

# El desafío de romper el *statu quo* en hipertensión arterial

## *The Challenge of Breaking the Statu Quo in Hypertension*

JOSÉ BOGGIA

La hipertensión arterial es una de las enfermedades de más alta prevalencia en el mundo, con algunas disparidades según el nivel de desarrollo económico y la composición demográfica de los países. (1) Además de su elevada prevalencia, desde hace mucho tiempo se reconoce el fuerte impacto que genera en el desarrollo de enfermedad cardiovascular, renal y muerte. (2, 3) El impacto de la hipertensión arterial y sus secuelas sobre la capacidad productiva del individuo y los años de vida perdidos por discapacidad se reflejan en la escala mundial. (3) En algunos reportes, la región del Río de la Plata lidera en prevalencia y mortalidad cardiovascular en Latinoamérica. (4, 5)

En este número de la *Revista*, Delucchi y colaboradores presentan los resultados del estudio RENATA-2. (6) Este estudio utiliza una estrategia de muestreo con aleatorización en 25 distritos de 18 provincias de la Argentina, superando en más de tres veces el número de ciudades relevadas en el primer estudio RENATA, publicado en 2012. (7) Además, las virtudes metodológicas del estudio incluyen la medición directa de la presión arterial, con técnica y equipos adecuados, y la utilización de cuestionarios específicos para la evaluación de adherencia al tratamiento. El estudio RENATA-2 trasciende en muchos aspectos. Es de carácter nacional, conducido por una sociedad científica que nuclea profesionales comprometidos con esta enfermedad y es independiente de la participación de autoridades oficiales. Estas características hacen de él un estudio pionero en América Latina. El estudio RENATA-2 nos muestra que la prevalencia de hipertensión arterial tiene una leve tendencia creciente en relación con la medición de 2012: 36,3% (IC 95% 35,1-37,6) en 2017 *versus* 33,5% (IC 95% 31,9-34,9) en 2012. Quizá, este no debería ser un dato alarmante si se analiza en conjunto con el cambio en la estructura demográfica, debido al crecimiento y envejecimiento poblacional. (8) Sin embargo, otros datos que derivan del RENATA-2 deben ser motivo de preocupación, incluyendo la prevalencia cruda de sujetos que desconocen su condición de hipertensos (~ 40%), que reciben tratamiento para la enfermedad (~ 50%) y que efectivamente logran controlar la enfermedad (~ 25%). Aún más, si bien RENATA-2 no informa prevalencia estandarizada para edad y sexo, sí reporta datos específicos sobre sexo y categorías de edad, que muestran una muy pobre *performance* de

diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad en hombres en relación con mujeres y en sujetos jóvenes en relación con los de mayor edad. Los datos reportados difieren mínimamente de los comunicados en 2012 y de lo que fuera referido en la región y a nivel internacional. (7, 9, 10) Finalmente, los datos de RENATA-2 están basados en la medición de la presión en el consultorio en un único día. Sabemos que la medición casual de la presión arterial en una única oportunidad está sujeta a errores, y que la medición ambulatoria de la presión arterial de 24 horas es el método considerado patrón oro para el diagnóstico de hipertensión arterial. Esto sugiere que aun la prevalencia real de hipertensión arterial podría ser superior si se considera que la proporción de sujetos con hipertensión oculta en muestras poblacionales se reporta en el rango de 15% a 20%. (11) Sin embargo, en promedio, las cifras de prevalencia son similares por ambas técnicas. (12)

El mantenimiento o aun la agravación de la realidad epidemiológica de la hipertensión arterial que refleja el estudio RENATA-2 y los otros estudios citados traducen el fracaso de las políticas sanitarias ensayadas en los últimos años. Esta realidad trasciende el control de la hipertensión arterial, e involucra también a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes y obesidad. (8, 13, 14) Solamente el control del tabaquismo ha mostrado mejoras parciales en algunos países. (15, 16) Sin embargo, en los últimos años, el resultado de la experiencia de Kaiser Permanente revive cierta esperanza de mejorar esta desalentadora perspectiva. (17, 18) Esta experiencia ha demostrado que romper algunos paradigmas del sistema de cuidados de salud, actualmente dominado por estructuras diseñadas para el cuidado de la enfermedad aguda y el tratamiento de las complicaciones de las enfermedades crónicas, puede dar resultados positivos. Una de las claves de esta táctica fue diseñar estrategias dinámicas y a medida de las posibilidades del sistema, considerando el menor costo posible, incorporando a los actores en la búsqueda de soluciones y con una monitorización casi permanente de los resultados obtenidos con los cambios introducidos.

La Argentina ha realizado contribuciones sustantivas y mundialmente reconocidas al conocimiento de la patogenia y el tratamiento de la hipertensión arterial. (19) En el contexto actual del conocimiento,

REV ARGENT CARDIOL 2017;85:317-318. <http://dx.doi.org/107775/rac.es.v85.i4.11685>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2017;85:354-360. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.11061>

*Dirección para separatas:* José Boggia MD, PhD - Unidad de Monitoreo e Investigación en Presión Arterial, Centro de Nefrología - Dpto. de Fisiopatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República. - Avenida Italia 2870, Piso 15, Sala 1 Ap 13, PO-11600 Montevideo, Uruguay. Tel. +598-24809850 - e-mail: [jboggia@hc.edu.uy](mailto:jboggia@hc.edu.uy)

el gran desafío que enfrentamos como clínicos es contribuir a mejorar las estrategias para el diagnóstico, y fundamentalmente el tratamiento eficaz para lograr el control de la enfermedad. Seguramente, este desafío implica romper algunos paradigmas actuales del *statu quo*, que van desde la enseñanza de la medicina hasta el diseño de políticas sanitarias ajustadas a la realidad de cada región y fundamentalmente dotadas de una dinámica que permita realizar ajustes rápidos. La Argentina tiene condiciones de desarrollo académico y científico en hipertensión arterial para sortear este desafío, lo cual anhelamos que se refleje en las siguientes evaluaciones de RENATA.

#### Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses del autor en la web/ Material suplementario).

#### BIBLIOGRAFÍA

- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation* 2016;134:441-50.
- Kannel WB, Schwartz MJ, McNamara PM. Blood pressure and risk of coronary heart disease: The Framingham Study. *Dis Chest* 1969;56:43-52. <http://doi.org/fqs8v9>
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA* 2017;317:827-38. <http://doi.org/cdxw>
- Armas de Hernández MJ, Armas Padilla MC, Hernández-Hernández R. La hipertensión en Latinoamérica. *Rev Latinoam Hipertens* 2006;1:10-7.
- 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 [Internet]* 2010;28:24-34. <http://doi.org/cs9b54>
- Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G, por los Investigadores del 2º Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA 2). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol* 2017;85:354-60.
- Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J y cols. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial: estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol* 2012;80:121-9.
- Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1603-58. <http://doi.org/f3tc2x>
- Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Chen C-S, Gutierrez L, Lanas F, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Southern Cone of Latin America. *Am J Hypertens* 2016;29:1343-52. <http://doi.org/f926kx>
- Chow CK. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013;310:959. <http://doi.org/f22dt8>
- Hansen TW, Kikuya M, Thijs L, Björklund-Bodegård K, Kuznetsova T, Ohkubo T, et al. Prognostic superiority of daytime ambulatory over conventional blood pressure in four populations: a meta-analysis of 7030 individuals. *J Hypertens* 2007;25:1554-64. <http://doi.org/dfnwb9>
- Melgarejo JD, Maestre GE, Thijs L, Asayama K, Boggia JJ, Casiglia E, et al. Prevalence, treatment, and control rates of conventional and ambulatory hypertension across 10 populations in 3 continents. *Hypertension* 2017;70:50-8. <http://doi.org/gbh4rg>
- Di Cesare M, Bentham J, Stevens GA, Zhou B, Danaei G, Lu Y, et al. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 2016;387:1377-96. <http://doi.org/bd2d>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* 2016;387:1513-30. <http://doi.org/f3rmfb>
- Abascal W, Esteves E, Goja B, Mora FG, Lorenzo A, Sica A, et al. Tobacco control campaign in Uruguay: A population-based trend analysis. *Lancet* 2012;380:1575-82. <http://doi.org/f2mb4n>
- (World Health Organization). Global Adult Tobacco Survey data. Fact Sheet Argentina y Uruguay. 2010.
- Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. *JAMA* 2013;310:699. <http://doi.org/f47n3h>
- Sim JJ, Handler J, Jacobsen SJ, Kanter MH. Systemic implementation strategies to improve hypertension: The Kaiser Permanente Southern California Experience. *Can J Cardiol* 2014;30:544-52. <http://doi.org/f525b7>
- Basso N. Historia del descubrimiento de la angiotensina. Breve reseña. *Boletín del Consejo Argentino de Hipertensión Arterial de la Sociedad Argentina de Cardiología* 2001;2:10-8.