

## ¿Está mejorando el control de la hipertensión arterial en la Argentina?

MARTÍN R. SALAZAR<sup>1,2</sup>

Marin y colaboradores, en un trabajo que se publica en el presente número de la *Revista*, (1) han hallado que un tercio de una muestra de adultos (edad media ~ 40 años) proveniente de varias ciudades de la Argentina tienen valores de presión  $\geq 140/90$  mmHg. Aunque el trabajo no corresponde estrictamente a una muestra poblacional dado que las mediciones fueron efectuadas en sujetos que acudían por trámites a delegaciones de la Policía Federal, la prevalencia global de hipertensión arterial (HTA) (33,5%) está dentro del rango de las publicadas previamente en muestras poblacionales de distintas regiones de nuestro país en los últimos 20 años: provincia de Buenos Aires 32,7% a 39,8%, (2-4) Rosario 34,7%, (5) Córdoba 29,9%, (6) cuatro ciudades del área central 27,9% a 43,6% (7) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) 29%. (8) También las prevalencias específicas por sexo (41,7% en hombres y 25,7% en mujeres) y por edad (mostradas en la tabla 2 del trabajo de Marin) fueron razonablemente similares a las publicadas en estudios previos.

Los criterios utilizados para definir la presión arterial (PA) han variado ampliamente entre los estudios citados, desde el promedio de tres mediciones en dos ocasiones (2, 4) hasta el promedio entre la segunda y la tercera medición (descartando la primera) como en el estudio que nos ocupa. Este hecho podría ser una explicación para la diferencia hallada en las prevalencias comunicadas. Sin embargo, como muestran los autores en la Tabla 3, y a pesar de haber usado la misma metodología, hubo casi 10 puntos de diferencia entre la prevalencia más baja (28,1% CABA) y la más alta (37,2% Mendoza). El hecho de que no se muestren las edades discriminadas por las distintas ciudades del estudio limita el análisis. Sin embargo, diferencias entre ciudades de más de 10 puntos, empleando la misma metodología, ya se habían observado en el estudio de De Sereday y colaboradores. (7) Esta heterogeneidad en las prevalencias es de indudable interés epidemiológico, tanto para el cálculo de la carga de enfermedad asociada con la PA como para la búsqueda de explicaciones y estrategias de intervención particulares para cada ciudad o región.

Si bien para definir exactamente la prevalencia de HTA en la Argentina y sus diferencias regionales sería necesario un estudio nacional con una metodología de muestreo y definiciones homogéneas, el estudio de Marin y colaboradores confirma que la Argentina continúa siendo en la actualidad un país

de prevalencia media-alta de HTA. Debe entenderse que la HTA de los estudios epidemiológicos no debe considerarse equivalente del diagnóstico de HTA en la práctica clínica. No obstante, es una estimación útil de la magnitud del problema a enfrentar desde la perspectiva de la salud pública. Estudios como el de Marin y colaboradores, basados en mediciones directas de la PA, no deberían ser reemplazados ni comparados con encuestas de prevalencia autorreferidas como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, pues, como se muestra en el trabajo y en publicaciones previas, el 40-50% de los hipertensos no conoce su estado. (9)

Una proporción importante de la morbimortalidad atribuible a la PA se debe a niveles de PA que se encuentran por debajo del umbral formal (y arbitrario) de HTA ( $\geq 140/90$  mm Hg). (10) Por ello es de interés no sólo analizar la prevalencia de HTA, sino también conocer las presiones medias de la muestra, más aún considerando que se ha demostrado que es posible reducir la presión de una comunidad aplicando en ella medidas destinadas a estimular un estilo de vida saludable. (11) Los autores las muestran en la Tabla 2, discriminadas por sexo y edad. Aunque las distintas metodologías de los estudios (diseño del muestreo, definición de PA y diferentes grupos etarios) limitan la posibilidad de efectuar comparaciones, los valores medios de PA parecen sustancialmente menores que los referidos 20 años antes por Echeverría y colaboradores, (2) en especial en los grupos de más edad. La aparente paradoja de valores medios de PA más bajos con casi idénticas prevalencias de HTA (32,7% vs. 33,5%) podría explicarse por la combinación de menores presiones en la comunidad entera y presiones más bajas en los hipertensos tratados.

Tal vez los datos de mayor interés sean los relacionados con los niveles de conocimiento, tratamiento y control de la HTA, que deben ser analizados en dos aspectos. En primer lugar, los niveles de conocimiento (62,8%), tratamiento (56,2%) y control (26,5%) son superiores a los comunicados en los estudios de las décadas precedentes (Figura 1); el hecho de haber descartado la primera toma, habitualmente la más elevada, puede sobredimensionar en algún grado las diferencias halladas en el control con los estudios que utilizaron el promedio de tres determinaciones. En segundo lugar, debe mencionarse la heterogeneidad observada entre las distintas ciudades en el estudio de Marin y colaboradores en el conocimiento, tratamien-

<sup>1</sup> Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA)

<sup>2</sup> Jefe de Sala de Clínica Médica, Hospital Universitario Gral. San Martín, La Plata, Argentina

to y control. Deben destacarse los muy bajos niveles de conocimiento, tratamiento y control en Neuquén (37,2%, 31,0% y 11,5%, respectivamente), a pesar de un desarrollado sistema de atención primaria, y en Mendoza (52,4%, 47,7% y 18,1%, respectivamente). Además, llama la atención que las ciudades del norte (Tucumán, Chaco y Corrientes) mostraron un control de ~ 30%, en tanto que en la CABA, donde se concentra la mayor disponibilidad de recursos, sólo fue de ~ 25%. Así, la mejora en el control de la HTA respecto de las décadas previas no fue observada en la misma medida en todas las submuestras del estudio; los mecanismos que explican estas diferencias parecen complejos y, al menos parcialmente, independientes de otros indicadores de desarrollo.

Una forma un poco diferente de ver los datos es analizando lo que podríamos llamar "eficacia del tratamiento", entendida como el *porcentaje de los pacientes tratados que se encuentran controlados*; este valor de alguna manera refleja la actitud de los médicos tratantes ante las metas de control. En el trabajo de Marin y colaboradores, el 47,2% de los pacientes que recibían fármacos antihipertensivos tenían una PA < 140/90 mm Hg, porcentaje superior al hallado en los estudios de los años ochenta y noventa (entre 12% y 30%) y similar al referido para la CABA en la década del 2000 (véase Figura 1). (12) Como en el caso del control, Tucumán (58,3%) y Chaco y Corrientes (53,0%) mostraron los valores más altos de eficacia y Neuquén, el más bajo (35,9%). Si bien el control de la HTA y la eficacia del tratamiento están relacionados y corren en el mismo sentido, las acciones específicas para mejorarlos son diferentes. Así, una campaña de detección de hipertensos podrá mejorar el control, pero sólo la amplia accesibilidad a los antihipertensivos asociada con un mayor convencimiento de los médicos y de los pacientes de las ventajas de lograr un

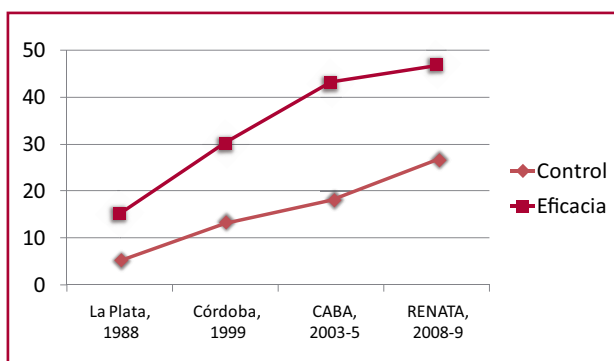
control estricto de la PA podrá mejorar la eficacia. El bajo uso de combinaciones de fármacos y de diuréticos observado en el estudio podría estar limitando lograr un control mejor de la PA.

Una publicación reciente, en base a datos del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2008, permite apreciar hasta dónde se puede llegar cuando el control de la HTA se convierte en un objetivo nacional. (13) En él se comunican niveles de conocimiento del 80,7%, de tratamiento del 72,5% y de control del 50,1%, y ~ 70% de los hipertensos tratados alcanzaron una PA < 140/90 mm Hg, eficacia similar a la comunicada en los estudios clínicos controlados. (14)

En conclusión, el estudio de Marin y colaboradores aporta datos actualizados sobre la epidemiología de la HTA en la Argentina. Si bien múltiples aspectos metodológicos limitan la certeza de las comparaciones con estudios de décadas pasadas, parecería que la prevalencia de HTA se mantiene estable; por el contrario, los niveles medios de presión y el control parecen haber mejorado, aunque el nivel de control alcanzado aún está lejos del teóricamente posible. Existen notorias diferencias regionales y su análisis y explicación son de indudable interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J y col. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol* 2012;80:121-9.
2. Echeverría RF, Camacho RO, Carbajal HA, Salazar MR, Mileo HN, Riondet B y col. Prevalencia de hipertensión arterial en La Plata, Argentina. *Medicina (B Aires)* 1988;48:22-8.
3. De Lena SM, Cingolani HE, Almirón MA, Echeverría RF. Prevalencia de la hipertensión arterial en una población rural bonaerense. *Medicina* 1995;55:225-30.
4. Carbajal HA, Salazar MR, Riondet B, Rodrigo HF, Quaini SM, Rechifort V y col. Variables asociadas a la hipertensión en una región de la Argentina. *Medicina (B Aires)* 2001;61:801-9.
5. Piskorz D, Locatelli H, Gidekei L y cols. Factores de riesgo en la ciudad de Rosario. Resultados del estudio Faros. *Rev Fed Arg Cardiol* 1995;24:499-508.
6. Nigro D, Vergottini JC, Kuschnir E, Bendersky M y cols. Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba. *Rev Fed Arg Cardiol* 1999;28:69-75.
7. De Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loredo L, Braguinsky J, Cobeñas C, et al. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab* 2004;30:335-9.
8. Hernández-Hernández R, Silva H, Velasco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, et al. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *J Hypertens* 2010;28:24-34.
9. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:20-9.
10. Lawes CM, Vander Hoorn S, Law MR, Elliott P, MacMahon S, Rodgers A. Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part II: estimates of attributable burden. *J Hypertens* 2006;24:423-30.



**Fig. 1.** Control (PA < 140/90 mm Hg/hipertensos) y eficacia del tratamiento (PA < 140/90 mm Hg/tratados) en estudios de grandes ciudades de la Argentina publicados en los últimos 20 años. CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. RENATA: REgistro NAcional de hiperTensión Arterial.

11. Salazar MR, Carbajal HA, Aizpurúa M, Riondet B, Rodrigo HF, Rechifort V, et al. Decrease of blood pressure by community-based strategies. *Medicina (B Aires)* 2005;65:507-12.
12. Silva H, Hernandez-Hernandez R, Vinuesa R, Velasco M, Boissonnet CP, Escobedo J, et al. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. *Am J Ther* 2010;17:159-66.
13. Egan B, Zhao Y, Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* 2010;303:2043-50.
14. Sarafidis PA, Bakris GL. Resistant hypertension: an overview of evaluation and treatment. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1749-57.