

Hipertensión arterial

Introducción

La hipertensión arterial constituye en América Latina la principal causa de mortalidad. En Argentina podría ocasionar 52.300 muertes anuales.

La hipertensión arterial a nivel global causa un 13% del total de las muertes, y constituye para algunas regiones como la nuestra, el principal factor de riesgo de mortalidad, aunque la edad elevada de los eventos genera que la carga de enfermedad sea sólo de 4,4% del total. La

presión arterial elevada explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronariaⁱ. La presión arterial, aun dentro de niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares². La hipertensión arterial constituye en nuestro país uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico³. Explica aproximadamente 52.300 muertes en nuestro paísⁱ, es decir el 17% de la mortalidad por todas las causas. Además de la prevalencia, otros aspectos necesarios de ser vigilados son la realización de controles de presión arterial en población adulta, y dentro de las personas con presión elevada la indicación y realización de tratamiento y ulterior control de los valores de presión arterial⁴. Estos aspectos no se abordan en el

presente relevamiento (conocimiento de hipertensión o “awareness”, control de presión arterial con el tratamiento, medidas de proceso de atención en el sistema de salud, etc.) lo que remarca la necesidad de complementar con otras nuevas herramientas de vigilancia e interactuar los sistemas de información ya existentes⁵. En un escenario de mayores recursos la estimación de la prevalencia utiliza como indicador a la medición de la presión arterial. El autorreporte de la presión arterial elevada presenta como clara limitación el potencial sesgo relacionado con diferencias de accesibilidad a servicios de salud y el patrón de utilización de servicios. Sin embargo, el autorreporte ha resultado ser suficientemente sensible y específico en diferentes estudios en personas que refieren haberse medido la presión arterial^{6 7}, y su bajo costo y facilidad de implementación justifican su uso en vigilancia. En la validación en Tierra del Fuego, en personas que refirieron haberse tomado la presión arterial previamente, la sensibilidad del autorreporte fue de 76,6% y su especificidad de 73,5%, utilizando como diagnóstico de hipertensión a una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, o estar tomando medicación antihipertensiva.

i Estimado a partir de riesgo atribuible poblacional de hipertensión arterial en enfermedad cardiovascular (Chronic disease epidemiology, Browson y cols), y Estadísticas Vitales 2003, Ministerio de Salud.

Material y métodos

Los aspectos que se relevaron en esta sección fueron la realización de medición de presión arterial y el tiempo desde la última toma, la prevalencia de diagnóstico de presión arterial elevada por un profesional de la salud y el tratamiento recibido (medicamentos, no farmacológico o ambos).

Resultados

A nivel nacional el 78,7% de la población se controló la presión arterial en los últimos dos años (68,4% en el último año), observándose mayor nivel de control en la Capital Federal (87,6%), Córdoba (83,2%) y Tierra del Fuego (80,4%), y menor control en Jujuy (71,2%) y Salta (72,1%). Se observó mayor control en las mujeres (84,1% de control en los últimos dos años) en relación a los hombres (72,7%). Se observó similar relación en todas las provincias (Tabla 9.1).

A mayor edad se reportó un mayor control de la presión arterial: 62,7% en la población de 18 a 24 años vs. 94,5% en la población de 65 y más. Esta asociación se mantuvo en todas las provincias (Tabla 9.2).

Se observó una tendencia de control a mayor nivel de ingreso (población de 0 a 600\$ 75,9% de control vs. 86,5% de

control en población de más de 1500 \$), aunque esta relación no fue homogénea para todas las provincias. También se observó mayor control en aquellos con cobertura (83,6%) vs. aquellos sin cobertura (69,5%) (Tabla 9.3).

No se evidenció asociación entre el nivel educativo y el control de la presión arterial, ni a nivel nacional ni en cada una de las provincias (Tabla 9.4).

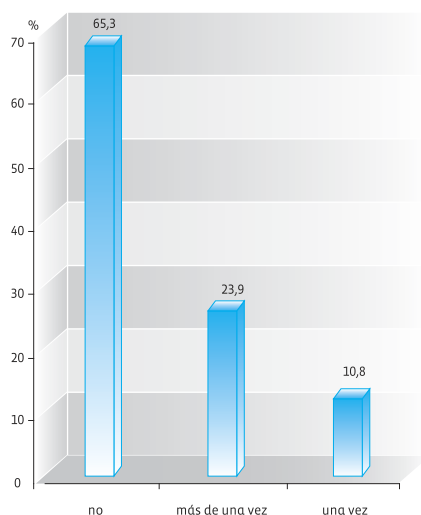
A nivel nacional, el autorreporte de diagnóstico de presión arterial elevada en al menos una consulta en personas que alguna vez se midieron la presión arterial fue de 34,7% (10,8% sólo una consulta y 23,9% en más de una consulta). Las provincias con mayor autorreporte de presión arterial elevada fueron La Rioja (41,7%), San Juan (38,6%) y Río Negro (37,4%). Se observó mayor autorreporte en las mujeres (36,9% vs. 31,8%) (Tabla 9.5).

A modo de ejemplo reportamos las prevalencias de presión arterial elevada en al menos una consulta por provincia ajustadas por edad (Tabla 9.5 bis). Algunas provincias con menor población en el grupo etario mayor de 65 años presenta prevalencias ajustadas mayores a las observadas (Catamarca, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Neuquén, Salta, Santa Cruz y Tierra del Fuego).

A nivel nacional el 78,7% de la población se controló la presión arterial en los últimos dos años. En las personas que se controlaron, el 34,7% presentó presión arterial elevada en al menos una consulta.

Presión arterial elevada (Nacional)

Indicador: Número de consultas con Presión Arterial elevada (en los que alguna vez se tomaron)



Considerando a todas las personas que hubieran reportado o no haberse medido, el porcentaje de personas con la presión arterial elevada en al menos una consulta fue de 30,9%. Sin embargo, considerando sólo a las personas que se controlaron la presión arterial el autorreporte podría ser un indicador más preciso de la presión arterial para evaluar las comparaciones temporales o geográficas.

Se observó una relación directa entre el autorreporte de presión arterial elevada y la edad: 13,9% de autorreporte en la po-

blación de 18 a 24 años a 58,8% en la población de 65 años y más. Esta relación se reprodujo en todas las provincias (**Tabla 9.6**).

A nivel nacional se observó menor autorreporte de presión arterial elevada a mayor ingreso: población de 0 a 600 \$ 39,7% de autorreporte, 600 a 1500\$ 34% y más de 1500 \$ 27,6%, a pesar que en la población de mayor ingreso presentó mayor frecuencia de controles (**Tabla 9.7**).

En relación a la educación, se observó una relación inversa entre el nivel educativo y el autorreporte de presión arterial elevada: con un nivel educativo hasta primario incompleto se observó un 53,1% de presión arterial elevada, mientras con un nivel educativo desde secundario en adelante se observó un 26,3% de presión arterial elevada (**Tabla 9.8**).

De las personas con presión arterial elevada en más de una oportunidad, el 63,5% recibía tratamiento. Las provincias con mayor nivel de tratamiento en esta población fueron Capital Federal 79,2% y Córdoba 68,5%, y las provincias con el menor nivel fueron Jujuy 41,4% y Tierra del Fuego 42,8%. No se observaron diferencias por sexo. Se observó mayor nivel de tratamiento a mayor edad: 12,9% en 18 a 24 años vs. 85,6% en mayores de 65 años. En esta población se observó mayor nivel de tratamiento a mayor ingreso (0 a 600\$ 60,6% vs. 74,7% en más de 1500\$), presencia de cobertura (70,7% vs. 46,1%), sin diferencias por nivel educativo. En todos los grupos tratados el 54,2% recibió solamente tratamiento farmacológico, 13,8% solamente tratamiento no farmacológico y 32% ambos. El tipo de tratamiento fue similar en diferentes grupos según sexo, ingreso, educación y cobertura. Se observó un mayor uso de medicamentos a mayor edad (51,2% de tratamiento sin medicamentos en 18 a 24 años vs. 8,2% en mayores de 65 años) y en algunas provincias como Capital Federal (8% de tra-

tamiento sin medicamentos).

Conclusiones

El acceso al control de la presión arterial fue elevado, mayor en poblaciones con mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, por ejemplo mayor control a mayor edad. El nivel de control observado es comparable al de otros países, como Brasil, 80% de control en los últimos 2 años en mayores de 25 años⁸, y 77,6% de control en el último año en Estados Unidos también en mayores de 25 años. Sin embargo, algunos aspectos pueden resaltar las desigualdades en el acceso a servicios de salud, como por ejemplo el menor control en personas con menores ingresos y en personas sin cobertura de salud. Aunque las diferencias entre las provincias podrían explicarse por la distribución etaria de las poblaciones, muchas diferencias persisten luego de ajustar por edad.

En relación a la prevalencia de hipertensión arterial, no contábamos hasta el momento con estimaciones nacionales y provinciales confiables. Algunos estudios previos en nuestro país con realización de mediciones indicaban una prevalencia de hipertensión de alrededor de 20%. Sin embargo, ninguno de estos estudios fue evaluado como útil para la vigilancia epidemiológica en una revisión reciente⁹, dado que ninguno de ellos cumplió con al menos los criterios mínimos para ser útil para vigilanciaⁱⁱ. A pesar que la evaluación de la presión arterial a través del autorreporte puede no ser apropiada, el autorreporte es una estrategia adecuada para satisfacer las necesidades de la vigilancia epidemiológica, donde las tendencias en relación a personas, lugar y tiempo deben priorizarse sobre la precisión clínica de las observaciones. Diferentes estudios en países vecinos indican prevalencias similares, como Brasil (cercana a 30% por autorreporte, 2002-2003) y Chile (33,7%

ii inclusión de población general, diseño de muestreo explicado, muestreo probabilístico, estimaciones por grupos de sexo y edad.

por medición de la presión arterial y medicación, 2003-2004).

La asociación de la presión arterial y la edad está descrita en múltiples estudios epidemiológicos. La asociación con la edad no sólo de la hipertensión arterial, sino de muchos otros factores de riesgo, nos llevan a reorientar nuestra evaluación de riesgo en personas con presión arterial elevada a una evaluación integral del riesgo cardiovascular. El mayor reporte en mujeres puede ser debido al mayor uso de servicios de salud y mayor control de la presión arterial.

En relación al tratamiento, la proporción de personas con presión arterial que están tratadas y reciben fármacos antihipertensivos parece apropiada (86%), aunque un tercio de las personas no recibe ningún tratamiento. Aunque no podemos evaluar el grado de control de las cifras de presión arterial con el tratamiento, debemos tener en cuenta los problemas en cada etapa del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial: problemas de acceso y subdiagnóstico de presión arterial, variabilidad del sistema de salud en diagnóstico, evaluación y tratamiento y barreras para la adherencia a tratamientos por parte de los pacientes.

Otros estudios nacionales muestran que el control de la presión arterial puede no ser adecuado. Un estudio poblacional realizado en la ciudad de Córdoba por Nigro y colaboradores (estudio de corte transversal de 6875 individuos de 15 a 85 años de la población general) mostró que la prevalencia de hipertensión fue de 29.9%. El 55% de los hipertensos conocía su condición, 12 % no recibía tratamiento, 30% recibía tratamiento pero sin control de su presión arterial, y 13% recibía tratamiento y estaba controlado. Es decir que del total de los hipertensos, solamente el 7% estaba adecuadamente tratado.¹⁰

En este contexto, las políticas para reducir el impacto de la presión arterial elevada en la salud poblacional deben incluir no sólo las acciones a través del sistema de salud, que como vimos pueden ser insuficientes ante problemas de cobertura y accesibi-

lidad, sino también a través de intervenciones poblacionales de promoción de la salud. Entre las acciones de promoción de la salud que presentan mayor potencial de impacto encontramos a la reducción del consumo de sal (en especial proveniente de alimentos procesados), dado que la ingesta de sodio presenta una fuerte asociación tanto a nivel individual como a nivel poblacional con los valores de presión arterial¹¹. La reducción del contenido de sodio de alimentos procesados fue evaluada como una de las más costoefectivas por la Organización Mundial de la Salud para nuestra región y también en un análisis realizado en nuestro país¹². En nuestro país, una reducción tan solo de 1 gramo de cloruro de sodio en la dieta diaria a nivel poblacional evitaría alrededor de 1000 muertes y 10.000 eventos cardiovasculares anualmente¹³. Otra de las acciones recomendadas es la comunicación masiva sobre alimentación saludable y reducción de la sal durante la preparación y consumo de alimentos.

Estos conceptos se refuerzan por una publicación reciente del estudio MONICA en 38 países, donde el descenso de la presión arterial a nivel poblacional no se relacionó con un mayor consumo de fármacos antihipertensivos, y si probablemente a cambios del entorno y hábitos.¹⁴

En relación a las intervenciones a través del sistema de salud, muchos países han reorientado los programas nacionales de hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares, enfocándose en el riesgo cardiovascular global y no solamente en el tratamiento de factores de riesgo específicos¹⁵. En este sentido, se busca categorizar a los pacientes de acuerdo a su nivel de riesgo, y asignar diferentes intervenciones de acuerdo al mismo. Los programas de prevención

La reducción del contenido de sodio de alimentos procesados es una de las medidas más costoefectivas para reducir el nivel de presión arterial en la población.

Las intervenciones en el sistema de salud deben reorientarse hacia el riesgo global.

cardiovascular individuales¹⁶ y los programas de promoción de la salud ¹⁷ comunitarios han demostrado en diversas revisiones sistemáticas reducir la incidencia de eventos cardiovasculares.

El desarrollo e implementación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención para el manejo del riesgo cardiovascular global en general y la hipertensión en particular será fundamental para el uso racional de los recursos y la mejora continua de la calidad de atención en la evaluación y tratamiento de estos pacientes¹⁸. Para el desarrollo de estas guías es crítica la inclusión de todos los actores en el proceso, y además contar con estrategias de difusión, diseminación e imple-

mentación que maximicen el cambio en las conductas de profesionales de salud para evolucionar hacia una mejora continua de su desempeño.

Muchos países han iniciado campañas masivas de detección, pero aún no está clara la costoefectividad de esta estrategia como para ser recomendada.

En conclusión, la presión arterial elevada constituye una de las principales causas de muerte por todas las causas en nuestro país. Para lograr su control a nivel poblacional será necesario complementar acciones de promoción de la salud y servicios de salud con enfoques multifactoriales o de riesgo global.

Referencias

- 1 Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 2 Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.
- 3 Ferrante D. Promoción de la salud cardiovascular. *Boletín PROAPS-Remediar Vol 2 (Nro 13) Agosto-Septiembre 2004*, págs 14 a 17.
- 4 U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med*. 2003 Jan;24(1):93-100.
- 5 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003 May 21;289(19):2560-72.
- 6 Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for Chronic Disease Surveillance. *MMWR* 2004;53(No.R-11):1-89.
- 7 Vargas C y cols. Validity of self reported hipertension in the Nacional health and Nutrition Survey III, 1988-91. *Preventive Medicine* 1997; 26: 678-685.
- 8 Inquérito Domiciliar sobre Comportamientos de Risco e Morbilidad Referida de Doencas e Agravos nao Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA. 2004
- 9 Silva LC y cols. A tool for assessing the usefulness of prevalence studies done for surveillance purposes: the example of hipertensión. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10 (3): 152-160.
- 10 Nigro D y cols. Epidemiología de la Hipertension Arterial en la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* 1999; 28: 69-75.
- 11 Elliott P, Marmot M, Dyer A, Joossens J, Kesteloot H, Stamler R, Stamler J, Rose G. Related Articles, Links Elliott P, Marmot M, Dyer A, Joossens J, Kesteloot H, Stamler R, Stamler J, Rose G. Related Articles, Links The INTERSALT study: main results, conclusions and some implications. *Clin Exp Hypertens A*. 1989;11(5-6):1025-34.
- 12 García Martí S, Rubinstein A, Ferrante D, Augustovski F. Análisis de costoefectividad de intervenciones de prevención cardiovascular en la Ciudad de Buenos Aires (IECS). Proyecto Programa VIGIA 2005, Ministerio de Salud.
- 13 He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens*. 2002 Nov;16(11):761-70.
- 14 Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, Tolonen H, Kuulasmaa K. Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990s, and the role of medication. *BMJ*. 2006;332(7542):629-35.
- 15 María C. Escobar F. y cols. Programa de Salud Cardiovascular; Reorientación de los programas de Hipertensión y Diabetes; División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Programas de las personas, Programa del Adulto, 2002
- 16 Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ*. 1997;314(7095):1666-74.
- 17 Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1997 May;44(9):1325-39.
- 18 WHO CVD-Risk Management Package for low- and medium-resource settings, WHO