

Dirección Nacional de
Abordaje Integral de
Enfermedades No
Transmisibles

Prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y colesterol elevado según IMC

Resultados de las cuatro ediciones
de la encuesta nacional de factores
de riesgo.

Período **2005 - 2018**

Noviembre 2023



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Nicolás Iván Haebeler

Elaboración del informe

Área de vigilancia Epidemiológica

Josefina Blanco

Lucila Goldberg

Luciana Iummato

Ana King

María Julieta Rodríguez Cámara

Área de cuidados integrales en los servicios de salud

Dalia Lewitan

Introducción

Esta publicación se desarrolló en el marco de la actualización de la Guía de Práctica Clínica Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en Personas Adultas, con el objetivo de evaluar las prevalencias de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y colesterol elevado según el índice de masa corporal (IMC) de las personas de 18 años y más de nuestro país. Los indicadores se construyeron a partir de los datos relevados por las cuatro Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en los años 2005, 2008, 2013 y 2018.

La obesidad es un problema de salud metabólico, heterogéneo, estigmatizado, de origen multifactorial y prevenible, caracterizado por el aumento de la grasa corporal cuya distribución y magnitud condicionan la salud de la persona y se cuantifica objetivamente por un IMC ≥ 30 ¹. En su evolución, se asocia al desarrollo de más de 200 complicaciones, con potencial impacto tanto en la salud física, como psicológica y/o social²³. Dentro de las complicaciones de salud más habituales se encuentran la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la HTA y el colesterol elevado⁴.

La DM es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la falta o la insuficiente producción de insulina pancreática, lo que genera hiperglucemia. Su forma más frecuente es la DM2⁵.

La HTA se define como la presencia de valores elevados de presión arterial (PA) iguales o mayores a 140 mmHg de presión arterial sistólica y/o 90 mmHg de presión arterial diastólica. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país y la hipertensión constituye uno de los principales factores de riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares. La HTA explica gran parte de esa carga de enfermedad y en términos de muertes atribuibles, constituye el principal factor de riesgo siendo responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial⁶.

¹Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

² Ministerio de Salud de la Nación. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, principales resultados. [Disponible aquí](#)

³ Yuen MM, Earle RL, Kadambi N, et al. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 236 obesity-associated disorders. [Poster T-P-3166 presented at an unspecified meeting].

⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). 2019

⁶Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. Argentina.

La hipercolesterolemia se define como la presencia de valores de colesterol total mayores a 200 mg/dL y constituye otro de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. El colesterol elevado, especialmente el LDL-colesterol se asocia al desarrollo de enfermedades vasculares ateroscleróticas como la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular isquémico. Se estima que ocasionó para 2019 a nivel global. 4.4 millones de muertes y 98,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad⁷. Su presencia puede estar relacionada a condiciones heredofamiliares, pero principalmente se asocia a los modos de vida actuales, resaltando el exceso de peso, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol⁸. Si bien la relación entre obesidad y estas complicaciones (diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado) es conocida, resulta de interés estudiar su evolución temporal a nivel nacional.

⁷ Du H, Shi Q, Song P, Pan XF, Yang X, Chen L, He Y, Zong G, Zhu Y, Su B, Li S. Global Burden Attributable to High Low-Density Lipoprotein-Cholesterol From 1990 to 2019. *Front Cardiovasc Med.* 2022 Jun 9;9:903126. doi: 10.3389/fcvm.2022.903126. PMID: 35757342; PMCID: PMC9218272.

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

Metodología

El diseño muestral de las cuatro ediciones de la ENFR (2005-2009-2013-2018) fue probabilístico y multietápico y permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más, residente en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes. En el caso de las mediciones físicas y bioquímicas realizadas en la última edición de la encuesta, los resultados fueron representativos a nivel nacional urbano (localidades de 5.000 habitantes y más para mediciones físicas y localidades de 150.000 y más habitantes para mediciones bioquímicas)⁹.

En las distintas ediciones de las ENFR se realizó un relevamiento por autorreporte, con un cuestionario nuclear. El cuestionario incluyó, entre otros aspectos, preguntas sobre la existencia de diagnóstico de glucemia elevada o diabetes, de presión arterial elevada, de colesterol elevado y peso y altura actual reportados por el entrevistado.

Además, en la 4ta ENFR se incorporaron mediciones objetivas físicas y bioquímicas. Dentro de las primeras se realizó la medición de la presión arterial y además se obtuvieron parámetros antropométricos como el peso, la talla y el perímetro de la cintura. Dentro de las bioquímicas, se realizaron mediciones de glucemia capilar y colesterol total mediante digitopunción.

Para el desarrollo de este informe se calcularon las prevalencias, con sus intervalos de confianza del 95%, de glucemia elevada/diabetes, HTA y colesterol elevado para las distintas categorías del índice de masa corporal por autorreporte, según los datos de las 4 ediciones de la ENFR.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software R 4.1.0.

Además, para la 4^o edición de la ENFR, para cada categoría de IMC obtenido por medición antropométrica se calcularon:

- las prevalencias de glucemia elevada/diabetes por medición bioquímica, presión arterial elevada por medición objetiva y colesterol elevado por medición bioquímica;
- las prevalencias combinadas de glucemia elevada/diabetes, de HTA y colesterol elevado.

Los puntos de corte de las mediciones para cada variables fueron: presión arterial elevada $\geq 140/90$ mmHg, glucemia capilar elevada ≥ 110 mg/dl (por ser equivalente al valor de corte habitual de 126 mg/dl en plasma venoso), colesterol elevado ≥ 200 mg/dl. El IMC se calculó como la razón entre el peso en kg dividido la talla en metros

⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. 4^o Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

elevada al cuadrado, posteriormente se categorizó en normopeso ($IMC < 25$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ y < 30) y obesidad ($IMC \geq 30$). Además, se clasificó la obesidad en grado 1 ($IMC \geq 30$ y < 35), obesidad grado 2 ($IMC \geq 35$ y < 40) y obesidad grado 3 ($IMC \geq 40$).

La prevalencia combinada de glucemia elevada o diabetes, está constituida por aquellas personas con registro de glucemia elevada en muestra capilar, o aquellas que se autorreportaron con glucemia elevada o diabetes y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico (ya sea insulina y/o fármacos antidiabéticos) en las últimas 2 semanas.

La prevalencia combinada de HTA incluye personas que tuvieron la PA elevada por mediciones objetivas o se autorreportaron con hipertensión arterial y tomaron algún medicamento antihipertensivo durante las últimas dos semanas.

La prevalencia combinada de colesterol elevado se construyó considerando personas que tuvieron colesterol total elevado por mediciones objetivas o se autorreportaron con hipercolesterolemia y tomaron algún medicamento para controlar el colesterol durante las últimas dos semanas.

Además se calculó la razón de prevalencias (RP) de cada indicador como el cociente de la prevalencia en el grupo con obesidad sobre la prevalencia en el grupo normopeso.

Para analizar las tendencias 2005 - 2018 sólo se consideran los indicadores por autorreporte, ya que los mismos fueron medidos y contruidos de igual manera en las cuatro ediciones de la ENFR, lo que garantiza que sean comparables. En cambio, las mediciones objetivas realizadas en 2018 no se consideran en el análisis comparativo de las diferentes ediciones, aunque sí se comparan con el autorreporte de esa misma edición.

Resultados

Prevalencia de población por índice de masa corporal

Se observó que la población con IMC < 25 se redujo un 24,6% a lo largo del tiempo, a expensas de un aumento del 73% de la población con obesidad. La prevalencia de sobrepeso se mantuvo estable (Tabla 1).

Con relación a los tres grados de obesidad analizados, se observó que la prevalencia de obesidad grado 1 fue la de mayor magnitud, seguida de la obesidad grado 2 y, finalmente, la grado 3. En cuanto a la evolución temporal, el grado 1 y 2 presentaron un incremento significativo en el período analizado, del 33,6% y 115,4% respectivamente (Tabla 1).

Al comparar el indicador medido por autorreporte y por mediciones objetivas de la ENFR 2018, se observó que la prevalencia de obesidad fue mayor según las mediciones objetivas, tanto en forma global como para cada uno de los grados, mientras que para el normopeso y sobrepeso las prevalencias fueron menores que las estimadas por autorreporte (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de normopeso, sobrepeso, obesidad, obesidad grado I, obesidad grado II y obesidad grado III.

| | 2005 | 2009 | 2013 | 2018 por autorreporte | 2018 por medición |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| IMC < 25 | 50,9 (49,8 - 52,1) | 45,4 (44,4 - 46,3) | 42,4 (41,3 - 43,5) | 38,4 (37,4 - 39,4) | 33,9 (32,7 - 35,2) |
| IMC ≥ 25 y < 30 | 34,4 (33,4 - 35,5) | 35,9 (35,0 - 36,8) | 36,8 (35,7 - 37,9) | 36,3 (35,3 - 37,2) | 33,7 (32,6 - 34,8) |
| IMC ≥ 30 | 14,6 (13,9 - 15,5) | 18,7 (18,0 - 19,4) | 20,8 (19,9 - 21,8) | 25,3 (24,4 - 26,3) | 32,4 (31,2 - 33,7) |
| IMC ≥ 30 y < 35 | 11,3 (10,5 - 12,0) | 13,7 (13,1 - 14,3) | 15,1 (14,4 - 16,0) | 17,6 (16,7 - 18,4) | 21,2 (19,9 - 22,3) |
| IMC ≥ 35 y < 40 | 2,6 (2,3 - 3,0) | 3,7 (3,4 - 4,1) | 4,1 (3,7 - 4,6) | 5,6 (5,2 - 6,1) | 7,7 (7,0 - 8,4) |
| IMC ≥ 40 | 0,7 (0,6 - 0,9) | 1,3 (1,1 - 1,6) | 1,6 (1,3 - 1,9) | 2,2 (1,9 - 2,5) ^{NC} | 3,6 (3,2 - 4,1) ^{NC} |

^{NC} corresponde a estimaciones no confiables debido a coeficientes de variación elevados.

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Hipertensión arterial (HTA)

La prevalencia de HTA por autorreporte, en toda la población y en todas las categorías del IMC, se mantuvo estable entre el 2005 y el 2018. Al compararla según la categoría del IMC, se observó una tendencia creciente a mayor IMC (Tabla 2).

En personas con obesidad se observó, para el año 2009, que la prevalencia de HTA por autorreporte fue mayor para el grado 3, mientras que en el año 2018 la prevalencia fue mayor a mayor grado de obesidad (Tabla 2).

En cuanto a la prevalencia de HTA por medición y la prevalencia combinada, se observó el mismo patrón que en las prevalencias por autorreporte: a mayor IMC, mayor magnitud del problema. En personas con obesidad, se encontró que la prevalencia de la HTA combinada fue mayor en el grado 3 de obesidad (Tabla 2). Al analizar la razón de prevalencias por autorreporte entre el grupo con obesidad respecto del grupo con normopeso, las personas con obesidad duplicaron la probabilidad de presentar HTA en todas las ediciones de la encuesta. Para las prevalencias por medición y combinada de la ENFR 2018, esta probabilidad fue aún mayor (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de hipertensión arterial por autorreporte, por medición y prevalencia combinada de HTA según categoría del IMC.

| | 2005 | 2009 | 2013 | 2018 por autorreporte | 2018 por medición | 2018 combinado* |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Todos los IMC | 34,1 (32,9 - 35,4) | 34,8 (33,9 - 35,8) | 34,1 (32,9 - 35,3) | 34,7 (33,7 - 35,6) | 40,5 (39,2 - 41,9) | 46,6 (45,3 - 47,9) |
| IMC < 25 | 24,4 (22,8 - 25,9) | 23,7 (22,5 - 24,9) | 22,6 (21,1 - 24,1) | 22,3 (21,0 - 23,6) | 23,4 (21,5 - 25,3) | 26,2 (24,0 - 28,4) |
| IMC ≥ 25 y < 30 | 40,5 (38,4 - 42,5) | 38,6 (37,1 - 40,2) | 35,4 (33,4 - 37,3) | 35,1 (33,3 - 36,8) | 40,7 (38,4 - 43,0) | 47,5 (45,3 - 49,7) |
| IMC ≥ 30 | 51,3 (48,3 - 54,3) | 52,4 (50,2 - 54,6) | 50,7 (48,3 - 53,2) | 49,5 (47,4 - 51,6) | 57,6 (55,3 - 59,8) | 65,1 (62,9 - 67,3) |
| IMC ≥ 30 y < 35 | 48,4 (45,0 - 51,8) | 49,9 (47,4 - 52,4) | 48,1 (45,4 - 50,9) | 45,7 (43,2 - 48,2) | 55,6 (52,6 - 58,6) | 63,2 (60,2 - 66,3) |
| IMC ≥ 35 y < 40 | 58,9 (51,2 - 66,2) | 54,6 (49,8 - 59,3) | 57,1 (51,7 - 62,3) | 54 (49,3 - 58,7) | 59,6 (54,9 - 64,4) | 65,2 (60,1 - 70,3) |
| IMC ≥ 40 | 65,8 (52,5 - 77,1) | 71,6 (64,4 - 77,9) | 58,8 (49,7 - 67,3) | 67,9 (61,9 - 74,0) | 64,8 (57,3 - 72,4) | 75,6 (69,2 - 82,1) |
| RP (IMC ≥ 30/IMC < 25) | 2,10 | 2,21 | 2,24 | 2,22 | 2,46 | 2,48 |

*combinado: combinación de personas 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.

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Glucemia elevada o diabetes

La prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte en toda la población se mantuvo estable hasta 2018, año en que se registró un incremento significativo. Analizando cada categoría del IMC a través del tiempo, la prevalencia se mantuvo estable en el grupo normopeso, mientras que en los grupos sobrepeso y obesidad se presentó un incremento significativo en 2018 respecto de las ediciones anteriores de la encuesta (Tabla 3).

En cada una de las 4 ediciones de la ENFR, la prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte se incrementó, conforme aumentó el IMC, siendo esta tendencia estadísticamente significativa. Asimismo, al comparar la prevalencia entre

los grados de obesidad, se observó que en 2009 la prevalencia fue mayor en el grado 3 respecto al grado 1 y 2, mientras que en 2013 y 2018 fue mayor en las personas con grado 2 y 3 (Tabla 3).

Según los resultados de la ENFR 2018, la prevalencia por mediciones objetivas fue menor a la estimada por autorreporte, mientras que la prevalencia combinada no presentó diferencias significativas respecto de la registrada por autorreporte. Además, la prevalencia combinada presentó el mismo patrón que la estimada por autorreporte, siendo mayor a mayor IMC (Tabla 3).

Por último, se observó que la prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte fue alrededor de 3 veces superior en personas con obesidad respecto de personas con normopeso. Esta razón de prevalencia mostró una tendencia ascendente entre las ediciones de la ENFR. En cuanto a las prevalencias por medición y combinada, esta diferencia fue 4 veces superior en personas con obesidad (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte, por medición y prevalencia combinada de glucemia elevada o diabetes según categoría del IMC.

| | 2005 | 2009 | 2013 | 2018 por autorreporte | 2018 por medición | 2018 combinado* |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Todos los IMC | 8,4 (7,8 - 9,1) | 9,6 (9,1 - 10,1) | 9,8 (9,1 - 10,4) | 12,7 (12,1 - 13,4) | 8,4 (7,1 - 9,6) | 10,9 (9,6 - 12,3) |
| IMC < 25 | 5,3 (4,6 - 6,0) | 6,1 (5,5 - 6,8) | 5,8 (5,1 - 6,6) | 7 (6,3 - 7,8) | 3,1 (1,9 - 4,3) ^{NC} | 3,9 (2,7 - 5,2) ^{NC} |
| IMC ≥ 25 y < 30 | 10,0 (8,9 - 11,2) | 10,1 (9,2 - 11,0) | 10,3 (9,2 - 11,4) | 12,8 (11,6 - 14,0) | 9,2 (7,1 - 11,4) | 11,4 (9,0 - 13,7) |
| IMC ≥ 30 | 14,6 (12,7 - 16,8) | 17,1 (15,7 - 18,7) | 16,8 (15,2 - 18,6) | 21,3 (19,7 - 22,9) | 13 (10,4 - 15,5) | 17,7 (14,8 - 20,6) |
| IMC ≥ 30 y < 35 | 12,8 (10,9 - 14,9) | 16,1 (14,4 - 17,9) | 14,6 (12,9 - 16,5) | 18,3 (16,5 - 20,0) | 11,5 (8,7 - 14,2) | 16,1 (12,7 - 19,5) |
| IMC ≥ 35 y < 40 | 20,1 (14,5 - 27,3) | 16,6 (13,6 - 19,9) | 22,7 (18,9 - 27,0) | 26,3 (22,5 - 30,1) | 16,3 (10,6 - 22,0) ^{NC} | 19,3 (13,3 - 25,4) ^{NC} |
| IMC ≥ 40 | 22,9 (12,9 - 37,3) | 29,6 (23,5 - 36,7) | 23,0 (16,8 - 30,6) | 32,9 (26,1 - 39,6) | 14,8 (7,5 - 22,1) ^{NC} | 23,5 (14,7 - 32,2) ^{NC} |
| RP (IMC ≥ 30/IMC < 25) | 2,75 | 2,80 | 2,90 | 3,04 | 4,19 | 4,54 |

*combinado: combinación de personas con registro de glucemia elevada en muestra capilar (≥ 110 mg/dl), o aquellas que se autorreportaron con glucemia elevada o diabetes y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico (ya sea insulina o fármacos antidiabéticos).

^{NC} corresponde a valores no confiables

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Colesterol elevado

El indicador de colesterol total elevado se mantuvo estable entre 2005 y 2018, tanto a nivel poblacional como en cada categoría de IMC (Tabla 4).

Se observó una prevalencia creciente a mayor IMC en las diferentes ediciones de la ENFR, excepto en 2005, donde no se evidenciaron diferencias significativas entre el grupo con sobrepeso y aquel con obesidad. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de colesterol elevado entre los distintos grupos de obesidad (Tabla 4).

La prevalencia de colesterol elevado por mediciones objetivas fue similar a la estimada por autorreporte en todas las categorías del IMC. La prevalencia combinada fue mayor que la del autorreporte en toda la población y en las categorías de normopeso y sobrepeso. Para ambos indicadores, se observó que la prevalencia fue mayor en el grupo con sobrepeso que en el grupo normopeso (Tabla 4).

La razón de prevalencia de colesterol elevado por autorreporte mostró que en el grupo con obesidad la prevalencia fue entre un 70 y un 75% superior en personas con obesidad respecto a aquellas con normopeso. Esta relación se observó en las 4 ediciones de la ENFR. A su vez, esta diferencia presentó menor magnitud en los indicadores obtenidos por mediciones o combinados de la ENFR 2018.

Tabla 4. Prevalencia de colesterol elevado por autorreporte, por medición y prevalencia combinada de colesterol elevado según categoría del IMC.

| | 2005 | 2009 | 2013 | 2018 por autorreporte | 2018 por medición | 2018 combinado* |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Todos los IMC | 27,8 (26,5 - 29,1) | 29,1 (28,1 - 30,2) | 29,8 (28,5 - 31,1) | 28,9 (27,8 - 30,1) | 30,7 (28,4 - 33,0) | 39,5 (36,7 - 42,2) |
| IMC < 25 | 20,7 (19,0 - 22,5) | 22,4 (21,1 - 23,8) | 21,9 (20,2 - 23,7) | 22,0 (20,3 - 23,8) | 22,7 (18,7 - 26,7) | 31,2 (26,6 - 35,9) |
| IMC ≥ 25 y < 30 | 31,7 (29,5 - 33,9) | 31,2 (29,5 - 32,9) | 31,8 (29,7 - 33,9) | 29,4 (27,5 - 31,3) | 32,8 (28,8 - 36,8) | 43,4 (38,3 - 48,5) |
| IMC ≥ 30 | 36,6 (33,5 - 39,8) | 38,3 (36,0 - 40,6) | 38,8 (36,0 - 41,6) | 37,2 (35,1 - 39,4) | 36,8 (33,2 - 40,4) | 43,5 (39,2 - 47,8) |
| IMC ≥ 30 y < 35 | 37,1 (33,6 - 40,8) | 37,7 (35,1 - 40,4) | 35,3 (32,3 - 38,5) | 38,8 (34,4 - 39,2) | 36,7 (32,4 - 41,1) | 42,8 (37,5 - 48,1) |
| IMC ≥ 35 y < 40 | 37,3 (29,8 - 45,5) | 41,8 (36,8 - 47,1) | 49,6 (44,1 - 55,1) | 38,6 (33,7 - 43,6) | 33,2 (25,2 - 41,1) | 40,8 (31,8 - 49,9) |
| IMC ≥ 40 | 25,4 (17,9 - 34,7) | 34,0 (26,6 - 42,1) | 42,0 (32,4 - 52,2) | 36,7 (29,0 - 44,3) | 43,6 (33,3 - 54,0) ^{NC} | 51,5 (39,2 - 63,8) ^{NC} |
| RP (IMC ≥ 30/IMC < 25) | 1,76 | 1,71 | 1,77 | 1,69 | 1,62 | 1,39 |

*combinado: combinación de personas con colesterol total elevado (≥ 200 mg/dl) por mediciones en domicilio o quienes se autorreportaron como hipercolesterolémicos y tomaron algún medicamento para controlar el colesterol durante las últimas dos semanas.

^{NC} corresponde a valores no confiables

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Conclusiones

A partir de este análisis puede concluirse que conforme aumenta el IMC, mayor es la prevalencia de HTA, glucemia elevada/diabetes y colesterol elevado. Tanto la obesidad como este grupo de complicaciones constituyen a su vez, factores de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardio y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y diversos tipos de cánceres.

La obesidad sostiene una tendencia creciente a nivel mundial y está asociada tanto a factores individuales como a factores socio culturales donde las personas se desenvuelven. Es por este motivo que desde la DNAIENT se trabaja tanto en la promoción de entornos y hábitos saludables, como en la mejora de servicios de salud, guiados por la vigilancia epidemiológica. Uno de los objetivos centrales de la dirección es prevenir el desarrollo y mejorar la calidad de vida de quienes tienen obesidad o sus complicaciones.

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina