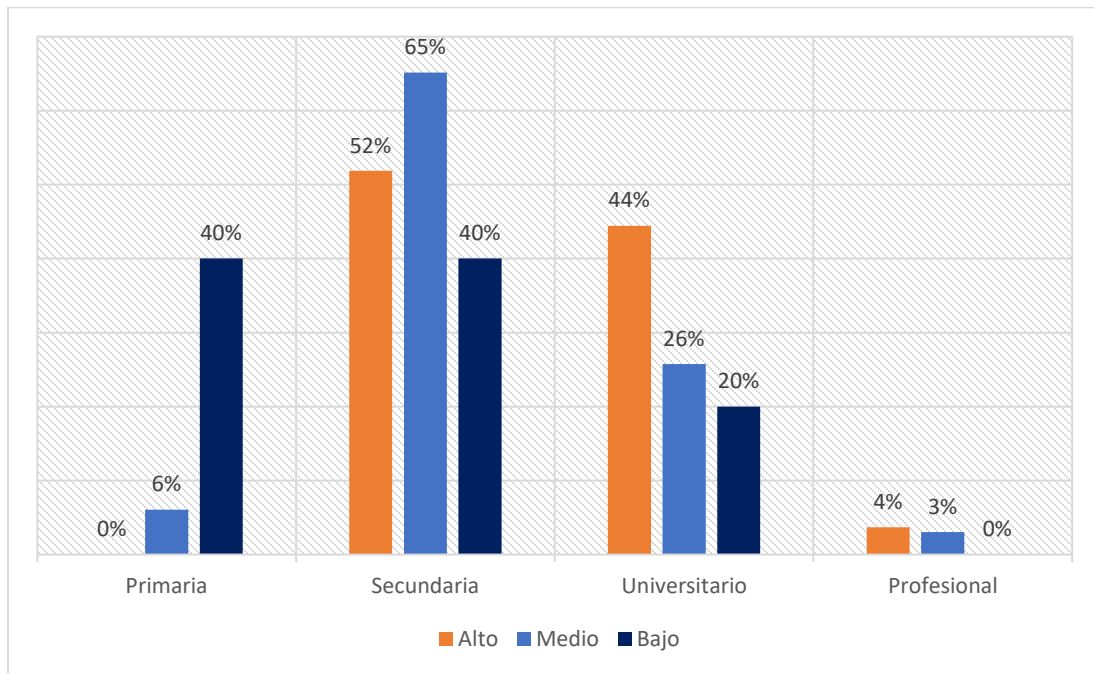
Tabla N. 10- Relación entre el nivel académico y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad que acudieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero- abril 2025.

Relación nivel académico - nivel de conocimiento						
Nivel académico	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Primaria	0	0%	4	6%	2	40%
Secundaria	14	52%	43	65%	2	40%
Universitario	12	44%	17	26%	1	20%
Profesional	1	4%	2	3%	0	0%
Total	27	100%	66	100%	5	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación elaborada por los doctores Líess Desiré Santana,

Yunior Amado Sosa Abreu.

Gráfico No.10. Relación entre nivel académico y nivel de conocimiento de los adultos jóvenes de 18-35 años de edad.



Fuente: Tabla No. 10

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5

5.1 DISCUSIÓN

Nuestro estudio se aplicó a 98 personas que acudieron al Hospital Docente Dr. Félix María Goico, en el periodo febrero-abril 2025, donde obtuvimos los siguientes resultados:

De las 98 personas del estudio, se encontró que el rango de edad más frecuente fue aquel comprendido entre los 18 a 24 años en un 45.92% , seguidas por la edad comprendida entre 25 a 29 años con un total de un 27.55% y la edad entre 30-35 años con un 27%, lo cual coincidió con el estudio realizado por los doctores Sara Tasnim, Chantel Tang, Vijaya M. Musini, y James M. Wright, en julio del 2020 , donde la mayoría fueron adultos jóvenes sanos a partir de 18 años de edad, datos recolectados en el estudio realizado por la empresa Cochrane en asociación con la librería de datos de Cochrane publicados en PubMed.

Se evidenció en este estudio que el mayor porcentaje según el sexo fue el femenino con un 67%, seguido del sexo masculino con un 33% lo cual difiere con el estudio realizado por Engi Abdelhady Algharably, Fabian Meinert, Andrzej Januszewicz, Reinhold Kreutz (2024); sobre comprender el impacto del alcohol en la presión arterial y la hipertensión del consumo moderado al excesivo donde se evidenció que el 86% correspondió al sexo masculino y el 14% restante correspondió al sexo femenino.

Respecto al estado civil, predominó la soltería con un 52%, seguido de unión libre en un 35% y en un 13% los casados, en cuanto a los viudos no tuvimos ningún entrevistado con este estado civil, por lo tanto, se encuentra en un 0%, lo cual coincidió con Maha Moussa (2017) quien realizó un estudio, con diseño transversal comparativo sobre la prevalencia de hipertensión y factores de riesgo asociados entre estudiantes universitarios que tenía la soltería en un 87% y casado en un 12%.

Este estudio demostró que el nivel académico con mayor porcentaje fue un 60% para secundaria, luego un 31% para el nivel universitario, seguido de un 6% para el nivel primaria, y un 3% para el nivel profesional, mas no obtuvimos ningún adulto joven que no especificara estar en algún grado académico. Lo cual coincidió con el estudio Maha Moussa (2017), donde en un 64% fueron estudiantes de nivel secundaria, y el por ciento restantes (36%) fueron de nivel universitario.

El 52% de las personas que se entrevistaron en este estudio refirieron no haber recibido información de ninguna fuente, mientras que el 22% recibieron información de médicos o profesionales de la salud; un 11% obtuvo información de internet y redes sociales. El 8% de los entrevistados obtuvo información de medios de comunicación, radio o televisión. Finalmente, un 6% obtuvo información de familiares y amigos; el 1% restante obtuvo información de otras fuentes. Tras revisar, se pudo observar que esto no coincide con el estudio realizado por Montes Quiroz (2022) debido a que el 100% de los participantes de ese estudio tenían una fuente de información institucional médica.

En cuanto al nivel de conocimiento, se demostró que el 72% tenía un nivel medio, el 22% un alto nivel de conocimiento y el nivel bajo obtuvo un 5%, lo cual coincidió con el estudio que realizó Montes Quiroz (2022) donde se demostró que el mayor porcentaje respecto al nivel de conocimiento fue alto en un 42.18%, seguido de un nivel de conocimiento medio con un 43.31% y un nivel de conocimiento bajo en un 12.5%.

Respecto a la relación entre la edad y el nivel conocimiento, esta investigación demostró que la edad comprendida entre 18-24 años, obtuvo igual porcentaje tanto para nivel de conocimiento alto como para el nivel de conocimiento medio, un 44%, mientras que el nivel bajo obtuvo un 100%. Las edades entre 25-29 años, en el nivel alto obtuvieron un 26%, el nivel medio un 29% y en el nivel bajo un 0%. Las edades entre 30-35 obtuvieron un 30% para el nivel alto, un 27% para el nivel medio y un 0% en el nivel bajo. Se demostró que el grupo de 18-24 años presentó un desafío particular, pues combinó altos niveles de conocimiento con los únicos casos de bajo nivel, lo cual sugiere la necesidad de intervenciones más enfatizadas en este grupo de edades.

La relación entre el género y nivel de conocimiento, en este estudio se demostró que el género femenino posee un mayor conocimiento con un 74% para el nivel alto y un 62% para el nivel medio y un 80% para el nivel bajo, mientras que el género masculino obtuvo un 26% con respecto al nivel alto, un 38% en el nivel medio y un 20% para el nivel bajo.

La relación entre el nivel académico y el nivel de conocimiento de los adultos jóvenes demostró que el nivel académico secundaria obtuvo un 52% en el nivel de conocimiento alto, seguido de un 65% en el nivel de conocimiento medio, un 40% para el nivel de conocimiento bajo; mientras que el nivel académico universitario tuvo un 44% para nivel de conocimiento alto comparado con un 26% que se obtuvo para el nivel de conocimiento medio. Los niveles académicos primaria tuvieron un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento bajo (40%); el nivel académico profesional obtuvo un menor número de participantes, cuyo nivel conocimiento fue mayor para el nivel de conocimiento alto con un 4%. En este sentido se concluyó que, a mayor nivel académico, mayor es el nivel de conocimiento, aunque esta relación no es directa. La educación primaria está relacionada riesgo de bajo conocimiento, mientras que los niveles universitario y profesional se asocian principalmente con conocimiento medio y alto.

5.2 CONCLUSIONES

Luego de realizar el estudio sobre el nivel de conocimiento de los factores de riesgo cardio metabólicos (alcohol, tabaco, obesidad) en adultos jóvenes de 18 a 35 años que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- El rango de edad más frecuente fue de 18-24 años.
- Predominó el sexo femenino.
- Respecto al estado civil, predominó la soltería
- El nivel académico más frecuente fue el nivel secundario.
- Según la distribución por ocupación, eran más frecuentes los empleados.
- La mayor parte de los entrevistados no tenían ninguna fuente de información.
- Las personas entrevistadas en su mayoría resultaron tener un nivel de conocimiento medio.
- Las personas entre 18-24 años entrevistadas tuvieron el máximo porcentaje con relación al nivel de conocimiento bajo, seguidos los de 25-29 años donde predominó el nivel medio de conocimiento y en los de 30-35 predominó el nivel alto de conocimiento.
- Tanto en el sexo femenino como en el masculino se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento medio.
- Respecto al nivel académico, aquellos pertenecientes a secundaria obtuvieron el mayor porcentaje en nivel de conocimiento medio y alto, mientras que aquellos en primaria tenían el nivel de conocimiento más bajo.

CAPÍTULO 6

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 6

6.1 RECOMENDACIONES

Luego de haber realizado el estudio sobre “Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardio metabólicos (alcohol, tabaco, obesidad) y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el periodo febrero-abril 2025”, hacemos las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública:

- ✓ Se podría desarrollar e implementar programas de educación en salud cardiovascular dirigidos a adultos jóvenes, que se centrarían en los factores de riesgo modificables como el consumo de alcohol, el tabaco y la obesidad principalmente en zonas donde hay contacto directo con estos factores en específicos. Estos programas explicarían la relación directa entre estos factores y el desarrollo de hipertensión arterial desde edades tempranas.

- ✓ Se recomendaría diseñar materiales educativos accesibles, atractivos y adaptados al nivel sociocultural de la población joven, como infografías, charlas breves y campañas en redes sociales, lo que facilitaría la comprensión y retención de información relevante sobre hipertensión arterial y como los factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco y obesidad) pueden influir en el desarrollo de esta.

- ✓ Podrían Fomentar alianzas con medios de comunicación y plataformas digitales para divulgar información científica y veraz sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo, dado que más del 50% de los encuestados en este estudio reportó no tener ninguna fuente de información sobre el tema.

- ✓ Sería conveniente desarrollar guías clínicas nacionales didácticas que incorporen módulos de intervención educativa estructurada para adultos jóvenes sin diagnóstico previo de hipertensión, lo que contribuiría así a reducir la incidencia futuras de enfermedades cardiovasculares.

Al Hospital Docente Dr. Félix María Goico:

- Se recomendaría fortalecer la presencia del personal médico y de enfermería en actividades de promoción y prevención en el ámbito ambulatorio, aprovechando los espacios de consulta lo que brindaría orientación personalizada sobre los efectos de los factores de riesgo cardiometabólicos y las estrategias para su modificación

- Podrían implementar jornadas educativas periódicas en la sala de espera y áreas comunes del hospital, enfocadas en la prevención de enfermedades cardiovasculares y la

identificación de factores de riesgo como el alcohol, el tabaco y la obesidad en adultos jóvenes.

- Sería conveniente establecer una unidad de promoción de la salud permanente dentro del hospital, coordinada por médicos familiares, generales y personal de enfermería, con el objetivo de ofrecer educación preventiva a todos los pacientes que no presenten diagnósticos crónicos, pero sí factores de riesgo modificables.

- Se podría crear y distribuir materiales impresos y digitales informativos (afiches, reels, videos) sobre hipertensión arterial, adaptados a un lenguaje claro y accesible, el cual sería utilizado en consultas, urgencias y recepción.

- Reforzaría la capacitación del personal de salud sobre técnicas de comunicación efectiva en prevención primaria, considerando que solo el 22% de los participantes de este estudio recibió información por parte de profesionales sanitarios, lo cual representa una oportunidad de mejora en el abordaje educativo dentro de las consultas.

A la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria:

- ✓ Se podría diseñar un proyecto anual de intervención comunitaria liderado por residentes, en el que se apliquen encuestas, charlas, ferias de salud y talleres educativos sobre factores de riesgo y prevención de hipertensión arterial.

- ✓ Sería conveniente promover que los residentes realicen investigaciones aplicadas sobre estilos de vida y enfermedades crónicas en la población que asiste al hospital, lo cual contribuiría así a la generación de datos locales y mejoras estrategias existentes.

- ✓ Se debería incluir dentro de las rotaciones comunitarias la elaboración de recursos educativos (folletos, charlas, presentaciones interactivas) que puedan ser usados en escuelas, universidades y comunidades cercanas en todo el año.

- ✓ Se recomendaría incorporar módulos sobre educación en salud que se lleven a cabo cada mes, que cuenten con una comunicación efectiva con respecto a la población joven, incluido en el programa formativo de los médicos residentes, lo cual fomentaría la prevención desde un enfoque biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martín, J. C. (2019). *Atención primaria, problemas de salud en la consulta de medicina de familia* (Vol. 2). Elsevier.
<https://www.berri.es/pdf/ATENCION%20PRIMARIA%E2%80%9A%20Vol.2%20Problemas%20de%20salud%20en%20la%20consulta%20de%20medicina%20de%20familia/9788413821580>
2. American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA). (2017). *Guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta en adultos: informe del Grupo de Trabajo sobre Guías de Práctica Clínica del ACC/AHA*.
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hyp.0000000000000065>
3. Brown, J. M., & Siddiqui, M. (2020). The unrecognized prevalence of primary aldosteronism: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Hypertension*, 22(5), 954–961. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32449886/>
4. European Society of Cardiology (ESC). (2024). *ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-BloodPressure-and-Hypertension>

5. Navarro Palacios, A. (2020). Factores de riesgo aterogénicos en estudiantes de medicina. *Scielo México*, 16(4), 347–354.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000400347

6. Abdelhady Algharably, E., & Fathy, D. (2024). Understanding the impact of alcohol on blood pressure and hypertension: From moderate to excessive drinking. *PubMed (National Library of Medicine)*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38230497/>

7. Lanás, F., & Peruga, A. (2012). Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(6), 711–718.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabaquismo-9.pdf

8. Basile, J. N., & Bloch, M. J. (2025). Panorama general de la hipertensión en adultos. *UpToDate*. <https://es.scribd.com/document/827850451/Panorama-general-de-la-hipertension-en-adultos-UpToDate>

9. División Garrote, J. A., & Fernández, D. (2011). Prevalencia de obesidad en hipertensos y su influencia en el grado de control de la presión arterial. *Medicina Clínica*, 137(8), 348–353. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3677798>

10. Montes Quiroz, A., & Espinoza, D. (2022). Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit. *Revista Científica de Desarrollo*, 12(4), 78–87.
<https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1278>
11. Tasnim, S., & Chowdhury, D. (2020). Efectos del alcohol en la presión arterial. *PubMed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609894/>
12. Shimbo, D., Artinian, N. T., & Bazemore, A. (2020). Monitoreo de la presión arterial mediante la propia medición en el hogar: Declaración conjunta de la AHA y la AMA. *Circulation*, 142(4), e42–e63.
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000803>
13. Jareebi, D. M. (2024). The association between smoking behavior and the risk of hypertension: Review of the observational and genetic evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 61–73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39006872/>
14. Bakris, G. L., & Mancia, G. (2023). Hipertensión. *Manual MSD de diagnóstico y tratamiento médico*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertension/hipertension>

15. European Society of Hypertension. (2024). *2024 Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión para el tratamiento de la hipertensión arterial*.
<https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/prevencion-riesgo-cardiovascular/15233-2024-esc-guidelines-for-the-management-of-elevated-blood-pressure-and-hypertension>

16. Morillo, G. (2004). Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 horas: Evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Revista Cubana de Medicina*, 43(5), 387–395.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000500009

17. Moussa, D. M. (2016). Prevalencia de hipertensión y factores de riesgo asociados entre estudiantes universitarios: Estudio comparativo. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 203–209.
https://www.researchgate.net/publication/290995470_Prevalence_of_hypertension_and_a_sociated_risk_factors_among_university_students_Comparative_study

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Hipertensión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

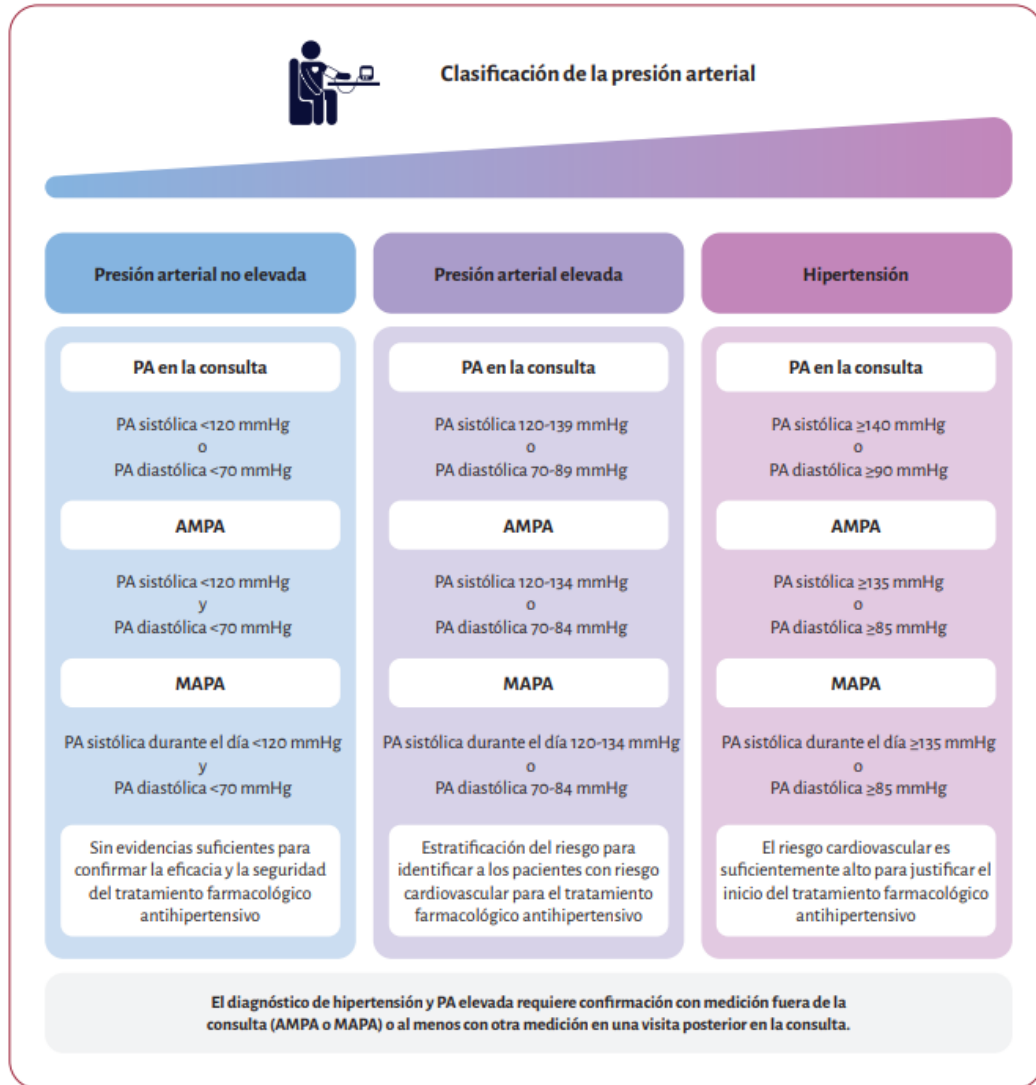
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Hipertensión arterial*.
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

20. Sorasio, V. (2024). Tirzepatida reduce la presión arterial ambulatoria de 24 horas en adultos con índice de masa corporal mayor a 27 kg/m². *Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA)*. <https://www.saha.org.ar/uploads/pdf/Libro-HTA-Paciente-ardiorrenometab%C3%B3lico-ISBN.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (ESC) 2024



i. Clasificación de la presión arterial. AMPA: automedida de la presión arterial por parte del paciente; MAPA: monitorización amb presión arterial; PA: presión arterial. Nótese que los umbrales para el diagnóstico de PA elevada e hipertensión en la MAPA noctua detallan en la sección 5 (tabla 5).

ANEXO 2

CLASIFICACION HIPERTENSION ARTERIAL DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION
Y AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 2017 (AHA/ACC)

Tabla 1 Categorías de presión arterial en adultos^a

Categoría de PA	PAS		PAD
Normal	<120	y	<80
Elevada	120-129	y	<80
<i>Hipertensión</i>			
Estadio 1	130-139	o	80-89
Estadio 2	≥140	o	≥90

PA en mmHg.

PA: presión arterial; PAD, presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

^a Los sujetos con PAS y PAD en distintas categorías se clasificarán en la categoría más alta.

La PA para la clasificación se basará en la media de 2 o más lecturas en 2 o más ocasiones y siguiendo las recomendaciones para medidas de calidad

ANEXO 3

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO, CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA SEGÚN
 AMERICAN HEART ASSOCIATION Y AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 2017
 (AHA/ACC)

Tabla 5 Cambios en el estilo de vida útiles en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial (aplicables a sujetos con presión arterial elevada o con hipertensión arterial)

CR	NE	Recomendación
1	A	Pérdida de peso en sujetos con sobrepeso u obesidad
1	A	Dieta cardiosaludable, como dieta DASH
1	A	Reducción del contenido de sal en la dieta
1	A	Suplementos de potasio, preferiblemente en la dieta, salvo en casos con enfermedad renal o de uso de fármacos que reduzcan la excreción de potasio
1	A	Aumento de la actividad física con programas estructurados de ejercicio
1	A	En caso de consumo de alcohol, restringir la toma a un máximo de 2 «bebidas» en varones y una en mujeres ^a

CR: clase de recomendación; DASH: *dietary approaches to stop hypertension* (en nuestro medio, dieta mediterránea); NE: nivel de evidencia.

^a Se detallan las medidas de una «bebida» en aproximadamente 300 cc de cerveza, 150 cc de vino o 40 cc de una bebida de graduación alta.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participación en un estudio de investigación de Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiometabólicos (alcohol, tabaco, obesidad) y su repercusión sobre la hipertensión arterial en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden al Hospital Docente Dr. Félix María Goico en el período febrero-abril 2025.

Yo, _____, portador(a) del documento de identidad No. _____; declaro que los doctores Yunion Sosa Abreu y Lléss Desiré Santana, portadores de la cedula de identidad No.402-2379458-3 y No.029-0014192-6, respectivamente, residentes de tercer año de la especialidad médica, Medicina Familiar y Comunitaria, quienes realizaran la investigación antes mencionada.

Al firmar, certifico haber recibido explicación detallada y he comprendido tanto la necesidad de que se realice esta investigación como del efecto que pueden tener estos factores de riesgo sobre la hipertensión arterial. De igual modo, afirmo que he podido aclarar cualquier duda, que se me ha hecho valer mi derecho a declinar dicho consentimiento y retirar mi participación del mismo sin que esto repercuta ni tenga consecuencias sobre la atención medica recibida. Eximiendo a los investigadores, la institución hospitalaria, así como la universidad que lo avala, de toda responsabilidad.

Toda la información proporcionada por usted será tratada con estricta confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación. Sus respuestas serán anónimas y los datos se presentarán en forma agregada, protegidos y solo revelados en presentaciones y/o eventos con fines científicos, serán guardados en una base de datos exclusiva de la institución hospitalaria sin identificación personal, por lo que libre y voluntariamente firmo este documento para que se realice la recolección de mis datos.

Firma del Participante

Firma Investigadores

ANEXO 5

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICOS (ALCOHOL, TABACO, OBESIDAD) Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE DR. FÉLIX MARÍA GOICO EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2025.

Instrucciones: Lea cuidadosamente y seleccione la respuesta según su conocimiento. La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos.

Edad: _____ años. **Sexo:** _____ **Estado civil:** _____

Nivel Educativo: _____ **Ocupación:** _____

Sección 1: Conocimientos sobre factores de riesgo de hipertensión arterial

Marque "Verdadero" o "Falso" según su conocimiento sobre las siguientes afirmaciones:

1. El tabaquismo puede influir en el desarrollo de hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

2. El consumo excesivo de alcohol está relacionado con el desarrollo de hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

3. Una dieta rica en grasas puede afectar la presión arterial.

- Verdadero
 Falso

4. La obesidad o el sobrepeso son factores de riesgo para la hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

5- El sedentarismo es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

5. Tener antecedentes familiares de hipertensión arterial aumenta el riesgo de padecer de hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

6. Las personas jóvenes no están en riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

7. La práctica regular de ejercicio físico ayuda a prevenir la hipertensión arterial.

- Verdadero
 Falso

Sección 2: Fuentes de información y educación sanitaria:

1. ¿Ha recibido información sobre factores de riesgo para padecer hipertensión arterial previamente?

- Sí
 No

2. Si respondió "Sí", indique la fuente de información (puede marcar más de una opción):

- Médico o personal de salud
 Medios de comunicación (TV, radio)
 Internet o redes sociales
 Familiares o amigos
 Otro: _____

3. ¿Considera que tiene suficiente conocimiento sobre los factores de riesgo cardiometabólicos (tabaquismo, alcoholismo y obesidad) para prevenir el desarrollo de hipertensión arterial?

- Sí
 No

ANEXO 6

APROBACIÓN TEMA DE TESIS POR EL HOSPITAL DOCENTE DR. FÉLIX MA. GOICO



Miércoles, 12 de febrero de 2025

Señores
DR. YUNIOR AMADO SOSA ABREU
DRA. LIESS DESIRE SANTANA
Sus Manos

ASUNTO: APROBACION DE TEMA PARA TESIS POST GRADO

Distinguidos Señores:

Muy Cortésmente nos dirigimos a ustedes, con la finalidad de informarles que la Gerencia de este Hospital y el Depto. De Enseñanza de Medicina Familiar y Comunitaria, ha aprobado el tema: para realizar la tesis de post-grado con el tema:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO (ALCOHOL, TABACO Y OBESIDAD) Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JOVENES DE 18 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE DR. FELIX MARÍA GOICO EN EL PERIODO FEBRERO-ABRIL 2025.

Deseándole éxitos en el desarrollo de su tesis, se despide.

Atentamente,

DRA. FRANCINA SÁNCHEZ
Directora General


DR. RAFAEL HERNÁNDEZ
Sub-Director


DRA. MERCEDES SARITA VALDEZ
Enc. Depto de Enseñanza







C/ RAMON CORDERO ESQUINA FRANCISCO NUÑEZ FABIAN, VILLA CONSUELO,
Sto. Dgo. D.N. R.D.
Telefono : 809 689-2233 | E-mail: Hosp_goico@hotmail.es
RNC 430094811
<https://hfmgo.hospital.do>

ANEXO 7

7.1 CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DRA. LÍESS D. SANTANA

	CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
Nombre Completo	Liess Desire Santana
Matrícula o código institucional	221183
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-0993
Fecha	Tuesday, March 25, 2025
	
	
	Michael A. Alcántara-Minaya, MD Coordinador Comité de Ética Vicerrectoría de Investigación e Innovación Universidad Iberoamericana (UNIBE)

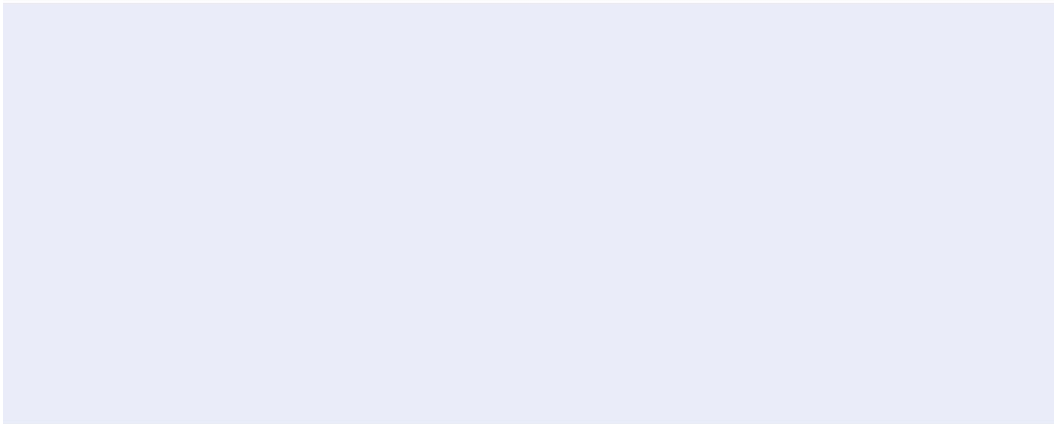
7.2 CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DR. YUNIOR A. SOSA ABREU



Nombre Completo	Yunior Amado Sosa Abreu
Matrícula o código institucional	221189
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1022
Fecha	Thursday, April 10, 2025

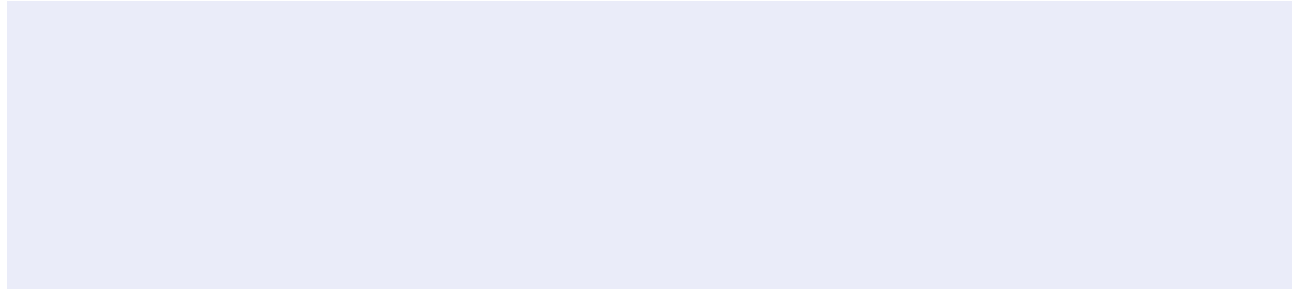
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Alcántara-Minaya'.

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



ANEXO 8

APROBACIÓN TEMA DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICA – UNIBE



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación	ACECEI2024-251
Nombre del Estudiante #1	Liess Desire Santana
Matrícula del Estudiante #1	221183
Nombre del Estudiante #2	Yunior Amado Sosa Abreu
Matrícula del Estudiante #2	221189

Nombre del Proyecto de Investigación

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICOS (ALCOHOL, TABACO, OBESIDAD) Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE DR. FÉLIX MARÍA GOICO EN EL PERIODO FEBRERO-ABRIL 2025.

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

ANEXO 9

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	2025					
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1	Identificación y delimitación del problema de investigación		X				
2	Revisión de referencias bibliográficas		X				
3	Elaboración de antecedentes, justificación		X				
4	Redacción planteamiento del problema y objetivos		X				
5	Redacción esquema de contenido marco teórico		X				
6	Operacionalización de las variables		X	X			
7	Redacción del diseño metodológico		X				
8	Redacción borrador del anteproyecto para revisión por el			X	X		

	docente del curso de metodología de la investigación						
9	Reuniones presenciales con el asesor metodológico		X	X	X	X	
10	Solicitud de aprobación de la investigación en el hospital Docente Dr. Félix Ma. Goico		X				
11	Redacción del documento final del anteproyecto				X		
12	Solicitud de aprobación del anteproyecto de investigación			X			
13	Elaboración del marco teórico			X			
14	Marco teórico terminado			X			
15	Elaboración del instrumento de recolección de datos			X	X		
16	Elaboración del consentimiento informado				X		

17	Levantamiento de la información				X		
18	Organización y procesamiento de datos				X	X	
19	Elaboración de los resultados				X	X	
20	Redacción de la discusión					X	
21	Redacción de las conclusiones					X	
22	Redacción de las recomendaciones					X	
23	Elaboración del informe preliminar					X	
24	Revisan y edición del informe preliminar					X	
25	Presentación preliminar al asesor					X	
26	Revisión del informe final para fines de No Plagio					X	
27	Revisión definitiva del informe final					X	

ANEXO 10

PRESUPUESTO

No.	Referencia	Unidad	Total
1	Materiales de papelería		
	5 resmas de papel 8.5x11"	RD\$300	RD\$1,500.00
	3 bolígrafos	RD\$30	RD\$90.00
	7 lápices de carbón	RD\$15	RD\$105.00
	2 borradores	RD\$20	RD\$40.00
	2 sacapuntas	RD\$50	RD\$100.00
2	Fotocopias e impresoras		
	220 fotocopias formularios	RD\$10	RD\$2,200.00
	6 impresiones	RD\$700	RD\$4,200.00
	3 encuadernaciones	RD\$200	RD\$600.00
	3 empastados	RD\$1300	RD\$3,900.00
3	Transportación		RD\$2,500.00
4	Anti plagio		RD\$4,000.00
	Subtotal		RD\$19,235.00
	Imprevistos 10%		RD\$1,923.50
	Total		RD\$21,158.50

Detector de plagio v. 2867 - Informe de originalidad 2/6/2025 4:43:07 p. m.

Documento analizado: **Tesis MFyC 3ra. ed. 1 6 2025 (1).docx** Licenciado para: **Luis Almonte**

Preajuste de comparación: **Palabra a palabra** Idioma detectado: **Es**

Tipo de verificación: **Control de internet**

TEE y codificación: **DocX n/a**

Análisis detallado del cuerpo del documento:

Tabla de relaciones:

Plagio 5.25% Original 87.55% Citas 7.21% AI 0%



Gráfico de distribución:



Principales fuentes de plagio: **112**

7%	330	1. https://www.msmanuals.com/es/profesional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n
6%	480	2. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.24173
6%	354	3. https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1278

Detalles de recursos procesados: **203 - Okay / 10 - Ha fallado**

Notas importantes:

Wikipedia:	Libros de Google:	Servicios de escritura fantasma:	Anti-trampa:
 Wiki detectado!	 [no detectado]	 [no detectado]	 [no detectado]

Informe anti trampas de UACE:

[uace_line1]
[uace_line2]
3. Documento no normalizado: el normalizador está apagado
[uace_line4]
[uace_line5]
[uace_line_recommendation_title]
[uace_line_recommendation]
Estadísticas del alfabeto y análisis de símbolos:

Referencias activas (URL extraídas del documento):

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000500009
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000400347
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3677798>
- <https://es.scribd.com/document/827850451/Panorama-general-de-la-hipertension-en-adultos-UpToDate>
- <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1278>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32449886/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3269894/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38230497/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39006872/>
- <https://escardiologia.es/scientifico/guias-clinicas/prevencion-riesgo-cardiovascular/16233-2024-esc-guidelines-for-the-management-of-elevated-blood-pressure-and-hypertension>
- <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000803>
- <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hyp.0000000000000065>
-
- <https://www.berri.es/pdf/ATENCION%20PRIMARIA%E2%80%9A%20Vol.2%20Problemas%20de%20salud%20en%20la%20consulta%20de%20medicina%20de%20familia/9788413821580>
- https://www.clinicalcascondes.cl/Dev_CLC/media/imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabaquismo-8.pdf
- <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-BloodPressure-and-Hypertension>

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA -UNIBE



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

EVALUACIÓN FINAL

Sustentantes

Dra. Liess Desiré Santana

Dr. Yunior Amado Sosa Abreu

Asesores

Dr. Ángel Campusano
Asesor Metodológico

Dr. Cosme Ventura
Asesor Clínica

Jurados

Dra. Rosmery Montero

Dr. Prince Lopez

Autoridades Escuela de Medicina

Dr. Marcos Núñez
Decano

Dr. Rafael Nazario Lora
Coordinador de Residencias Médicas

Calificación _____ Fecha _____