

Artículo Original de Investigación

Control y tratamiento de pacientes con hipertensión arterial durante la pandemia por COVID-19 en Bahía Blanca, Argentina**Control and management of hypertensive patients during the COVID-19 pandemic in Bahía Blanca, Argentina**Denis A. Dezurko¹; Camila Rodríguez Gómez¹; María E. Elorza²; Nebel S. Moscoso²

1. Departamento Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. 2. Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET). Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 19 de Agosto de 2021

Aceptado después de revisión el

16 de Noviembre de 2021

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave:

Hipertensión.

COVID-19.

Cuarentena.

Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Factores Socioeconómicos

Keywords:

Hypertension.

COVID-19.

Quarantine.

Health Services Availability.

Socioeconomic Factors

RESUMEN

Objetivos: la hipertensión arterial (HTA), definida como la presión arterial sostenida por encima de 140/90 mmHg, es considerada una causa importante de mortalidad, discapacidad y de altos costos sanitarios. El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19 en el control de los pacientes con HTA según el nivel socioeconómico.

Material y métodos: se recurrió a un estudio de corte transversal descriptivo basado en datos obtenidos de una encuesta autogenerada vía Google formularios que consta de 25 preguntas, teniendo como criterios de inclusión a todo aquel individuo con HTA diagnosticada, mayor de 18 años, residente en Bahía Blanca que aceptara responder dicho cuestionario.

Resultados: se evaluaron 143 respuestas, la edad media fue de 58 años, el 50,3% de los encuestados fueron de sexo femenino. El 70% sigue un tratamiento para la HTA indicado por un profesional de la salud; el 33,6% debía realizarse algún estudio de control durante la cuarentena; el 11,2% debió asistir a control cardiológico y no pudo hacerlo; El 10,48% de la muestra no logro acceder a todos los estudios de control durante la cuarentena.

Conclusiones: con relación al nivel socioeconómico se observa que todas las personas de altos ingresos pudieron acceder a todos los estudios mientras que ninguna de las personas con ingresos bajos pudo hacerlo, lo que podría evidenciar las diferencias en las oportunidades de alcanzar el máximo estatus de salud por inequidades en el acceso.

Control and management of hypertensive patients during the COVID-19 pandemic in Bahía Blanca, Argentina

ABSTRACT

Objectives: Hypertension (HTN), defined as persistence of blood pressure higher than 140/90 mmHg, is considered an important cause of mortality, disability and high sanitary costs. In this paper we propose to evaluate the impact of Social Preventive and Mandatory Isolation (ASPO by its acronym in Spanish) in the control of HTN patients according to socioeconomic level.

Materials and methods: a descriptive cross-sectional study was conducted, based on data from a self-generated survey by Google forms with 25 questions; the inclusion criteria were diagnosed HTN, being older than 18 years, living in Bahía Blanca and agreeing to answer the survey.

Results: 143 answers were evaluated, the average age was 58 years, 50.3 % of those surveyed were women. Seventy percent follows a treatment for HTN indicated by a health professional; 33.6% should have had controls studies done during the ASPO; 11.2% had to assist to cardiologic control and couldn't do it; 10.48% of the sample couldn't undergo all control tests during the quarantine.

Conclusions: According to socioeconomic level, we could see that all the people with high income obtained access to all the tests; while none of the people with low income could do it, this could be telling us about the differences in opportunities to achieve a maximum health status due to inequities in access.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de causa multifactorial que se asocia a valores de presión arterial (PA) mayores de 140/90 mmHg¹. Es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, entre otras) que están asociadas con una elevada mortalidad (primera causa de muerte en todo el mundo) y el desarrollo de discapacidades que determinan pérdidas en la calidad de vida y altos costos sanitarios. En Argentina, según el Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión, esta enfermedad provoca 400.000 años potenciales de vida perdidos y 600.000 años de vida saludables².

Por lo mencionado, es de suma importancia la prevención de esta enfermedad; el diagnóstico oportuno; el tratamiento efectivo y el seguimiento adecuado. Este último, incluye la realización de los estudios de control cada 1, 2 o 3 años, ya que se ha demostrado que reducen la mortalidad y las graves complicaciones asociadas a esta enfermedad. Según la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial³, los estudios de control que deben realizarse en pacientes sin daño de órgano blanco son electrocardiograma (ECG), determinación de filtrado glomerular (IFGe) e índice de albúmina/creatinina, los cuales deben realizarse en el primer año luego del diagnóstico y posteriormente cada 1 a 3 años. En pacientes con daño de órgano blanco, los estudios mencionados se deben realizar de forma anual y se suma un ecocardiograma cada 2 a 3 años.

En Argentina, según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2018 la prevalencia de HTA en mayores de 18 años fue del 46,6%⁴. El 32% de estos adultos desconocía su condición mientras que el 59% de los que conocían su condición reportaba un mal control. En la misma encuesta se observan diferencias según el tipo de cobertura de salud y el nivel socioeconómico de los entrevistados en cuanto a la realización de algún tipo de tratamiento en las últimas 2 semanas, ya que se obtuvo una respuesta positiva en el 60,9% de la población con seguro de salud frente a un 31% para la población con cobertura pública exclusiva. El 45,2% de los que poseen seguro de salud concurre habitualmente a hacerse control relacionado con la HTA, mientras que de los que poseen únicamente cobertura pública solo el 33,2% lo hace. Con respecto al nivel socioeconómico, en los quintiles de más altos ingresos se presentó una menor prevalencia de HTA, una mayor medición de la PA y una mayor proporción de población que se realiza algún tipo de tratamiento con respecto al quintil más bajo de ingresos.

La pandemia por COVID-19 iniciada en marzo de 2020, y el consecuente Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), generó una disminución de consultas ambulatorias, realización de estudios diagnóstico, seguimiento de tratamientos e internaciones por eventos de salud. Aún en pacientes con patologías preexistentes la circulación restringida, sumada al temor de salir de sus hogares y contagiarse de coronavirus, redujo la atención médica por causas

diferentes al COVID-19; retrasó los controles y la consulta oportuna ante síntomas de alerta. Especialmente para las enfermedades cardiovasculares, Pereiro González et al. (2020) observan que en Argentina desde el inicio de la cuarentena, se han efectuado un 75% menos de angioplastias coronarias, y un 68% menos de angioplastias en pacientes con infarto agudo de miocardio, el cual es considerado una urgencia médica con alto riesgo de muerte⁵.

Dado que el control eficaz de la HTA se asocia con reducciones de morbi-mortalidad causadas por esta condición, en el presente trabajo se propone evaluar si en Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires) existieron diferencias en el acceso a los estudios y controles en pacientes con HTA según el nivel de ingreso del hogar entre los meses de marzo de 2020 y mayo de 2021. La motivación del estudio surge debido a que el sistema de salud de Bahía Blanca replica la fragmentación (con hospitales y consultorios para atención ambulatoria de los sectores público, privado y el sector de la seguridad social) y segmentación del sistema de salud argentino, donde la población podría tener diferentes condiciones de acceso a los servicios de salud según el nivel socioeconómico y tipo de cobertura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de corte transversal descriptivo basado en datos de una muestra de individuos por conveniencia, obtenidos mediante un cuestionario auto-reportado por cada usuario de forma voluntaria y anónima. Fue diseñado vía Google Formularios y promocionado a través de diferentes medios de comunicación.

El relevamiento se llevó a cabo en el periodo que va desde el 15 de octubre de 2020 al 30 de mayo de 2021 pero hace referencia al periodo desde que inicia la pandemia (marzo de 2020) hasta diciembre de 2020.

Dicha encuesta se formuló a partir de la 4ta ENFR y del cuestionario diseñado por la Fundación Cardiológica Argentina^{4,5}. Fue validado por 3 expertos en metodología de la investigación y 3 profesionales de la salud especialistas en la temática. El instrumento fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero de la Ciudad de Bahía Blanca.

El cuestionario consta de 25 preguntas (*ver anexo exclusivo on-line*). La variable estratificadora utilizada es el nivel de ingresos mensual del hogar, que permite definir grupos de población para evaluar la equidad en el acceso. Se incluyen, además variables secundarias como género, edad, último nivel educativo alcanzado, lugar de atención regular y el tipo de cobertura de salud. Con respecto a la enfermedad se consulta: hace cuánto tiempo se le diagnosticó, si padece otras patologías, la última vez que se midió la presión arterial y quién realizó la medición, tipo de tratamiento y grado de cumplimiento, adquisición de recetas médicas, presencia de complicaciones por HTA y factores de riesgo cardiovascular.

El nivel de ingreso como variable estratificadora permite evaluar si existen desigualdades en el acceso a los controles y estudios (electrocardiograma, análisis de orina, eco-

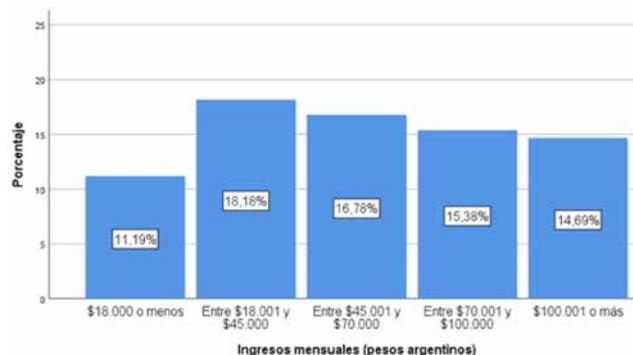


GRAFICO 1.

Categorías según nivel de ingreso mensual

cardiograma, etc.). Para aquellos que no lograron el acceso efectivo a al menos uno de los estudios, se indagaron las principales barreras según sean: de disponibilidad (médico disponible o centro cerrado), de accesibilidad (lejanía del centro de salud o falta de permiso), emocional (miedo al contagio), de adaptación (el centro de salud no brindó solución), tecnológica (no pudo comunicarse) o de asequibilidad (costo elevado de los procedimientos).

Se incluyó en la muestra a toda aquella persona mayor de 18 años con diagnóstico de HTA, residente de Bahía Blanca, con o sin comorbilidades o daño de órgano blanco dispuesta a responder el cuestionario.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS. Se calcularon media y desvío estándar (DE) para las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas. Se realizó un análisis bivariado utilizando tablas de contingencia para evaluar la relación de las variables de resultado con la variable estratificadora.

RESULTADOS

Hipertensión arterial: edad, género, ingreso, educación y comorbilidades

De los 143 adultos que respondieron la encuesta y forman parte de la población objetivo (viven en la ciudad de Bahía Blanca y un médico les diagnosticó HTA), el 50,3% son mujeres. La edad promedio de los encuestados es de aproximadamente 58 años. El 50% de la muestra tienen entre 51 y 66 años. El encuestado más joven tiene 19 años y el de mayor edad tiene 89 años.

Los gráficos N° 1 y N° 2 muestran la distribución de los encuestados según el nivel de ingreso y de educación, respectivamente. En el primer caso se observa una distribución uniforme de los encuestados que respondieron entre los grupos de ingreso a excepción de la categoría más baja (\$18000 o menos). En el segundo caso se observa que los encuestados se concentran en los grupos de nivel secundario completo (24,48%), nivel universitario/terciario incompleto (18,88%) y nivel universitario/terciario completo (23,78%).

El 50% de los pacientes refiere haber sido diagnosticados con HTA a los 50 años o antes. La menor edad de diagnóstico es 14 años, la mayor edad es 70 años y la edad más frecuente

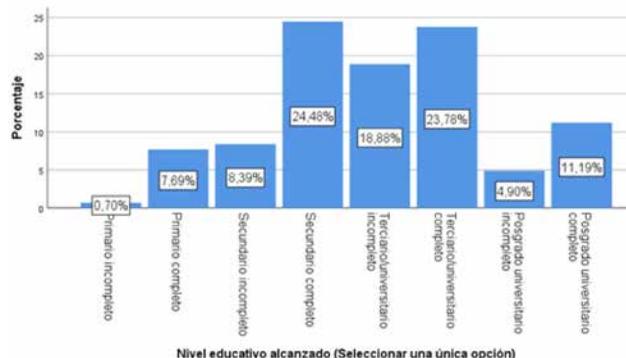


GRAFICO 2.

Categorías según nivel educativo

es 50 años (15,38%). Con relación a la presencia de otras enfermedades se observó que el 40,6% (58 pacientes) no tiene otras patologías, mientras que el resto de los encuestados tiene 1 o más. El 38,46% de los pacientes solo tiene 1 enfermedad crónica adicional, siendo las más frecuentes colesterol alto (12,6%), obesidad (12,6%) y diabetes (4,9%).

Controles de presión arterial

Con relación a los controles de HTA desde el inicio de la pandemia, el 88% de la muestra se midió la PA en un periodo no mayor a los 6 meses. Del resto de los encuestados que recordaba el momento de la última medición, el 5% se tomaron la PA en un periodo no mayor al año y el 4% de la muestra hizo el último control hace más de 1 año.

En el 34,3% del total de casos la PA fue medida por el mismo encuestado, en el 13,3% por un familiar o conocido, en el 46,9% de los casos fue tomada por un profesional de la salud (médico o enfermero), y en el 5,6% por alguien en la farmacia (un empleado o farmacéutico). En relación a la edad se observa que en los pacientes menores de 50 años, en términos relativos hay una mayor proporción que se toman la PA ellos mismos, con respecto a los mayores de 50 años donde la mayoría recurre a un profesional de la salud.

Si bien el 74% de la muestra refirió que normalmente puede medir la presión arterial por sus propios medios, se observa que esta capacidad disminuye a medida que aumenta la edad. En relación con el nivel de ingreso, se observa en el grupo de menores recursos (cuyo hogar tiene menos de 18 mil pesos de ingresos mensuales) la menor diferencia entre los que pueden (56,2%) y no pueden (43,8%) medirse la PA por sí solos. En la categoría de alto nivel ingresos (más de \$100000) se observa una mayor diferencia: 85,7% pueden hacerlo solos y 14,3% no pueden.

Hipertensión arterial: tratamientos y controles de rutina

El 70% de la muestra realizó en las últimas semanas algún tratamiento para la HTA indicado por un profesional de la salud, de los cuales 96 incluyeron medicación (representando el 67% del total de la muestra). Solo 12 pacientes no realizan otro tratamiento además de los medicamentos (8%), y el resto lo combina con dieta baja en sal, ejercicio físico, cesación

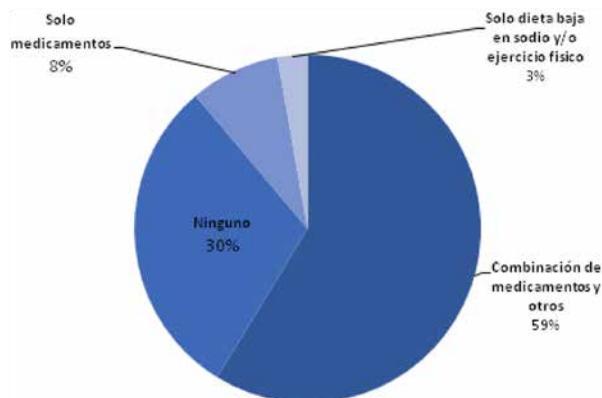


GRAFICO 3.
Tratamiento para la hipertensión arterial (n=143)

tabáquica y/o alcohólica (59%). En este grupo de pacientes que siguen un tratamiento combinado de medicamentos con modificaciones de estilos de vida (84) se destacan: realizar ejercicios físicos y llevar una dieta baja en sal (33), llevar una dieta baja en sodio (31 pacientes) y realizar actividad física (11). El resto combina alguna de estos hábitos con la cesación tabáquica y/o alcohólica (9). (*Grafico N° 3*).

Con respecto al género, las mujeres tienen mayor participación relativa en las dietas bajas en sal y los hombres en ejercicio físico. Los encuestados pertenecientes a las categorías de menores ingresos siguen en mayor proporción dietas bajas en sodio, mientras que aquellos pertenecientes a las categorías de mayores ingresos realizan en mayor proporción actividad física.

Los 12 pacientes que no realizan otro tratamiento además del medicamentoso no se diferencian según el género ni la edad. Sin embargo, la proporción de pacientes que solo toma medicación es mayor en el grupo de pacientes que no tiene ninguna patología crónica además de la HTA (13,8% contra un 8,4% para toda la muestra).

El 30% de la muestra que en las últimas semanas no había realizado ningún tratamiento para HTA indicado por un profesional de la salud, está compuesta en mayor medida por hombres y por personas menores de 50 años. En relación a la educación de este grupo, se observa que es mayor la proporción de encuestados que tiene nivel primario y que no tienen cobertura de salud, mientras que en relación con el nivel de ingreso no se observan amplias diferencias.

Aproximadamente el 90% de los pacientes se realiza habitualmente controles de rutina distintos a la medición de la presión arterial (incluye estudios de rutina en los últimos 3 años). Entre los proveedores de salud utilizados se destacan los consultorios privados de médicos particulares (en más del 53% de los pacientes que habitualmente se realizan controles). Estos proveedores son seguidos por los hospitales privados y finalmente por los hospitales públicos (de los encuestados que concurren habitualmente el 9% se controla en proveedores públicos).

De los 15 pacientes que habitualmente no se hacen controles de rutina (10,49% de la muestra) 9 son hombres y 6

mujeres, 12 tienen cobertura de salud (obra social o empresa de medicina prepaga) y estudios secundarios completos o más. En cuanto al nivel de ingreso, se observa que en términos relativos las categorías de ingreso medio tienen más proporción de personas que no asistieron a control que las dos categorías extremas. Respecto a la edad, la falta de controles de rutina disminuye a medida que aumenta el grupo de edad: el 20% de los que tienen menos de 50 años no se controlan, el 11% de los que tienen entre 50 y 64 años no se controlan, mientras que el 3% de los mayores de 65 años no se controlan habitualmente.

Hipertensión arterial: controles en pandemia

El 33,6% de la muestra debía realizarse algún estudio vinculado con la HTA durante la pandemia (48 pacientes), el 11,2% no sabe si tenía que realizarse algún estudio porque debía asistir a control y no pudo hacerlo (16 pacientes), y el 43,4% no debía realizarse ningún estudio (62 pacientes). El porcentaje restante corresponde a los 15 pacientes restantes que usualmente no concurren a realizarse controles de rutina, y 2 que no contestaron la pregunta.

Los 16 pacientes que no pudieron asistir al control médico durante la pandemia refieren como motivos principales el miedo a contagiarse (8 casos) y que el centro de salud al que concurre habitualmente se encontraba cerrado o atendía cierto tipo de enfermedades (4 casos). Estos pacientes tienen en su mayoría entre 50 y 64 años (10 pacientes). En relación a nivel educativo y nivel de ingreso no se observa un comportamiento determinado, y 15 tienen cobertura de salud (obra social y/o empresa de medicina prepaga).

Entre los estudios que debían realizarse los 48 pacientes de la muestra se destacan: determinaciones bioquímicas (sangre y orina), electrocardiograma y ecocardiograma, tanto de forma individual y conjunta. Si bien, una parte de estos individuos logró realizarse todos los estudios antes de marzo 2020, la mayoría (34 encuestados) debió realizar los estudios pendientes durante el APSO/DISPO (*Tabla N° 1*).

Del grupo de pacientes que debían realizar los estudios pendientes durante la cuarentena, 15 de ellos no pudieron realizarse todos los estudios pendientes, representando el 10,48% de la muestra. El estudio que presentó más dificultad en relación a su acceso es el electrocardiograma. Los motivos referidos para la no realización de los estudios en general fueron: miedo a contagiarse (6 casos) y el centro de salud al que concurre habitualmente se encontraba cerrado o atendía cierto tipo de enfermedades (4 casos) y el médico particular no atendía (3 casos).

De los pacientes que no accedieron en general a los estudios 1 no tenía cobertura de salud, 13 tenían obra social y/o empresa prepaga y 1 paciente tenía múltiple cobertura. Con relación al nivel de ingreso se observa que todas las personas con ingresos mayores a \$100000 pudieron acceder a los estudios, en cambio ninguno de los encuestados con ingresos entre \$18000 y \$45000 pudieron hacerlo.

TABLA 1.

Controles médicos y estudios para la hipertensión arterial durante la pandemia (n=143).

Necesidad de estudios vinculado a la HTA en el 2020		n (%)
Debía realizarse algún estudio	Se realizó TODOS los estudios antes del 20 de marzo 2020	14 (9,79%)
	Debía realizar TODOS los estudios después del 20 de marzo 2020	34 (23,77%)
No sabe porque no pudo asistir a control médico		16 (11,2%)
No debía realizarse ningún estudio		62 (43,4%)
Habitualmente no concurre a hacerse controles de rutina		15 (10,48%)
No sabe/no contesta		2 (1,39%)
Total		143 (100%)

DISCUSIÓN

La muestra de pacientes con HTA encuestados en Bahía Blanca representa distintas categorías de niveles educativos y de ingresos. Con respecto al acceso a los controles, si bien más del 50% de la muestra se toma la PA con personal de la salud, este comportamiento se manifiesta en mayor proporción en los pacientes mayores de 50 años, lo cual refleja que, a mayor edad podría darse una potencial dependencia en la tarea de realizar este tipo de control.

A su vez, la toma de PA por sí mismos en los niveles de ingreso más bajos es menor que en el caso de quienes pertenecen a los niveles más altos, lo cual podría estar indicando que la capacidad de medición puede depender de la existencia en el hogar de un tensiómetro. Estos resultados se asemejan a los obtenidos en la 4ta ENFR en la cual se observa que la medición de PA fue mayor para el grupo de ingresos más altos (91,9%) que en el grupo de ingresos más bajos (75%)⁴.

Con relación al nivel de ingreso se observa que todas las personas de altos ingresos pudieron acceder a todos los estudios que debían realizarse durante la cuarentena, y que ninguna de las personas con ingresos bajos pudo hacerlo. Esto está en línea con los resultados de la 4ta ENFR donde hallaron diferencias en la realización de algún tipo de tratamiento según nivel socioeconómico⁴. En ese relevamiento, observan que el 61,6% de los individuos del quintil más alto refirió realizar alguno, frente a un 41,5% en el quintil más bajo de ingresos.

Un dato que alarma, es que el 30% de los pacientes encuestados no realizó ningún tratamiento para la HTA en las últimas semanas. De los cuales se observa que son mayormente hombres; que pertenecen al grupo de menor edad (menores de 50 años); que es mayor la cantidad de individuos que tienen menor nivel educativo y que no tienen cobertura de salud.

De los pacientes que sí realizaron algún tratamiento, la mayoría consumió medicamentos, y en un 59% lo acompañó de dieta baja en sal y sodio (con mayor proporción relativa de mujeres y de personas de nivel de ingreso bajo) y ejercicio físico (con mayor proporción relativa de hombres y de niveles de ingreso alto).

Aunque solo el 10,5% de los encuestados no se hace ningún control de rutina, la cobertura de salud no estaría siendo un condicionante del acceso ya que 12 de los 15 pacientes cuenta con algún tipo de seguro. Tampoco parece influir el nivel educativo, y de ingresos. Sin embargo, a mayor edad se reduce la proporción de ausencia de control.

De los 143 pacientes encuestados con HTA 16 tuvieron dificultades para acceder al control de rutina y 15 para acceder a los estudios, de los cuales 2 pacientes pertenecen a ambos grupos, es decir que, del total 29 pacientes tuvieron alguna barrera para acceder a un servicio de salud que necesitaban.

De todos ellos, aproximadamente un 10% no pudo hacerlo por cuestiones vinculadas a la pandemia, aunque no se observan barreras asociadas al nivel educativo, edad, género y niveles de ingreso. A excepción de los pacientes que debían realizarse estudios, en cuyo caso todos los encuestados de altos ingresos pudieron acceder a los estudios, mientras que ningún encuestado con bajo nivel de ingresos pudo acceder a los mismos. Estos resultados están en línea con los hallazgos de Arcaya et al (2015) quienes observan diferencias entre los que acceden a todos los estudios y el nivel de ingreso, y concluyen que algunas personas no tendrían las mismas oportunidades de alcanzar su máximo estatus de salud, lo cual refleja situaciones de inequidad en el acceso⁷.

Una situación al menos preocupante es la situación de los 15 pacientes (sobre el total de los 143 pacientes encuestados) que refieren no realizarse controles de rutina. Es decir, más del 30% de los pacientes encuestados no estaría accediendo a los controles que requiere esta enfermedad.

Si bien los resultados de este estudio son exploratorios permiten observar la necesidad de avanzar en un relevamiento probabilístico que permita medir con mayor precisión la existencia de inequidades en el acceso al control en los pacientes con esta patología. Especialmente, sería deseable estudiar la utilidad de intervenciones en la comunidad que permitan mejorar: I) los controles y cuidado de la HTA en la población menor a 50 años y de menores ingresos, dado que se observó una baja proporción de pacientes que realizan actividad física y II) la disponibilidad de tensiómetros, sea en los hogares particulares como en espacios de fácil acceso geográfico.

Notas al pie:

1. El daño de órgano blanco se define por la presencia de hipertrofia ventricular izquierda, dilatación de aurícula izquierda, fibrilación auricular, deterioro del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,72m² y albuminuria igual o mayor a 30 mg/g

2. El porcentaje de encuestados que no respondió la pregunta vinculada al nivel de ingreso fue del 23,8%.

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Rev Fed Arg Cardiol 47: 1-47, 2018.