

# Hipertensión:

## una epidemia mortal



Por Laura Beatriz Zaita Arjona  
(laurabeatriz@vanguardia.cu)

En mayo el calendario invita a reflexionar sobre un padecimiento que, pese a ser bastante común, continúa siendo la primera causa de muerte en el mundo: la hipertensión. «Cada hora, más de 1000 personas pierden la vida por accidentes cerebrovasculares e infartos del miocardio atribuibles a la hipertensión arterial, aunque la mayoría de esas muertes podrían prevenirse», declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el octogésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Para comprender la magnitud del problema, conviene partir de sus bases clínicas. Elibet Chávez González, Doctor en Ciencias y especialista de segundo grado en Cardiología, lo definió con una metáfora tan certera como inquietante: «el enemigo o asesino silencioso», dada su capacidad de cursar, en muchos casos, de manera asintomática y pasar inadvertida. En esencia, explicó que se trata del aumento sostenido de la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes arteriales. Así pues, un sujeto es considerado hipertenso cuando sus registros son, de modo consistente, iguales o superiores a 140/90 mmHg. «No obstante, algunos estudios y publicaciones internacionales sugieren empezar a tomar medidas preventivas desde los 130/80 mmHg», subrayó.

Ahora bien, ¿cómo se confirma la presencia de esta condición? El diagnóstico dista de resolverse con una sola lectura, pues la presión arterial constituye una variable que oscila al compás del estrés, el esfuerzo e, incluso, la mera presencia de una bata blanca.

Tal como explicó el especialista, el método se apoya en tres pilares: las mediciones repetidas —dos o tres tomas en consultas diferentes, o hasta seis con una hora de intervalo— para trazar una curva fiable; la monitorización domiciliar, donde el paciente registra sus cifras en distintos horarios, siempre bajo la indicación de utilizar un único tensiómetro y la asistencia de una misma persona; y el MAPA (monitoreo ambulatorio de la presión arterial), que implica el uso de dispositivos automáticos para registrar la presión durante 24 horas, con el fin de descartar las alteraciones provocadas por el nerviosismo.

Una vez establecido el diagnóstico, conviene identificar los factores de riesgo. Chávez González los clasificó en dos grupos: no modificables —edad avanzada y antecedentes familiares— y modificables, entre los que figuran las dietas ricas en sal, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el alcohol excesivo, la diabetes mellitus y el tabaquismo. Señaló, además, dos elementos frecuentemente ignorados: el síndrome de apnea del sueño y la falta de descanso reparador, íntimamente ligados a la hipertensión de difícil con-

trol. Por ello, insistió en que dormir de forma adecuada, sumado al manejo de los demás factores, contribuye a reducir las cifras de presión arterial.

Sin embargo, un factor de esa lista se ha exacerbado en las últimas dos décadas en el sector infantojuvenil: el sobrepeso y la obesidad. Subyace en estos datos un entramado comercial poderoso: la industria de alimentos y bebidas invierte miles de millones de dólares en estrategias de mercadotecnia orientadas a inclinar la elección infantil hacia productos, en su mayoría, de bajo perfil nutricional. El propósito no es accidental: sostener un negocio que necesita, para prosperar, que el consumo desmedido comience temprano.

Un informe de Unicef emitido durante el 2025 estableció que 188 millones de niños y adolescentes en edad escolar viven con obesidad. La cifra, por sí sola, ya es alarmante, pero lo que realmente da que pensar es el vuelco histórico que entraña: por primera vez, tal trastorno ha superado el bajo peso como la forma predominante de malnutrición a escala global.

Paralelamente, la hipertensión infantil se ha duplicado desde principios del presente siglo y actualmente afecta a 114 millones de menores de 19 años aproximadamente, de acuerdo con un artículo de revisión divulgado en *The Lancet Child & Adolescent Health*, bajo la autoría de Zhou y otros (2026). El estudio señaló que a principios de siglo el 3.4 % de los niños y el 3 % de las niñas presentaban esta afección, mientras que en 2020 los valores ascendieron al 6.5 % y el 5.8 %, respectivamente. Asimismo, reveló que la prevalencia de presión arterial elevada era ocho veces mayor entre los infantes con obesidad (19 %) en comparación con aquellos que mantenían un peso saludable (2.4 %).

Esta tendencia resulta preocupante, pues, según una revisión bibliográfica publicada en la *Revista Sanitaria de Investigación* por Villalba Pamplona y otros (2025), la confluencia

temprana de ambos factores se vincula con un mayor riesgo de desarrollar afecciones cardiovasculares en la adultez; entre ellas, la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardíaca. Además, la OMS advierte que la hipertensión no controlada puede provocar angina de pecho, problemas renales y daños en la retina.

Esta cadena de desenlaces hace difícil aceptar que todavía hoy se reste importancia a una condición que, diagnosticada a tiempo y tratada con constancia, rara vez debería figurar en un certificado de defunción. Por ello, resulta vital comprender las bases del abordaje terapéutico, el cual tiene carácter integral y sostenido durante toda la vida. De acuerdo con Chávez González, dicho proceso se divide en dos aristas: la prescripción farmacológica personalizada

y un cambio profundo en las conductas cotidianas, que incluye reducir drásticamente la sal, apostar por una alimentación rica en frutas y verduras (dieta DASH) y practicar ejercicios aeróbicos con regularidad.

En definitiva, la hipertensión arterial encarna una enorme paradoja: se dispone del conocimiento científico para diagnosticarla, de los fármacos para controlarla y de la evidencia sobre las medidas que reducen su incidencia; sin embargo, continúa siendo la primera causa de muerte en el mundo. Cerrar esa brecha entre lo que la ciencia sabe y lo que la población padece depende de un esfuerzo conjunto: políticas públicas que garanticen un acceso equitativo al diagnóstico y al tratamiento, y la responsabilidad individual para mitigar los efectos de la enfermedad o, sencillamente, evitarla.

