



ORIGINAL

Registro Argentino de Medición de la Presión Arterial en Consultorio. Estudio RAMPAC



D.F. Márquez^{a,b}, M.E. Garzón^{c,d}, N.F. Renna^e, M. Baroni^f, A. Berger^g, G. Caruso^g, V. Ferretti^h, R. Sabioⁱ, F. König^a, M. Marín^j y C.A. Romero^{d,k,*}

^a Unidad de Hipertensión Arterial, Hospital San Bernardo, Salta, Argentina

^b Instituto de NefroUrología y Nutrición de Salta, Salta, Argentina

^c Servicio de Clínica Médica, Hospital Ferreyra, Córdoba, Argentina

^d Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado, Córdoba, Argentina

^e Departamento de Cardiología, Hospital Español, Mendoza, Argentina

^f Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo-Mendoza, Servicio de Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Argentina

^g Servicio de Clínica Médica, Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^h Servicio de Clínica Médica, Sanatorio Norte, Rosario, Argentina

ⁱ Hospital de Alta Complejidad, SAMIC-El Calafate, Santa Cruz, Argentina

^j Unidad de Hipertensión Arterial, Hospital Italiano de San Justo, Buenos Aires, Argentina

^k Emory University School of Medicine, Renal Division, Atlanta, EE. UU.

Recibido el 21 de septiembre de 2021; aceptado el 31 de enero de 2022

Disponible en Internet el 16 de marzo de 2022

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial;
Medición de presión;
Inercia médica;
Control de la presión;
Conocimiento de
presión arterial

Resumen

Introducción: La hipertensión es el factor de riesgo más importante para la muerte cardiovascular a nivel mundial. En Argentina cerca del 44% de las personas desconocen ser hipertensos, y posiblemente sea debido a que no se les mide de la presión arterial (PA) en la consulta médica. Nuestra hipótesis es que la medición y el registro de la PA (MRPA) es omitida durante la consulta médica en Argentina.

Objetivo: Determinar la frecuencia de MRPA en la consulta médica en Argentina.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo de punto de prevalencia. Se analizaron todas las consultas externas realizadas el 19/09/2019 en mayores de 18 años, en 9 instituciones sanitarias de Argentina y se evaluó la MRPA.

Resultados: Se analizaron 2.982 consultas. La edad promedio fue de 52,1 años (18-103), 1.780 (59,7%) eran mujeres y 702 (36,1%) tenían antecedentes de hipertensión arterial (HTA). La PA se midió y registró en 420 consultas (14,1%; IC 95%: 12,8-15,4). En un modelo de regresión logística multivariado el antecedente de HTA (OR: 1,91; $p < 0,001$) y de enfermedad cardiovascular (OR: 1,76; $p < 0,001$) fueron las variables que más se asociaron a la MRPA. La presencia de cáncer se asoció un descenso de MRPA (OR: 0,51; $p < 0,01$). Cardiología fue la especialidad que más midió la PA 49,5% (144/291 consultas), seguida por clínica médica 30% (152/507 consultas).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cesar.romero@emory.edu (C.A. Romero).

Conclusión: La MRPA en la consulta médica ambulatoria es deficitaria y constituye una oportunidad perdida en salud. Se necesitan estrategias que mejoren la detección y el control de la HTA.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEH-LELHA.

KEYWORDS

Arterial hypertension;
Blood pressure
measurement;
Medical inertia;
Blood pressure
control

Argentine registry of office blood pressure monitoring. RAMPAC study

Abstract

Introduction: Hypertension (HTN) is the leading cause of mortality and disability in the world. In Argentina, almost 44% of hypertensives do not know about their condition and this may be due to the low rate of blood pressure (BP) measurements during the office visit. Our hypothesis is that the measurement and electronic recording of BP (BPMR) is not a routine practice in Argentina.

Objective: To describe the rate of office BP measurement in Argentina.

Methods: This is a retrospective, multicentre, point prevalence study. We analysed all office visits on 9/19/2019 at 9 medical institutions in 6 provinces of Argentina.

Results: Two thousand and eighty-two office visits were analysed. The patients' mean age was 52.1 years (18-103), 1790 (59.7%) were female, and 702 (36.1%) were hypertensives. BP was measured in 420 visits (14.1%; 95% CI 12.8-15.4). In a multivariate logistic regression model, history of HTN (OR 1.91, $P<.001$) and previous cardiovascular event (OR 1.76, $P<.001$) were associated with more odds of BPMR. The presence of cancer was associated with fewer odds of BPMR (OR .51, $P<.01$). Cardiology measured BP up to 49.5% (144/291 visits), followed by internal medicine 30% (152/507 visits).

Conclusion: BPMR during office visits is deficient in Argentina and represents a missed health-care opportunity. Different strategies are needed to detect hypertensive patients and reduce cardiovascular events.

Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEH-LELHA.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable más frecuente, y la principal causa de muerte prematura y discapacidad en el mundo¹. En Argentina la 4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2019 determinó una prevalencia de 46,5%² y el estudio PURE/CESCAS que comparó poblaciones rurales y urbanas en distintos países de Latinoamérica demostró una prevalencia del 49,6% y una tasa de control del 16,2% para Argentina^{2,3}. El conocimiento de la HTA por parte del paciente es de suma importancia para poder realizar un tratamiento adecuado y oportuno. En Argentina, la tasa de conocimiento de la enfermedad no supera el 60% y no ha mostrado mejoría en los últimos 10 años³⁻⁵. Este déficit en el conocimiento y control podría ser multifactorial involucrando tanto a pacientes, médicos y al sistema de salud.

En los últimos años, la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial lleva a cabo durante el mes de mayo una campaña para generar conciencia de esta enfermedad «MMM» (mayo mes de medición)⁶, iniciativa a la que también adhiere Argentina con el lema «Conoce y controla tu presión arterial». A pesar de realizar esfuerzos para generar el conocimiento de esta enfermedad en la población, no se conoce en qué medida parte del déficit en el conocimiento y control sobre esta patología radica en el sistema de salud y sus efectores. La demora en el diagnóstico y tratamiento

de la hipertensión es una pérdida de oportunidad en salud y esto se traduce en aumento de las complicaciones cardiovascular-cerebrovasculares que conlleva a mayores costos para el sistema de salud. Recientes publicaciones han ratificado y recomendado el cribado de hipertensión en la consulta médica^{7,8}.

En Argentina, como en varios países, se desconoce con qué frecuencia se realiza la medición y el registro de la PA en aquellos pacientes que acceden a un centro asistencial⁵. Nuestra hipótesis es que existe inercia médica principalmente en especialidades relacionadas a la enfermedad cardiovascular, generando un déficit en el primer eslabón del diagnóstico de la HTA, en donde la medición y el registro de la PA en la consulta médica son bajas. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de la medición y el registro de la PA en la consulta médica en centros hospitalarios de la República Argentina.

Métodos

Estudio de punto de prevalencia (*point prevalence study*) de la medición y registro de la presión arterial (MRPA) en consultorios médicos de Argentina. Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, realizado en instituciones públicas y privadas de la República Argentina. Se invitó a participar a miembros de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) y sus instituciones de trabajo. Fueron

incluidas únicamente instituciones que utilizan historia clínica electrónica para consulta ambulatoria. Se analizaron las consultas realizadas en cada institución el día 19 de septiembre de 2019. Se excluyeron las consultas de guardia y los registros de internación. El total de las consultas realizadas en dicho día fueron obtenidas y revisadas por los investigadores principales de cada institución. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y se obtuvieron antecedentes de HTA, diabetes mellitus (DBT), enfermedad cardiovascular (ECV), definido como infarto previo, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Se obtuvieron datos relacionados a la edad y el sexo. Se tuvo en cuenta especialidades clínicas y quirúrgicas de las consultas. El estudio fue completamente anónimo. No se registraron los nombres de los profesionales que atendieron las consultas, ni información identificatoria sobre los pacientes. Únicamente se registró el servicio que efectuó la consulta a los fines de identificar la especialidad médica. La identidad de las instituciones permaneció anónima y no se efectuaron comparaciones entre ellas. Se definió HTA a los registros de PA $\geq 140/90$ mmHg y/o a los pacientes en tratamiento antihipertensivo.

Criterios de inclusión:

1. Historia clínica electrónica
2. Aprobación del comité de ética en investigación institucional
3. Acceso y reporte de al menos 80% de las consultas de la institución del día seleccionado
4. Consultas ambulatorias en pacientes mayores de 18 años

Análisis de estadístico

Se evaluó la prevalencia de toma y registro de la PA. En una institución con más de 500 consultas externas, se realizó una muestra representativa con un error $\alpha=0,05$ y una potencia del 90%, utilizando muestreo estratificado (por especialidad) probabilístico aleatorio simple. En un subanálisis se evaluó la prevalencia de la toma y registro en diez especialidades relacionadas con HTA (cardiología, clínica médica, diabetes, nefrología, neurología, medicina familiar, endocrinología, cirugía cardiovascular, ginecología y obstetricia) y 10 no relacionadas con la HTA (cirugía general, neumología, oncología, hematología, dermatología, infectología, reumatología, oftalmología, traumatología y urología).

Variables numéricas continuas con distribución normal fueron evaluadas utilizando el T-test. El test de Chi-cuadrado se utilizó para comparar variables discretas. Se utilizó un valor de $p < 0,05$ para definir significación estadística. Se realizó modelo de regresión logística simple con todas las variables disponibles, donde la variable dependiente fue la presencia de medición y registro. Se seleccionaron aquellas variables que presentaban una significación de $p < 0,1$ para incluir en un modelo multivariable. Se observó una interacción entre las especialidades médicas y la presencia de otros predictores, por lo que se eliminó del modelo la variable especialidad médica. El sexo y el índice de masa corporal (IMC) se mantuvo en el análisis exploratorio a pesar de no tener significación en el análisis univariado. Posteriormente se eliminaron del modelo univariado al no

Tabla 1 Características de la población hospitalaria

Características N = 2.982	
Edad (años)	52,1 (18-103)
Femenino (%)	1.794 (59,7)
Índice de masa corporal (kg/m^2) ^a	$28,7 \pm 5,9$
Presión arterial sistólica (mmHg) ^b	$124,6 \pm 18$
Presión arterial diastólica ^b	$75,9 \pm 10,4$
Antecedente de hipertensión (%)	702 (36,1)
Antecedente de enfermedad cardiovascular (%)	330 (14,9)
Antecedente de diabetes (%)	228 (10,4)
Antecedente de cáncer (%)	260 (11,9)

^a Índice de masa corporal solo en 767 pacientes con datos disponible.

^b Presión arterial disponible solo en 420 consultas.

observarse ningún efecto y siguiendo el principio de homocedasticidad y parsimonia. El modelo final quedó definido por la edad, los antecedentes de ECV, los antecedentes de DBT y el cáncer. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* SAS 9.4 (Cary, NC: SAS Institute Inc).

Resultados

Participaron del estudio 9 instituciones (2 públicas y 7 privadas) de 6 provincias de la República Argentina: Buenos Aires (2 centros), Córdoba (3 centros), Mendoza (un centro), Salta (un centro), Santa Cruz (un centro) y Santa Fe (un centro). En total se relevaron 2.982 consultas efectuadas el día 19 de septiembre 2019. La edad promedio fue de $52,1 \pm 18,4$ años (rango: 18-103), 1.794 (59,7%) consultas fueron realizadas a mujeres, el índice de masa corporal promedio fue de $28,6 \pm 5,9$ (kg/m^2). Del total de consultas 702 (36,1%) pacientes presentaban antecedentes de HTA, 330 (14,9%) tenían ECV, 228 (10,4%) padecían DBT y 260 (11,9%) presentaban antecedentes de enfermedad oncológica (tabla 1). La PA fue medida en 420 de 2.982 consultas (14,1%, IC 95%: 12,8-15,4), sin diferencias entre varones y mujeres (13,9 vs. 14,5%; $p = 0,59$) (fig. 1). El antecedente de ECV aumentó la tasa de medición (29 vs. 16,5% sin antecedentes ECV; $p < 0,001$), al igual que el diagnóstico de DBT (con DBT 24,5 vs. sin DBT 17,3%; $p < 0,001$). La edad también fue una variable asociada a mayor porcentaje de medición < 40 años vs. 40-59 años vs. > 60 años (10,4 vs. 13,4 vs. 17,4%, respectivamente; $p < 0,001$). Los pacientes con antecedentes de cáncer presentaron menor medición y registro de la PA con respecto a aquellos sin antecedentes de cáncer (9,9 vs. 19,1%; $p < 0,001$). La presencia de obesidad $\text{IMC} \geq 30$ no se asoció a mayor medición y registro de PA (27,1 vs. 30%; $p = 0,4$). La tasa de medición considerando las especialidades relacionadas a la patología hipertensiva fue del 23,4% (387/1.653 consultas), siendo cardiología la especialidad que más midió la PA (49,5%; 144/291 consultas), seguida por clínica médica (30%; 152/507 consultas) (fig. 1 y tabla 2). En el análisis exploratorio no se encontraron diferencias entre provincias o tipo de institución ($p < 0,15$, no se muestran datos).

La tabla 3 muestra los resultados del análisis logístico uni y multivariado.

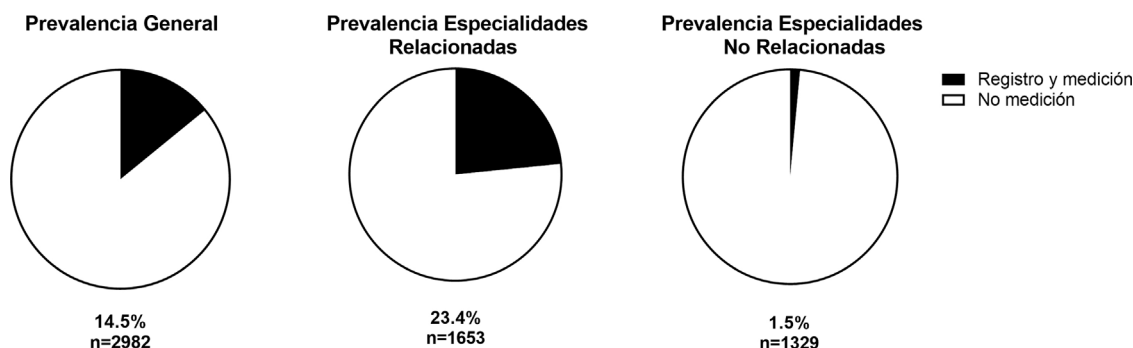


Figura 1 Porcentaje de medición y registro de la presión arterial en 2.982 consultas. A) Prevalencia de medición y registro de la presión arterial sobre el total de consultas. B) Prevalencia según consultas de especialidades relacionadas con la hipertensión arterial. C) Prevalencia de medición en consultas no relacionadas a la hipertensión arterial.

Tabla 2 Medición y registro acorde especialidad médica

	Medición/total de consultas	Porcentaje
<i>Especialidades relacionadas con la HTA</i>		
Cardiología	144/291	49,5
Clínica médica	152/507	30
Obstetricia	21/86	24,5
Nefrología	9/44	20,4
Medicina familiar	50/254	19,7
Endocrinología	2/44	4,35
Diabetes	2/55	3,6
Ginecología	8/275	2,9
Neurología	1/115	0,9
Cirugía cardiovascular	0/26	0
<i>Especialidad no relacionadas a la HTA</i>		
Hematología/oncología	06/92	6,5
Cirugía general	6/176	3,4
Infectología	1/46	2,13
Oftalmología	1/79	1,3
Otorrinolaringología	1/137	0,7
Dermatología	0/36	0
Gastroenterología	0/127	0
Neumonología	0/93	0
Traumatología	0/223	0
Urología	0/28	0
Otras	0/47	0

HTA: hipertensión arterial.

El antecedente de HTA y de ECV fueron las variables que más se asociaron a la medición y registro de la PA. La presencia de cáncer se asoció con un 50% menos de posibilidad de la medición de la PA. Si bien la edad se comportó como predictor de medición y registro, al ajustar por los otros predictores en el modelo multivariado, perdió su significación, indicando la preponderancia de los otros predictores. La presencia de DBT ajustada por otros antecedentes y edad no incrementó las posibilidades de medición y registro.

Discusión

En este trabajo de cohorte transversal, confirmamos la hipótesis de una muy baja prevalencia de medición y registro de la PA en instituciones médicas de la República Argentina.

Confirmamos, además, que existe un sesgo a medir la presión a favor de los hipertensos conocidos o personas con ECV previa, y una tendencia a no medir la PA a los pacientes que presentan antecedentes de enfermedad oncológica.

La HTA es el factor de riesgo más prevalente y se estima que una de cada 2 personas mayores de 30 años la padecen en Argentina^{2,3}. Lamentablemente el nivel de conocimiento y control de esta enfermedad continúa siendo deficitario, y según los estudios de la última década no supera el 60 y 20%, respectivamente^{5,9}. Este déficit resulta inadmisibles si se considera que se trata de una enfermedad de relativo fácil diagnóstico y manejo con los tratamientos actuales. La baja tasa de conocimiento y control es de causa multifactorial, incluyendo factores propios del paciente (falta de adherencia a la medicación, efectos adversos de las drogas,

Tabla 3 Modelo de regresión logístico uni y multivariado para medición y registro de la presión arterial

Variable	OR(univariado)	IC 95%	Valor de p	ORmultivariado	IC 95%	Valor de p
Edad	1,01	1,007-1,019	< 0,001	1	0,99-1,01	0,92
Antecedente HTA	2,18	1,74-2,72	< 0,001	1,91	1,43-2,55	< 0,001
Antecedente ECV	2	1,58-2,71	< 0,001	1,76	1,28-2,41	< 0,001
Diabetes	1,55	1,12-2,15	< 0,001	1,1	0,76-1,59	0,6
Cáncer	0,46	0,3-0,72	< 0,001	0,51	0,32-0,82	0,005

ECV: enfermedad cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

desconocimiento de los riesgos, como así también de los beneficios del tratamiento, déficit de memoria, nivel de educación y de ingresos económicos), del acto médico (tiempo de la consulta, disponibilidad de tensiómetros validados e inercia terapéutica) y del sistema de salud (acceso a la consulta, facilitación de la toma de presión, educación sanitaria)^{10,11}. En este trabajo analizamos por primera vez en Argentina a cuántos y a qué pacientes se les mide y registra la PA cuando acuden a la consulta médica. Observamos que a menos del 15% de los pacientes que consultan a una institución de salud se les mide y registra la PA. Considerando que habitualmente un porcentaje bajo de la población acude a consultas preventivas, la baja medición de la PA en la consulta médica es una oportunidad perdida en salud. Existen múltiples razones que podrían explicar la baja tasa de medición de la presión. Desde el punto de vista del sistema de salud, en Argentina el cribado de la PA se realiza en general por el médico, a diferencia de otros sistemas de salud donde los signos vitales son evaluados por un asistente o enfermera antes de la consulta médica. El acto médico de medir la PA con la técnica recomendada por guías nacionales e internacionales¹², podría significar un consumo en el tiempo de la consulta que impide focalizarse en el motivo de la visita, la cual habitualmente no está motivada por la HTA. Por otro lado, las políticas sanitarias y educativas no incluyen en su currículo a la HTA de manera determinante, en una agenda que permita visualizarla como el principal problema a nivel sanitario. Existen ejemplos de políticas sanitarias que demuestran que con un abordaje sencillo y tratamientos de bajo costo y escasos efectos adversos se logra un elevado control de la PA, reducción de eventos cardiovasculares y costos en salud^{13,14}. Con los datos de este estudio no podemos descartar ni afirmar que los médicos no consideren importante la medición de la PA en la atención rutinaria. Sin embargo, algunos sesgos cognitivos y afectivos por parte de los médicos podrían explicar esta baja tasa de medición de la PA¹⁵. Estos sesgos parecerían quedar al descubierto al analizar en quiénes se mide la PA. En este estudio observamos que la presencia previa de HTA o de ECV casi duplican la tasa de medición y que, por otro lado, la presencia de cáncer es un factor predictor de no medición de la presión. Es posible que los médicos omitan la medición de la PA relacionando la enfermedad oncológica a una corta expectativa de vida y asocien el riesgo cardiovascular de la HTA a más largo plazo. Sin embargo, la expectativa de vida en muchos tipos de tumores se ha prolongado y la prevalencia de comorbilidades cardiovasculares, incluida HTA, han aumentado e incluso empeoran según la terapia oncológica que se utilice¹⁶. No obstante, la medición de la PA en estos pacientes podría tener una significación más allá de la HTA,

como los casos de hipotensión sintomática y la hipotensión ortostática.

Llamativamente observamos que la presencia de DBT no se asoció con mayor toma de PA, y en consonancia con este hallazgo los pacientes que concurrieron a la consulta diabetológica fueron uno de los grupos en que menos frecuentemente se les midió y registró la presión (3,6%). Quizás la visión del control glucémico (glucocéntrico) impide al diabetólogo o al clínico general abordar al paciente desde el riesgo cardiovascular global, donde la PA tiene tanto o mayor valor que el control glucémico, especialmente en estos pacientes donde la prevalencia de HTA en todas sus formas (diurna, nocturna y resistente) se encuentra aumentada¹⁷. Queremos resaltar además la baja medición y registro de la PA entre los médicos de familia, principal eslabón de la medicina preventiva y del control de la presión arterial. La mayoría de los casos de HTA y de las muertes relacionadas con la ECV provienen de individuos de bajo o moderado riesgo debido a la alta frecuencia de los mismos. En este estudio parecería que, a los pacientes con bajo riesgo, jóvenes y que consultan por otros motivos no relacionados a la ECV la medición y el registro de la PA es omitido.

A nuestro entender no existen registros de publicaciones que hayan medido el porcentaje de medición y registro de PA en la consulta en la Argentina ni en Latinoamérica, por lo que consideramos que los hallazgos de este estudio exponen la situación actual del manejo de esta enfermedad. En la literatura encontramos un solo estudio en el que se valoró el porcentaje de medición de PA y la confiabilidad en las mismas en 84 médicos de Turquía¹⁸. En dicho estudio se midió la PA en el 37% (427/1.130) de las consultas y se demostró una asociación inversa entre la cantidad de consultas y la medición de la presión. Así, el 46,4% de los médicos declaró no medir la presión arterial en las consultas cuando atienden más de 10-20 consultas por día. Una posible razón por la que en este estudio la frecuencia de medición fue superior al nuestro (37 vs. 14,1%) podría ser debido a un sesgo de alerta (*recall bias*) porque tanto los médicos y pacientes sabían que serían evaluados. Por otro lado, en ese estudio solo el 13,1% de los médicos evaluados respondió que mide la PA en cada consulta, valor que coincide con el porcentaje de medición hallado en nuestro trabajo.

De los hallazgos que encontramos en nuestro estudio, era previsible una baja tasa de medición en especialidades no relacionadas a la enfermedad cardiovascular, pero fue inesperado que en especialidades relacionadas con la ECV y la HTA no se haya superado el 50% (cardiología) y las restantes no superen el 30% de medición (clínica médica, nefrología). Consideramos que estos hallazgos deben constituir un

llamado de atención y de reflexión para los médicos, para la autoridades sanitarias y hospitalarias. Una estrategia para mitigar la falta de medición y registro sería la de empoderar a los pacientes, mediante educación, para que soliciten la medición de la presión arterial.

Futuros trabajos deberán sugerir que intervenciones son más efectivas para aumentar la medición y el registro de la hipertensión y que pueden estar relacionadas a motivadores para los profesionales de la salud (incentivos económicos, de reducción de carga de trabajo), o modificaciones del sistema sanitario con mediciones antes de las consultas por parte de técnicos o estaciones automatizadas, la obligatoriedad para instituciones de salud de medir y registrar los signos vitales en cada acto médico, etc.

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones. La principal de ellas es que se trata de un trabajo retrospectivo en el cual se analizaron las consultas ambulatorias de un solo día (punto de prevalencia) y que no fueron incluidos los registros de guardia ni de internación. Asimismo, la participación fue voluntaria y solo se incluyeron instituciones con historia clínica electrónica, lo que puede significar un sesgo de selección. No obstante, al utilizar historia clínica electrónica, nos permitió acceder al 100% de las consultas realizadas en un día, evitando sesgos institucionales intrínsecos de selección y con un número población significativo. Debido a la naturaleza retrospectiva de nuestro trabajo, es posible que la PA haya sido medida y no registrada en la historia clínica. No obstante, creemos que el registro es tan importante como la medición, y que la falta de registro conlleva una ausencia del fenómeno desde el punto de vista de salud pública, administrativa y clínica, ya que el fenómeno no es percibido objetivamente por el resto del personal de salud y las autoridades de salud pública.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, el hecho de que hayan participado 9 instituciones públicas y privadas de 6 provincias, y basándonos en el registro electrónico de historias clínicas de casi 3.000 visitas ambulatorias nos permite tener una dimensión bastante aproximada del comportamiento del sistema de salud frente al factor de riesgo de mayor prevalencia e impacto en la sobrevivencia de las personas en la Argentina.

Concluimos que la medición y registro de la PA en la consulta médica ambulatoria en la Argentina es deficitaria y representa una oportunidad perdida en salud. Se deben generar con premura políticas que visualicen este problema y mejoren el abordaje de esta enfermedad que es la principal causa de mortalidad prematura y discapacidad.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, en especial a los grupos de trabajo «Jóvenes Investigadores» y «Conocimiento y Control» por haber promocionado esta investigación.

A la Regional Advisory Group of Americas de la International Society of Hypertension por el apoyo logístico y metodológico.

Bibliografía

1. Collaborators GBD. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1223–49.
2. INDEC INdEYC. 4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. 2019.
3. Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens*. 2019;37:1813–21.
4. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fabregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. *Estudio RENATA 2*. *Rev Argent Cardiol*. 2017;85:354–60.
5. Marin M, Fabregues G, Rodriguez P, Diaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol*. 2012;80:121–9.
6. Beaney T, Schutte AE, Tomaszewski M, Ariti C, Burrell LM, Castillo RR, et al. May Measurement Month 2017: An analysis of blood pressure screening results worldwide. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e736–43.
7. Anstey DE, Bradley C, Shimbo D. USPSTF Recommendation Statement on Hypertension Screening in Adults—Where Do We Go From Here? *JAMA Netw Open*. 2021;4:e214203.
8. Jin J. Screening for Hypertension in Adults. *JAMA*. 2021;325:1688.
9. Beaney T, Schutte AE, Stergiou GS, Borghi C, Burger D, Charchar F, et al. May Measurement Month 2019: The Global Blood Pressure Screening Campaign of the International Society of Hypertension. *Hypertension*. 2020;76:333–41.
10. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sa Carvalho M, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, Awareness Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. *PLoS One*. 2015;10:e0127382.
11. Yoshida T, Nishigaki N, Saita S, Shimasaki Y, Hasebe N. Perspectives of patients and physicians regarding hypertensive management from an online survey for excellence: A subanalysis of the PARADOX study by physician categories. *Hypertens Res*. 2020;43:431–41.
12. Delucchi A, Marin M, Paez O, Bendersky M, Rodriguez P, en representación de los participantes designados por la Sociedad Argentina de Cardiología FAdCySAdHA. Principal conclusions of the Argentine Consensus on Arterial Hypertension [Article in Spanish]. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2019;36:96–109.
13. Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. *JAMA*. 2013;310:699–705.
14. Jaffe MG, Young JD. The Kaiser Permanente Northern California Story: Improving Hypertension Control From 44% to 90% in 13 Years (2000 to 2013). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016;18:260–1.
15. Sabio R, Parodi R, Coca A. Impact of cognitive biases in therapeutic inertia in arterial hypertension: Not everything

- is as it seems [Article in Spanish]. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2020;37:78–81.
16. Touyz RM, Lang NN, Herrmann J, van den Meiracker AH, Danser AHJ. Recent Advances in Hypertension and Cardiovascular Toxicities With Vascular Endothelial Growth Factor Inhibition. *Hypertension.* 2017;70:220–6.
 17. Leitaó CB, Canani LH, Silveiro SP, Gross JL. Ambulatory blood pressure monitoring and type 2 diabetes mellitus. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89:315–21, 47-54.
 18. Ulusoy S, Ozkan G, Guvercin B, Sokmen Y, Erdem Y. Do physicians measure patients' blood pressure, and are those measurements reliable? *J Hum Hypertens.* 2018;32:203–11.