

**Palabras clave**

Hipertensión, factores de riesgo, aborígenes, Argentina, Latinoamérica.

**Abreviaturas utilizadas**

**DBT:** diabetes  
**DLP:** dislipemia  
**DOB:** daño de órgano blanco  
**ERC:** enfermedad renal crónica  
**FRC:** factores de riesgo cardiovascular  
**HTA:** hipertensión arterial  
**ICC:** índice cintura-cadera  
**IMC:** índice de masa corporal  
**TBQ:** tabaquismo

**Síntesis Inicial**

A diferencia de América del Norte, en Latinoamérica en general y en Argentina en especial existen pocos estudios sobre hipertensión arterial en pueblos originarios. Se presenta aquí el problema de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular en aborígenes del sur de América Meridional, específicamente Chile y Argentina. Se resumen los estudios más recientes sobre el tema y se extraen conclusiones

**INTRODUCCIÓN**

En Latinoamérica en general y en la Argentina en especial existen pocos estudios sobre HTA en los pueblos originarios.

Algo distinta es la situación en los Estados Unidos, país en el que se han llevado a cabo varios estudios que, hasta hace 40 años, mostraban un riesgo cardiovascular relativamente bajo en nativos de esa nación, pero que evidencian desde entonces un marcado incremento de la mortalidad cardiovascular, relacionados con el desarrollo de TBQ, DBT, HTA y DLP, y que se atribuyen a los cambios en el estilo de vida. La situación ha empeorado hasta el punto en que los aborígenes del país norteamericano muestran actualmente mayores índices de HTA y mortalidad cardiovascular que la población general e incluso que los demás grupos étnicos.<sup>1</sup> Mientras que el *NHANES II* (*National Health and Nutrition Examination Survey II*) mostraba un porcentaje del 26% de hipertensos<sup>2</sup>, actualmente la prevalencia de HTA, aunque es variable según el subgrupo estudiado, con frecuencia supera el 30% y llega a más del 40% en algunos de ellos. En el trabajo más importante en

cuanto a números de personas evaluadas (n= 4549), y uno de los pocos estudios de corte longitudinal que se haya realizado sobre nativos americanos, se halló que el 38,7% eran hipertensos y un 28,2% fueron clasificados como prehipertensos, y la incidencia de ACV en ellos fue mayor que en otros grupos raciales, aunque la mortalidad cardiovascular global fue equivalente a la de la raza blanca y sustancialmente menor que la de la raza negra.<sup>3</sup>

En el resto de América existen aún menos estudios sobre HTA en pueblos originarios, pero la prevalencia de este importante FRC tiende a ser menor que en la población general y que la de los aborígenes de los EEUU, lo cual podría reflejar la transición epidemiológica que se vive en América Latina, en donde persisten estilos de vida menos occidentalizados<sup>4</sup>, como también atribuirse a diferencias genéticas.

**LA SITUACIÓN EN SUDAMÉRICA**

Por razones de espacio, solo mencionaremos estudios realizados en el extremo meridional de Sudamérica (Chile y Argentina). Lamentablemente, todos son transversales.

Los estudios chilenos que hemos hallado incluyen las siguientes poblaciones-sujeto:

- Aborígenes rurales (aymarás y mapuches) de las provincias de Parinacota e Iquique y de la IX Región.<sup>5</sup>
- Las mismas dos etnias, pero en ambiente urbano.<sup>6</sup>

Las cifras de prevalencia obtenidas se ven en la tabla 7-1, y deben compararse con las de la población general de Chile, en que la prevalencia de HTA es de 22,8%.

En la Argentina los trabajos son también escasos. Podemos mencionar los realizados entre las siguientes etnias de distintos sitios del país:

- Wichichorotes de Salta.<sup>7</sup>
- Tobas suburbanos de Resistencia, Chaco.<sup>8</sup>
- Tobas o Qom urbanos de Formosa.<sup>9</sup>
- Mapuches y tehuelches chubutenses.<sup>10</sup>

Véase la tabla 7-1, en donde pueden compararse las cifras de prevalencia de HTA y, en algunos casos, las de estadio prehipertensivo.

Un estudio interesante, y también inédito, es el realizado sobre población pediátrica del Chaco, siendo alarmantes los resultados: se halló HTA en 25,9 % de los niños y adolescentes tobas y 30,9% de los caucásicos.<sup>12</sup>

Como se ve, las cifras en nativos argentinos no difieren demasiado de las halladas en la población general de nuestro país, en que se ha documentado un 28,1% de hipertensos.<sup>4</sup>

Por otro lado, son pocos los estudios que diferencian el estadio prehipertensivo; en gran parte, debido a que ese estadio fue definido recién en 2003 en el *JNC VII (Seventh Report of the Joint National Committee)*, y ninguno clasifica la HTA en grados. Además, no es posible realizar comparaciones en la evolución de las cifras de prevalencia de HTA, debido a que no hay antecedentes de estudios anteriores, salvo uno realizado en 1973 por Cruz Coke y colaboradores sobre aymarás chilenos, entre quienes no se habían registrado hipertensos.<sup>6</sup> La tendencia en esa etnia muestra una sorprendentemente baja prevalencia de HTA, aun entre ay-

marás de medio urbano, lo que refleja, tal vez, un período de transición epidemiológica, o diferencias de origen genético. Pero, dados los antecedentes documentados en los EE. UU., es de suponer que haya habido un aumento en aquellas cifras y que continúen creciendo.

## HTA, DAÑO DE ÓRGANO BLANCO Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

No existen muchos estudios sobre el DOB entre nativos del extremo meridional de Sudamérica. El estudio más completo en este sentido que conocemos es el realizado por Ingaramo y colaboradores sobre mapuches y tehuelches de la meseta chubutense.<sup>10</sup> En ellos se halló un DOB relativamente alto, a saber:

- Retinopatía hipertensiva grado I (16%), grado II (10%) y grado III (1%).
- Placas carotídeas (29 %).
- Aumento del Índice de Masa Ventricular Izquierda (21%).

Por su parte, el mencionado estudio de Bianchi y colaboradores sobre tobas del Chaco<sup>8</sup> mostró una prevalencia de proteinuria en su población del 21,8%, y presencia de ERC en el 24,2% (fase 1 en el 6,8%, fase 2 en el 12% y fase 3 en el 5,5%). Dado que el objetivo del estudio fue evaluar prevalencia y grados de enfermedad renal, y presencia de factores de riesgo para ella, solo se determinó que la presencia de HTA se asociaba a mayor prevalencia de ERC.

## OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DESARROLLO DE HTA

Es sabido que los nativos latinoamericanos están expuestos a factores predisponentes para el desarrollo de HTA<sup>4</sup>:

**Tabla 7-1 Prevalencia de HTA y pre-hipertensión en diversas poblaciones aborígenes del extremo meridional Sudamérica, comparadas con las halladas en el gran estudio norteamericano de Zhang y colaboradores.**

Estudios	HTA (%)	Prehipertensión
EE. UU. (Zhang 2008)	38,7	28,2
Mapuches Rurales-Chile (Pérez, 1999)	19,4*	—
Mapuches urbanos-Chile (Carrasco, 2004)	27,9	—
Aymarás rurales-Chile (Pérez, 1999)	6,5**	—
Aymarás urbanos-Chile (Carrasco, 2004)	8,1	—
Wichichorotes-Salta (Coghlan, 2005)	28	37
Tobas-Chaco (Bianchi, 2005)	25,2	—
Tobas-Formosa (Gamarra, 2011)	29,8	46,8
Mapuches y tehuelches-Chubut (Ingaramo, 2010)	25	—

\* Cálculo sobre las siguientes cifras: prevalencia de HTA en mapuches 20,4% en hombres (n=103) y 18,8 % en mujeres (n=240). \*\*Cálculo sobre las siguientes cifras: prevalencia de HTA en aymarás 9 % en hombres (n=100) y 4,8 % en mujeres (n=146).

- Aumento de la edad poblacional; al disminuir mortalidad perinatal y enfermedades infectocontagiosas.
- Bajo nivel socioeconómico y educacional, que no solo favorece la aparición de HTA, sino que motiva que se la diagnostique y se la trate menos.
- Proceso de aculturación, con cambios en el estilo de vida, incluyendo la dieta, los patrones de actividad física y la adquisición de hábitos tóxicos. Este punto es especialmente importante en aquellos grupos de aborígenes establecidos en medios urbanos, en general con mayor prevalencia de HTA que los que permanecen en medios rurales o aislados, en ambientes más semejantes a aquellos en que vivieron sus ancestros.

Además, en los aborígenes de EE. UU. se ha observado un aumento en la incidencia de otros FRC, en especial DBT, TBQ y obesidad, que coadyuvan en la génesis de la HTA y en la determinación del aumento de la morbimortalidad cardiovascular.<sup>3</sup>

En la tabla 7-2 pueden verse las cifras de prevalencia de varios FRC en cuatro estudios en nativos del extremo meridional de América del Sur.

Recordemos que la prevalencia de DBT en la Argentina es de 9,6%<sup>13</sup> y, de acuerdo con la tendencia mundial, está en aumento. La relativamente baja prevalencia de DBT en las comunidades aborígenes observadas, aún más evidente por la alta prevalencia de obesidad, nos hace pensar que podrían carecer o poseer en menor grado el gen *thrifty* (avaro) que se postula en otros pueblos, como la famosa etnia Pima en EE. UU., entre los cuales la prevalencia de DBT es superior al 50%, y se asocia frecuentemente a obesidad.

## CONCLUSIONES

La región meridional de Latinoamérica (Argentina y Chile) adolece de la falta de estudios, especialmente longitudinales, que evalúen el impacto de la HTA y otros FRC sobre la salud de las poblaciones aborígenes. Tampoco existen, hasta donde sabemos, estudios que muestren cifras de mortalidad cardiovascular en aborígenes latinoamericanos, aunque he-

mos mencionado ya las conclusiones obtenidas en los estudios en los EE. UU.

Ello refleja una realidad: la falta de estudios sobre la salud de los nativos latinoamericanos en general y de nuestro país en particular.

La prevalencia de HTA en aborígenes chilenos difiere mucho según la etnia, siendo alta entre mapuches –especialmente en habitantes urbanos, que supera a la prevalencia del país de Chile, y es comparable a la de los mapuches y tehuelches de la meseta chubutense– y muy baja entre los aymarás, aunque algo mayor en aquellos de hábitat urbano. Esta diferencia podría deberse a factores genéticos, o tal vez a que los aymarás podrían aún hallarse en período de transición epidemiológica.

En cuanto a los aborígenes argentinos, en ninguna de las etnias estudiadas (wichi-chorotes del Chaco, tobas de Chaco y Formosa, y mapuches y tehuelches del Chubut) la prevalencia de HTA difiere demasiado de aquella observada en la población general del país. Sin embargo, el estudio del DOB observado en los nativos chubutenses y la alta prevalencia de daño renal en tobas del Chaco podrían reflejar inadecuadas condiciones de accesibilidad socioeconómica, cultural y geográfica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de FRC, y/o predisposición genética a esos daños. Por otro lado, son alarmantes las cifras de HTA observadas en niños tobas del Chaco, sin embargo menores que las de niños caucásicos del mismo ambiente.

Ninguno de los estudios señala el grado de conocimiento de la enfermedad por parte de los sujetos, ni distingue el porcentaje de pacientes con tratamiento de aquellos sin tratamiento, y ninguno diferencia los grados de gravedad de HTA establecidos por el *JNC VII*.

Por otro lado, el estudio de otros FRC en pueblos originarios de Chile y Argentina refleja la alta prevalencia de obesidad en ellos, que contrasta con una relativamente baja prevalencia de intolerancia a la glucosa y de diabetes –en lo que nuestros aborígenes se diferencian de los norteamericanos– que podría atribuirse a factores genéticos más que ambientales, aunque no hay estudios profundos sobre el tema. Son altas en cambio las cifras de DLP.

En los países latinoamericanos hay un largo camino por recorrer para llegar a un diagnóstico de la situación de sa-

**Tabla 7-2 Comparación en cifras de prevalencia de FRC en cuatro comunidades aborígenes sudamericanas.**

	Mapuches-Chile (Carrasco, 2004)	Aymarás-Chile (Carrasco, 2004)	Tobas-Chaco (Bianchi, 2006)*	Mapuches/ Tehuelches- Chubut (Ingaramo, 2010)
DBT (%)	6,9	8,2	2,1	3
Intolerancia a la glucosa (%)	4,3	4,8	—	6
Obesidad (%)	48,2	45	54,8	70**
Obesidad central (%)	—	—	49,9	13,3
Hipercolesterolemia	43,1	27,2	—	20
Hipertrigliceridemia	23,1	16,9	—	—

\* Salvo la obesidad, los demás FRC entre los tobas de Chaco se asociaron a mayor prevalencia de ERC. \*\*Entre los aborígenes chubutenses la prevalencia de obesidad se distribuyó de la manera siguiente: sobrepeso 31 %, obesidad 34 % y obesidad mórbida 5%. Otros FRC objetivados fueron: síndrome metabólico 5% y TBQ 20%.

lud de los pueblos originarios, y más largo aún para intentar revertir la situación con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. No existen, en general, políticas de salud orientadas a proteger a estas poblaciones. El presente apartado es solo un resumen y actualización de lo poco que se ha avanzado sobre el tema.

## Bibliografía sugerida

1. Galloway, J.M. Cardiovascular health among American Indians and Alaska Natives: successes, challenges, and potentials. *Am J Prev Med* 2005; 29: 11-17.
2. Hayslett, J.A.; Eichner, J.E. y col. Hypertension treatment patterns in American Indians: The Strong Heart Study. *Am J Hypertens* 2001; 14: 950-6.
3. Zhang, Y.; Galloway, J.M. y col. Incidence and risk factors for stroke in American Indians: the Strong Heart Study. *Circulation* 2008; 118: 1577-84.
4. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *J Hypertens* 2001 (Ed. en Español); 6 (2): 1-28.
5. Pérez, B. F.; Elena, C. P. y col. Prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y dislipemia en grupos aborígenes rurales de Chile. *Rev Med Chil* 1999; 127: 1179-1175.
6. Carrasco, E.P.; Pérez, F.B. y col. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. *Rev Med Chil* 2004; 132: 1189-1197.
7. Coghlan, E.; Bella Quero, L. y col. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad aborigen del norte argentino. *Medicina (B Aires)* 2005; 65: 108-112.
8. Bianchi, M.E.; Farías, E.F.; Bolaño, J. y Massari, P.U. Epidemiology of renal and cardiovascular risk factors in Toba aborigines. *Ren Fail* 2006; 28: 665-670.
9. Gamarra, J.; Quintana, M. y col. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad aborigen Qom de la ciudad de Formosa. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 210. Diciembre de 2011: 5-6.
10. Ingaramo, R.A.; Williams, D. y col. Prevalence and Characteristics of High Blood Pressure in Native Americans of Chubut (Argentine Patagonia). Resumen en el libro de resúmenes del 2010 Annual Scientific Meeting and Exposition, American Society of Hypertension. Nueva York, 1 al 4 de mayo de 2010. PO-286.
11. Ingaramo, R.A.; Williams, D. y col. Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población originaria del Chubut (Patagonia argentina). Resumen en el libro de resúmenes del XVII Congreso Argentino de Hipertensión Arterial del Bicentenario, SAHA (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial), Buenos Aires, 15-17 de abril de 2010: 32..
12. Tannuri, R.; Baccaglio, P. y col. Comparación de factores de riesgo de la población pediátrica caucásica y de la etnia toba de la provincia del Chaco. Libro de resúmenes de la XVIII Reunión de Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, 27 al 29 de junio de 2012, Corrientes, Argentina. CM 080.
13. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2005. P. 142.