OBJETIVO

SE QUIERE ESTUDIAR LA PREVALENCIA DE ESTAS ENFERMEDADES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO

TENEMOS VARIABLES CATEGÓRICAS ( COMO SE ANALIZAN) ?

QUE PREGUNTAS HAY QUE HACER SOBRE LAS VARIABLES:

EL GÉNERO INFLUYE EN LA HIPERTENSIÓN?

—----------------------------------------------------------------------------------------

La ENFR proporciona información sobre los factores de riesgo comportamentales de las ENT –consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco ajeno, consumo de alcohol, alimentación inadecuada, actividad física baja–, como así también sobre los factores de riesgo metabólicos: hipertensión arterial, diabetes/hiperglucemia, hipercolesterolemia y sobrepeso/obesidad. La encuesta también provee información sobre procesos de atención en el sistema de salud y prácticas preventivas de siniestros viales.

Desde sus inicios en 2005 la encuesta se efectúa en hogares de localidades de 5.000 habitantes y más de todo el país, con un muestreo polietápico y por conglomerados, y una muestra representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más.

En esta oportunidad, y por primera vez, la 4° ENFR incorporó el desarrollo de mediciones objetivas físicas y bioquímicas, y se enmarcó así en el diseño estandarizado STEPS de la Organización Mundial de la Salud que incluye 3 pasos:

el Paso 1 es el relevamiento con el cuestionario por autorreporte comparable a las ediciones anteriores;

el Paso 2 corresponde a la medición de presión arterial, peso, talla y perímetro de la cintura; y

el Paso 3, la medición de glucemia capilar y colesterol total en ayunas.

**La prevalencia de hipertensión arterial por autorreporte ronda el 34%, un valor estable respecto a todas las ediciones anteriores de la ENFR desde 2005. La prevalencia combinada de hipertensión arterial fue del 46,6%.17** (17 Población que autorreportó hipertensión y que, además, toma de medicación antihipertensiva; o las personas que tuvieron la presión elevada por mediciones objetivas.)

Entre quienes no se conocían hipertensos por autorreporte, el 32% tuvo la presión elevada por mediciones objetivas y entre aquellas personas que se autorreportaron con presión arterial elevada, algo más de la mitad, estuvo haciendo algún tratamiento antihipertensivo durante las últimas dos semanas. También resulta relevante que 6 de cada 10 personas que refirieron ser hipertensos tuvieron alta la presión arterial durante las mediciones objetivas, lo cual da cuenta de la alta tasa de control inadecuado de la mayoría de los hipertensos, sea por un tratamiento insuficiente o por su incumplimiento..

Actividad física

La actividad física produce efectos beneficiosos en la salud presente y futura de las personas en todas las etapas de la vida. En adultos, la práctica de actividad física regular, a nivel cardiometabólico, produce un menor riesgo de padecer hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y muertes por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Además, reduce la incidencia de padecer algunos tipos de cánceres y ayuda a mantener un peso saludable. Con relación a la salud mental, reduce el riesgo de demencia, mejora la función cognitiva, y los síntomas de ansiedad y depresión. En personas mayores reduce el riesgo de caídas y lesiones asociadas, además de mejorar la funcionalidad física en aquellos con y sin fragilidad.38

La insuficiente actividad física, es decir, aquella que no alcanza a cumplir con las recomendaciones de actividad física por edad,39 es considerada como el cuarto factor de riesgo de mortalidad por ENT, solo superado por la hipertensión, el tabaco y la diabetes.40 A nivel global, más del 25% de los adultos no alcanza un nivel de actividad física suficiente; es decir que aproximadamente 1,4 mil millones de adultos están en riesgo de desarrollar ENT y de morir de manera prematura por esta causa.41

**Prevalencia combinada de hipertensión arterial (HTA):** en el score FINDRISC original se indaga sobre si alguna vez recibió indicación de medicación antihipertensiva, dado que se busca con esta pregunta relacionar la condición de hipertensión arterial) con el riesgo de desarrollar DM2. En la adaptación realizada para la 4° ENFR, se utilizó el indicador de prevalencia combinada de HTA para la asignación de puntaje en este ítem del score. Así, se asignaron 2 puntos a aquellos individuos con cifras elevadas de tensión arterial en las mediciones físicas (TAS ≥140 mmHg o TAD ≥90 mmHg) o a aquellos con autorreporte de HTA y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico antihipertensivo. A quienes no cumplieron con este criterio, se les asignó puntaje 0.

**Hipertensión arterial**

Introducción

Existe amplia evidencia científica para considerar la hipertensión arterial (HTA) como el factor de riesgo de mayor peso en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía. Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos sociosanitarios.

En términos de muertes atribuibles, la HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial (10.455.000 defunciones en 2016).98

**Si bien la edad es la principal condición asociada al desarrollo de la HTA, factores de riesgo como el sobrepeso/obesidad, el tabaquismo y fundamentalmente el elevado consumo de sodio en la dieta**, incrementan la probabilidad de desarrollarla y plantean el desafío de combatir los mencionados factores de riesgo mediante políticas públicas que regulen entornos y favorezcan hábitos saludables.99 De esta manera, se podría prevenir o retrasar el desarrollo de la HTA, al mejorar además el control en aquellos individuos que ya la padecen.100

Alrededor de 9 de cada 10 personas con diagnóstico de HTA necesitarán terapia farmacológica para controlar sus cifras de presión arterial (PA).101 Actualmente existe una amplia variedad de fármacos capaces de lograrlo y con sólida evidencia científica de que además reducen el riesgo de enfermedad coronaria en un 21%, de insuficiencia cardíaca en un 49%, de accidente cerebrovascular en un 29%, de mortalidad por causa cardiovascular en un 19% y de mortalidad total en un 10%.102

En sintonía con un fenómeno global, la HTA es un problema no resuelto en nuestro país, al cual contribuyen un diagnóstico y tratamiento deficientes. De acuerdo a los datos de la ENFR 2013, **la prevalencia de HTA alcanzó a un tercio de la población adulta de la Argentina. Esta información se obtuvo mediante autorreporte y la prevalencia real puede estar subestimada dadas las limitaciones de esta metodología**.103

Estudios realizados en la población argentina muestran que un tercio de los hipertensos desconoce su condición. De aquellos diagnosticados, poco más de la mitad recibe tratamiento y, a su vez, solo la mitad de estos se encuentra con su PA controlada. En conclusión, solo 1 de cada 5 hipertensos está adecuadamente controlado. Este fenómeno responde a diversas causas, siendo la incorrecta medición de la PA y la deficiente adherencia al tratamiento farmacológico, de las más relevantes.104

98 Williams et al. (2018). Rubinstein et al. (2010). 99 Williams et al. (2018).

100 Taylor et al. (2011). Dickinson et al. (2006). Neter et al. (2003). 101 Williams et al. (2018). 102 Psaty et al. (2003). 103 Galante et al. (2015). 104 Marin et al. (2012).

**La 4° ENFR incorporó, por primera vez, el registro de PA a través de mediciones objetivas en el hogar, con tensiómetros oscilométricos validados y técnica estandarizada.** El objetivo fue complementar la prevalencia estimada por autorreporte, la cual también se analiza en forma aislada con el fin de compararla con las ediciones anteriores de la ENFR.

**Metodología**

**El presente capítulo se organizó en dos fases:**

**Indicadores por autorreporte**

Se analizaron la medición de PA en los últimos 2 años; la prevalencia por autorreporte de PA elevada entre quienes se la midieron; la proporción de personas con HTA que realizó algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas; el tipo de tratamiento recibido (farmacológico o no farmacológico como el ejercicio, la dieta o la reducción de peso) entre aquellos que realizaron algún tratamiento en las últimas dos semanas y el porcentaje de personas con PA elevada que concurre habitualmente a algún servicio de salud para realizarse otros controles médicos vinculados a condiciones relacionados con la PA (que no sea simplemente medirse la PA).

**Indicadores por mediciones físicas**

Se analizaron la prevalencia de PA elevada (≥ 140/90 mmHg) por mediciones objetivas en domicilio; la prevalencia de PA elevada (≥ 140/90 mmHg) por mediciones objetivas en domicilio, según el indicador de prevalencia por autorreporte; y la prevalencia combinada de HTA construida con base en protocolo STEP de la OMS105, que considera hipertensos a quienes tuvieron PA elevada (≥ 140/90 mmHg) por mediciones objetivas en domicilio o a aquellos que se autorreportaron con hipertensión arterial y tomaron algún medicamento antihipertensivo durante las últimas dos semanas.

**A nivel general, para la interpretación de los resultados del presente capítulo, se debe tener en cuenta la posible asociación entre las variables grupo de edad y nivel educativo, ya que el grupo de menor nivel de instrucción (hasta primario incompleto) está compuesto en mayor medida por personas de 65 años y más.**

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (26,6%), Jujuy (26,7%) y Salta (28,3%) presentaron prevalencias menores al total nacional, mientras que en Formosa (52,2%), San Luis (40,9%), Corrientes (40,2%) y Entre Ríos (39,5%), el indicador estuvo por encima del total del país (ver cuadro 8.3). La prevalencia de PA elevada por autorreporte (entre quienes se la midieron alguna vez) aumentó con la edad, resultó 4 veces mayor en el grupo de 65 años y más, con respecto al de 18-24 años (61,8% y 14,8%, respectivamente).

Así mismo, resultó 2 veces mayor en el grupo de menor nivel de instrucción con respecto al mayor, y fue más frecuente entre aquellos con obra social o prepaga. Con respecto a los quintiles de ingresos, el quintil más alto presentó la prevalencia más baja respecto de todos los otros quintiles (28,9%) (ver cuadro 8.4).

Los resultados de la 4° ENFR arrojaron que, entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, el 53,4% estuvo haciendo algún tratamiento durante las últimas dos semanas (ya sea con medicamentos o con dieta/ejercicios). Se observó mayor porcentaje de este indicador en CABA (65,5%) y Córdoba (63,3%), mientras que, en Santa Cruz (38,4%), Neuquén (38,5%) y Salta (44,3%), las frecuencias fueron menores, siempre con relación al promedio nacional (ver cuadro 8.5). El indicador evidenció un gradiente ascendente a partir de los 35 años de edad y una diferencia casi 6 veces más elevada entre el grupo etario mayor y el menor (79,9% frente a 13,9%).

Asimismo, fue más frecuente en el nivel educativo más bajo, en aquellos con obra social o prepaga y en el quintil más alto respecto de los dos primeros (quinto quintil: 61,6%, segundo quintil: 52,9% y primer quintil: 41,5%) (ver cuadro 8.6). Al analizar qué tipo de tratamiento realizaron aquellos que manifestaron estar haciendo alguno durante las últimas dos semanas, se observó que: el 48,3% realizó únicamente tratamiento con medicamentos; el 9,7% solo dieta o ejercicios, y el 42,1% realizó ambos (ver cuadro 8.7).

El 42,1% de las personas con HTA por autorreporte refirió ir a un lugar habitualmente para realizarse controles médicos relacionados (más allá de la mera medición de la PA). En CABA (50,3%), Río Negro (49,5%) y San Juan (47,8%) se evidenciaron mayores frecuencias respecto del valor nacional y, por el contrario, en Mendoza (28,9%) y Neuquén (34,0%), menores (ver cuadro 8.8).

En los grupos de mayor edad, entre aquellos con menor nivel de instrucción y entre quienes tienen obra social o prepaga, se evidenció mayor porcentaje de este indicador (ver cuadro 8.9).

Indicadores según mediciones físicas

En cuanto a las mediciones objetivas de PA en el domicilio, se observó que el 40,5% de las personas evaluadas tuvo PA elevada, y resultó mayor en los varones con respecto a las mujeres y con un gradiente ascendente acorde a la edad. También fue mayor entre quienes presentaron menor nivel de instrucción respecto del nivel más alto (53,9% y 35,5%, respectivamente) y entre aquellos con obra social o prepaga con respecto a aquellos con cobertura solo pública (42,8% frente a 36,0%). No se observaron diferencias por quintiles de ingresos (ver cuadro 8.10). No debe incurrirse en el error de considerar que la prevalencia de HTA en la Argentina es del 40,5%. Dentro de este porcentaje, muchas personas podrían ser hipertensas y estar inadecuadamente controladas, así como también podría haber quienes presentaron PA elevada y desconocer su condición de hipertensos (subdiagnóstico). Del mismo modo, si se analizara el porcentaje de la población con PA normal al momento de las mediciones, habría que tener en cuenta que muchas de ellas podrían tener diagnóstico de HTA y encontrarse adecuadamente controladas. 4° ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 169 Entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, se observó que el 59,1% tuvo PA elevada según las mediciones objetivas. Por el contrario, entre aquellas personas que no se autorreportaron como hipertensas, se halló PA elevada por mediciones en el 32,0% (ver cuadro 8.11). La prevalencia combinada de HTA (definida como la combinación de las personas que tuvieron PA elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron con HTA y tomaron algún medicamento) fue de 46,6%. Esta prevalencia fue mayor entre los varones con respecto a las mujeres (55,7% frente a 38,7%), aumentó con la edad (siendo casi 4 veces más frecuente en el grupo de mayor edad con respecto al más joven) y el grupo con menor nivel de instrucción presentó una frecuencia 1,6 veces más elevada con respecto al de mayor nivel educativo (65,2% y 40,1%, respectivamente). Además, resultó más frecuente entre quienes contaban con obra social o prepaga con respecto a los que contaban solo con cobertura pública. No se observaron diferencias por quintiles de ingresos (ver cuadro 8.12).

Prevalencia combinada: Autorreporte + medicación o presión arterial elevada por mediciones

A diferencia de la prevalencia por autorreporte, el indicador de prevalencia combinada de HTA, es la aproximación epidemiológica más robusta para poder establecer una estimación más cercana a la realidad, y que pudo obtenerse gracias a la incorporación de las mediciones objetivas en la presente edición de la ENFR. El 46,6% de la población adulta en la Argentina es hipertensa, si se toma esta definición combinada del STEP de la OMS, un porcentaje algo mayor al de otros estudios efectuados en el país años atrás.