

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Skop K, Caruso O, Martínez Crespo M y col. Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en adultos en Isla Santiago, Buenos Aires. Comparación con datos de la población general a partir de la 4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. *Rev Arg Med* 2023;11(2):154-61

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/kz9zr932y>

Recibido: 6 de marzo de 2022.

Aceptado: 31 de mayo de 2022.

¹ Carrera de Especialista en Nutrición, Instituto Universitario Facultad de Medicina, Fundación Barceló, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Docente universitaria, titular de Estadística. UBA-UTN, Buenos Aires.

³ Secretaría de Salud, Municipio de Ensenada. Buenos Aires.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTORA PARA CORRESPONDENCIA

María Amelia Linari. Correo electrónico: marimelina@yahoo.com

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS EN ISLA SANTIAGO, BUENOS AIRES. COMPARACIÓN CON DATOS DE LA POBLACIÓN GENERAL A PARTIR DE LA 4.ª ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADULTS IN ISLA SANTIAGO, BUENOS AIRES. COMPARISON WITH GENERAL POPULATION DATA FROM THE IV NATIONAL SURVEY OF RISK FACTORS

Karina Skop  0009-0005-2945-0819,¹⁻³ Ornela Caruso  0009-0002-7494-9211,¹ Macarena Martínez Crespo  0009-0001-5910-1207,¹ Natalia Nardelli  0009-0005-4221-5813,¹ María Amelia Linari  0009-0002-9357-884X,¹ Debora Chan  0009-0005-3765-2947,² Mariana Estevez  0009-0004-6489-1620,³ Pilar Llanos  0009-0009-1638-7821¹

RESUMEN

Teniendo como marco la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2019 y sus resultados y considerando poblaciones mayores a 5000 habitantes, se indagó un territorio isleño de la provincia de Buenos Aires, asumiendo que un estilo de vida alejado de las grandes ciudades impactaría con diferencias significativas. **Objetivos.** Comparar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de la población isleña con los datos de la población general. **Material y métodos.** El trabajo se llevó a cabo mediante encuesta y examen físico. Se recolectaron datos de 42 hogares. Se tuvieron en cuenta todas las familias que habitaban en la isla de manera permanente. Se realizó la comparación con la 4.ª ENFR. **Resultados.** Se describe una población en donde la inactividad física, la mala alimentación y los hábitos tóxicos (consumo problemático de alcohol y tabaco) superaron la media nacional. Las prevalencias en enfermedades crónicas y factores de riesgo cardiovascular mostraron una tendencia similar a la nacional. **Conclusión.** A pesar de que los resultados pueden parecer poco alentadores, la isla es un terreno ideal para implementar proyectos que apunten a modificar hábitos y a construir desde la comunidad. Debido a que se trata de una población relativamente joven y en expansión, es necesario realizar intervenciones con una mirada local aprovechando fortalezas, como la presencia de programas educativos, cátedra libre de soberanía alimentaria, o refuerzo de la escuela como referente indiscutido.

PALABRAS CLAVE. Factores de riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas no transmisibles, hábitos nutricionales, pesquisa.

ABSTRACT

Based on the National Survey of Risk Factors ENFR 2019 and its results, and considering populations greater than 5,000 inhabitants, an island territory of the province of Buenos Aires was investigated, assuming that a lifestyle far from large cities would impact with significant differences. **Objectives.** To compare the prevalence of cardiovascular risk factors and chronic noncommunicable diseases in the island population with data from the general population. **Material and methods.** The work was carried out by survey and physical examination. Data was collected from 42 households. All the families inhabiting the island permanently were taken into account. Comparison was made to the 4th ENFR. **Results.** A population is described where physical inactivity, poor diet, and toxic habits (problematic consumption of alcohol and tobacco) exceeded the national average. The prevalence of chronic diseases and cardiovascular risk factors showed a trend similar to the national one. **Conclusion.** Although the results may not seem encouraging, the island is an ideal field to implement projects aiming at changing

habits and educating from the community. Being a relatively young and expanding population, it is necessary to carry out interventions with a local perspective, taking advantage of strengths such as the presence of educational programs, a free chair of food sovereignty or reinforcing the school as an undisputed reference.

KEY WORDS. *Cardiovascular risk factors, chronic non-communicable diseases, nutritional habits, research.*

Puntos clave

- La Isla Santiago Oeste, del partido bonaerense de Ensenada, está localizada en una península de la Isla Santiago. No cuenta con ningún tipo de registro de la población en general ni de salud en particular. Para conocer y describir a la población es necesario realizar un relevamiento.
- La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2019 fue realizada en poblaciones urbanas de más de cinco mil personas. Conocer características y evaluar si la prevalencia de sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes, dislipemia y sedentarismo de la isla son equiparables a las de poblaciones urbanas o se reproducen en una población isleña de menor tamaño hacen al diagnóstico situacional y a las intervenciones posteriores.
- Si bien las posibilidades económicas influyen sobre la selección de alimentos, estas no son un único condicionante para una alimentación saludable.
- Sorprende ver cómo, aun teniendo un ambiente propicio para el desarrollo de un estilo de vida saludable, la prevalencia de los factores de riesgo es igual o mayor que en la población general. Resulta de suma importancia la intervención de las autoridades locales en la promoción y prevención de la salud mediante estrategias que estimulen la utilización de los recursos que provee la isla.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) conforman una pandemia y constituyen la principal amenaza para la salud humana. Por año fallecen 41 millones de personas por esta causa, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Argentina estas enfermedades ocasionan el 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial. Sin embargo, estas enfermedades son prevenibles en gran medida y comparten los mismos factores de riesgo, que explican 3 de cada 4 muertes por ECNT. Los cuatro más destacados son el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el

consumo nocivo de alcohol. Dichos hábitos son adquiridos desde edades tempranas donde la susceptibilidad al entorno es mayor. Esto se suma a la alta disponibilidad y promoción de productos nocivos para la salud (tabaco, alcohol, y alimentos y bebidas no saludables altos en azúcar, grasa y sal) (1).

La localidad de Isla Santiago Oeste, del partido bonaerense de Ensenada, está localizada en la base de una península rectangular que forma parte de la Isla Santiago y conforma el territorio insular occidental del delta del río Santiago. Se accede mediante un camino asfaltado que se une al continente por medio de un puente, en el llamado “camino a la Isla Santiago” que termina luego en el puerto. El área del delta del río Santiago posee dos microambientes principales: los albardones y los pajonales. Los primeros bordean a los ríos y arroyos, presentando una mayor altura. El pajonal, en cambio, ocupa las cubetas interiores, que son áreas deprimidas, con altura del suelo similar o inferior al nivel medio del río. Las viviendas se encuentran elevadas sobre estructuras según la altura del agua por el riesgo de inundación en las frecuentes crecidas del río. Conviven en la isla dos grupos de personas: los isleños –habitantes que llevan varios años en el lugar y que conservan costumbres propias de la vida en el delta–, y aquellos que se han instalado en los últimos años para acceder a una vivienda propia. La isla dispone de pocos comercios para acceder a alimentos (2,3).

La historia de la isla es rica y compleja. En una visita al archivo histórico de la Municipalidad de Ensenada, se realizó una revisión de documentos periodísticos, padrones electorales y registros de la escuela naval de la localidad. Hasta febrero de 2017 las tierras de la isla se consideraban ocupadas, dado que los terrenos pertenecían al Banco de Italia y Río de la Plata. En 2016 el mencionado banco presentó quiebra; por lo tanto, los terrenos se llevaron a remate. La Municipalidad de Ensenada decidió comprar los terrenos para cederlos a los vecinos. Este proceso aún está en sus primeras fases, dado que ninguno de los habitantes tiene título de propiedad y, frente a esta perspectiva, numerosas personas se han mudado en los últimos años para construir sus viviendas en el lugar, lo que generó un crecimiento exponencial de la población (3). Ningún censo nacional ha incluido hasta el momento la población de la isla (4). En 2016 la Municipalidad instaló la unidad sanitaria, que recién en el año 2019 contó con un equipo estable de trabajo conformado por una enfermera y una médica (2).

Objetivos

Conocer la prevalencia de ECNT y factores de riesgo cardiovasculares de la población isleña y compararlas con los datos de la población general, obtenidos en la 4.^a ENFR.

Detectar valores alterados de tensión arterial y glucemia capilar con el objetivo de referenciar al sistema de salud local.

Material y métodos

Diseño. Estudio descriptivo, transversal de prevalencia en la Isla Santiago, partido de Ensenada de la provincia de Buenos Aires durante el mes de febrero de 2021. Se contabilizó a la población residente.

Población. El total de casas que se constató en la isla fue de 115, de las cuales 68 viviendas se utilizaban como casas de fin de semana. Se tuvieron en cuenta, para este estudio, todas las familias que habitaban la isla de manera permanente. De un total de 47 hogares, se entrevistó a 42, ya que cinco familias se negaron a responder (porcentaje de rechazo de respuesta sobre el total de la población permanente: 10,63%). La población de estudio fue de 113 habitantes (Fig. 1), el análisis sobre características de los niños no fue individualizado, sino que se incluyó dentro de los núcleos familiares.

La relación fue 37 (44,05 %) mujeres y 47 (55,95 %) hombres. La edad osciló entre 20 y 81 años, media de 47,29, mediana de 45 y un desvío estándar de 15,58 años.

Se aplicó una encuesta hecha de *novo* por las investigadoras de tipo semiestructurada, subdividida en dos bloques: uno familiar y otro personal. Sobre el bloque familiar un integrante del hogar respondía por todo el grupo la parte general de la encuesta. Se interrogó sobre habitantes del hogar y tiempo de permanencia en la isla, características y frecuencia de los alimentos que consumían y el método o forma de obtención de estos. El bloque personal fue realizado a cada integrante del hogar mayor de 18 años. Se interrogó sobre hábitos: consumo problemático de alcohol, tabaquismo, actividad física y diagnóstico previo de hipertensión arterial, diabetes y dislipemia. Se realizó un examen físico que contó con la toma de tensión arterial, el peso, la talla, el IMC, el perímetro abdominal y la toma de muestra de glucosa capilar (ver anexo).

Análisis estadístico. Para el análisis correlacional entre variables, se utilizó el test de Wilcoxon al estudiar el consumo de frutas y verduras, y la presencia de huerta en sus casas. La variable obesidad y escolaridad obligatoria avanzada se analizó mediante el test χ^2 de Pearson. Con la relación entre IMC y presencia de DT2, se usó el test exacto de Fisher. En el caso del análisis de la HTA, se utilizó prueba de χ^2 de Pearson. En el análisis comparativo entre las prevalencias de los habitantes de la Isla Santiago y la ENFR, se planteó en todos los casos igual contra distinto, donde H_0 : Prev ENFR = Prev IS versus H_1 : Prev ENFR \neq Prev IS.

Consideraciones éticas. El trabajo se realizó conforme a la metodología antes mencionada y los principios éticos para las intervenciones médicas en seres humanos (5). Se desarrolló sobre un marco convenio entre el Instituto Universitario y la Secretaría de Salud de Ensenada, provincia de Buenos Aires (Región Sanitaria XI). Se presentó el proyecto de investigación –previamente aprobado por los directivos de la carrera en la Especialidad de Nutrición– al correspondiente comité de ética del Hospital Horacio Cestino de Ensenada. El estudio se realizó de acuerdo con los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas (GCP) y de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), y en conformidad con la Disposición 6677/10 de ANMAT. Se cumplió con los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki. Se aceptaron las obligaciones establecidas por el Comité de Ética. Se respetó la confidencialidad de los documentos del ensayo y los registros de los pacientes establecidos por el protocolo (5).

Previo a la realización de cualquier procedimiento, se procedió a la firma del consentimiento informado. Se explicó a los individuos que la participación era voluntaria y anónima, para garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos. La financiación parcial del trabajo se logró mediante un subsidio otorgado por el área de Ciencia y Tecnología del Instituto Universitario, Facultad de Medicina.

Resultados

Se estudiaron 113 habitantes: 29 niños y 84 mayores de 18 años (Fig. 1). Respondieron la encuesta personal 37 (44,05%) mujeres y 47 (55,95%) hombres. La media de 47,29 y un desvío estándar de 15,58 años.

Sólo el 48% de la población había finalizado la educación obligatoria.

Consumo de frutas, verduras y sal

El promedio en el consumo de porciones de frutas y verduras en la isla fue de 3,27 por habitante por día, y sólo un 23,80% de la población cumplía con la recomendación de cinco o más porciones por día. El resultado fue significativamente superior al evidenciado en la 4.^a ENFR ($p < 0,0001$). En esta última el promedio de consumo fue de 2 porciones por habitante por día (sólo 6% de la población encuestada consumía las porciones recomendadas).

Con respecto al consumo de sal, además de lo utilizado en la cocción, un 83% de los encuestados manifestó agregar sal siempre o casi siempre a las comidas, diferencia significativa con el 16,4% de la 4.^a ENFR ($p < 0,0001$) (tabla 1) (1).

Actividad física

El 76,4% realizaba un nivel bajo de actividad física (el 19,4%, actividad media, y sólo el 4,2%, alto nivel de actividad física). En las últimas dos ENFR, la actividad física baja

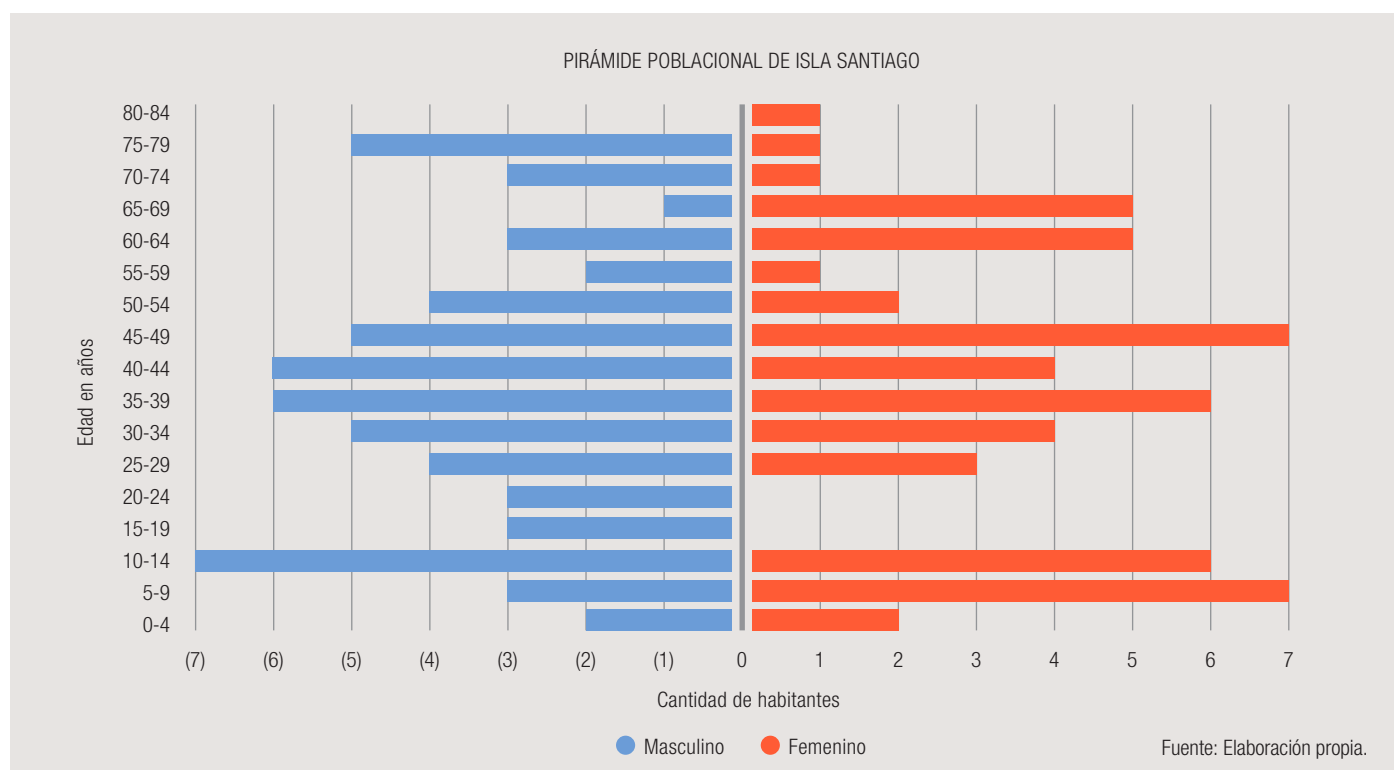


Figura 1. Pirámide poblacional en Isla Santiago.

TABLA 1. COMPARACIÓN DE PREVALENCIAS CON LA 4.ª ENFR (ALIMENTACIÓN)			
Hábitos alimentarios	4.ª ENFR	Isla Santiago	p
Porcentaje de sal agregada	16,40 %*	83,30 %	<0,0001
Promedio diario de frutas y verduras	2,00	3,27	<0,0001
% de frutas y verduras ≥5 porciones/día	6,00 %*	23,80 %	<0,0001

Nota: *resultados referidos por autorreporte. Fuente: elaboración propia.

aumentó de 54,7% a 64,9% (1); los datos encontrados con respecto a la isla se correlacionaron con la población general ($p = 0,0302$) a pesar de tratarse de una población rural, con escaso acceso de vehículos, en cercanía al río.

Sobrepeso y obesidad

La prevalencia de sobrepeso por IMC en la isla fue de 30,98%, similar al 33,70% evidenciado en la 4.ª ENFR ($p = 0,6280$) (1). Con respecto a la obesidad, la prevalencia de la isla fue significativamente superior a los datos nacionales (41,54% vs. 32,40%, respectivamente; $p = 0,0225$, datos que fueron obtenidos por medición objetiva). En relación al exceso de peso, que combina las variables de sobrepeso más obesidad, este valor asciende al 76,05% para los residentes de la isla, mientras que para poblaciones de más de 5000 habitantes fue del 66,10% ($p = 0,0763$). Al analizar se debe tener en cuenta que la 4.ª ENFR se realizó en 2018 mientras que este estu-

dio se llevó a cabo en 2021 (intrapandemia SARS-CoV-2). La prevalencia de obesidad abdominal por circunferencia de cintura (CC) observada fue del 57,74% en comparación con el 41,54% correspondiente a obesidad por IMC.

Hipertensión arterial

El 88,9% de la población adulta refirió haberse medido la presión arterial (PA) al menos una vez en el último año, porcentaje levemente superior al observado en la última edición de la ENFR (84,3%). La prevalencia de HTA por autorreferencia de los habitantes de Isla Santiago fue del 26,4%, inferior a la observada en la 4.ª ENFR, en la cual el registro fue del 34,6% ($p = 0,143$). Un 11,1% afirmó no haberse controlado la PA en el último año, por lo que desconocían si padecían o no dicha patología. Del total de personas que refirieron HTA como antecedente, el 84,21% se encontraba realizando tratamiento farmacológico (porcentaje superior

al observado en la 4.^a ENFR de 53,4%) (1). Entre aquellas personas que habían referido HTA, el 63,15% presentaron registros elevados de PA. Por otra parte, entre quienes desconocían su condición o afirmaban no padecer HTA, el 26,92% presentó un registro elevado de PA (ya sea PAS o PAD). Si bien un registro aislado de PA no es suficiente para realizar diagnóstico de HTA, estos resultados permiten inferir un subdiagnóstico.

Diabetes

La prevalencia de DT2 por autorreporte en la población de la isla fue del 13,9%, en correlación con el 12,7% de la 4.^a ENFR ($p = 0,761$) (1). En contraposición, un 16,7% refirió desconocer su condición frente a la diabetes. Del total de personas que presentaron diagnóstico de DT2, el 80% se encontraba bajo algún tipo de tratamiento (mayor al observado en la 4.^a ENFR: 52,6% de los diabéticos realizaba algún tipo de tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico).

El 83,3% de la población se realizó al menos una medición de glucemia en los últimos 5 años, porcentaje similar al obtenido en la 4.^a ENFR (79,1%).

La toma de muestra de glucemia capilar se realizó al azar en el 100% de los casos; no se observó hiperglucemia en pacientes sin diagnóstico de DT2. Todos los individuos con DT2 presentaron exceso de peso.

Dislipemia

La prevalencia de dislipemia autorreferida de la isla fue del 15,3%, el reportado por la 4.^a ENFR informó un 28,9% ($p = 0,011$). En este trabajo, donde se contabilizó a toda la población, un 18,1% respondió que desconocía su situación por no haberse realizado un lipidograma en los últimos 10 años. Entre los diagnosticados sólo el 36,36% recibía tratamiento farmacológico en comparación con un 46% de la 4.^a ENFR (1).

Tabaquismo

El consumo actual de tabaco directo fue del 40,3%. Respecto de la 4.^a ENFR donde la prevalencia fue del 22,2%, se evidenció un resultado estadísticamente significativo ($p = 0,0002$).

Consumo problemático de alcohol (CPA)

La prevalencia del CPA en la isla fue de 44%, 5 veces mayor al de la 4.^a ENFR (8,40%, $p < 0,0001$). La relación hombres y mujeres fue de 53,19% y de 32,42%, respectivamente (similar a valores nacionales). El 56% de los clasificados dentro de la categoría de CPA tenían entre 34 y 65 años. Para la 4.^a ENFR el rango fue entre 18 y 34 años (Fig. 2; tabla 2).

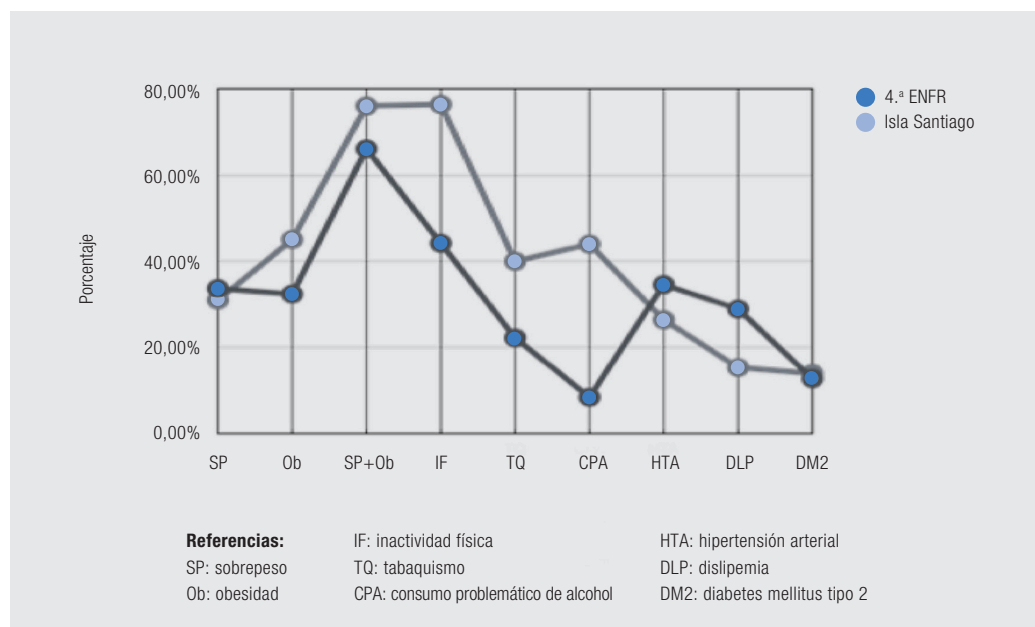


Figura 2. Diagrama comparativo de prevalencias con la 4.^a ENFR.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. COMPARACIÓN DE PREVALENCIAS CON LA 4.ª ENFR

Prevalencia	4.ª ENFR	Isla Santiago	p
Sobrepeso	36,20%*	30,98 %	0,6280
Obesidad	25,40%*	45,07 %	0,0225
Sobrepeso u obesidad	61,60%*	76,05 %	0,0763
Inactividad física	64,90%**	76,39 %	0,0302
Tabaquismo	22,20%**	40,03 %	0,0002
Consumo problemático de alcohol	8,40%**	44,00 %	<0,0001
HTA	34,60%**	26,40 %	0,1430
Dislipemia	28,90%**	15,30 %	0,0110
DM2	12,70%**	13,90 %	0,7610

Nota: *resultados referidos por mediciones objetivas; ** resultados por autorreporte.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Si bien las posibilidades económicas influyen sobre la selección de alimentos, estas no son un condicionante para una alimentación saludable. Entre otras intervenciones es necesario un etiquetado de alimentos claro para toda la población.

La falta de actividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial) (6). Está demostrado que, cuando no se logra cumplir con las recomendaciones de actividad física por edad sugeridas por la OMS, repercute considerablemente en la salud general de la población y en sus factores de riesgo. A nivel mundial, más del 25% de los adultos no alcanza un nivel de actividad física suficiente, es decir que aproximadamente 1,4 mil millones están en riesgo de desarrollar ECNT y de morir de manera prematura por esta causa (7). El incremento de este indicador expresa la necesidad de profundizar las políticas públicas para promover la actividad física en toda la población, con un enfoque inclusivo. Son necesarias gestiones a favor del transporte activo, entornos laborales y escolares físicamente dinámicos y propuestas de actividad física, deporte y recreación en espacios comunitarios (1). En el estudio sobre la isla se observan dificultades geográficas para el acceso a los recursos; la mayor parte de las personas se abastece episódicamente en el continente, ya que tienen espacios de almacenamiento suficientes para no tener que movilizarse frecuentemente. Esto, sumado al uso de tecnologías como método de entretenimiento y de comunicación, genera un estilo de vida sedentario.

En relación a los valores de presión arterial en las personas con diagnóstico de HTA el resultado podría deberse a varias causas, entre ellas, a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Se ha visto que una buena adherencia está asociada a mayor control de PA (8). Por su parte, la falta de ejercicio regular, control de peso, una dieta con alto conteni-

do de sodio, podrían contribuir a un mal control de la PA, así como una falla en la automedición de PA (9,10).

En Argentina, el 80% de las personas con DT2 presentan sobrepeso u obesidad, y del total de personas que padecen obesidad, 20% tiene DT2; lo referido aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones por hiperglucemia crónica (11). El consumo de tabaco es un factor de riesgo presente en 6 de las 8 principales causas de muerte en el mundo (12), razón por la cual sería importante la implementación de estrategias para la cesación tabáquica en esta población (13). Entre las ENFR de 2013 y 2018 se observó un descenso de casi 3 puntos porcentuales, acompañando las tendencias internacionales. Aunque la isla no cuenta con datos del consumo de tabaco previos a la realización de este trabajo, es evidente que la implementación de las políticas de prevención no es suficiente en un área periférica como es este territorio (1).

Conclusión

En la isla, a pesar de que gran parte de la población posee árboles frutales, huertas y la proximidad del río para abastecerse de alimentos prácticamente gratuitos, muy pocos llegan a cumplir con las recomendaciones diarias. El cambio en el patrón alimentario y en el modo de vida evidenciado en los últimos años en las grandes ciudades pareciera haber alcanzado a los pequeños pueblos rurales, como la Isla Santiago. Sin embargo, resulta llamativo que, a pesar de contar con una única unidad sanitaria, fue mayor el porcentaje de controles y tratamientos médicos en los habitantes de la isla con respecto a lo observado en la 4.ª ENFR, lo que indica que se trataría de una población atenta a su salud y predispuesta a mejorarla. Si bien se presentaron características demográficas favorables, la prevalencia de inactividad física fue similar a la observada en el resto del país. Es por esto que no sorprende que la

prevalencia de hipertensión arterial, el exceso de peso y la diabetes sigan la tendencia evidenciada a nivel nacional. Si bien no se demostró lo mismo con respecto a la dislipemia, esto podría deberse a la metodología del trabajo. Con respecto al tabaquismo y al consumo problemático de alcohol, se encontraron resultados superiores para ambas variables, en comparación con la 4.ª ENFR. Asimismo, da la impresión de ser una comunidad en expansión, permeable a cambios que puedan influir positivamente en ella. Uno

de los aspectos que más se destaca de la realización de este trabajo al momento del trabajo de campo fue la predisposición de las personas del ámbito local a participar. A pesar de que, al compararlos con la ENFR, los resultados pueden parecer poco alentadores, la isla aparece como un terreno ideal para implementar proyectos que apunten a modificar hábitos y a construir desde la comunidad. Siendo una población relativamente joven, en expansión, sería un momento adecuado para realizar intervenciones. **RAM**

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
2. Municipalidad de Ensenada. Plan de Ordenamiento Urbano y Territorial y Estrategias de Desarrollo Local del Partido de Ensenada. 2010. 42-47. Disponible en: <http://mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-loc/BUENOSAIRES/Plan-Ordenamiento-Urbano-Territorial-y-estrategias-de-desarrollo-local-Ensenada.pdf>
3. Santarsiero L, Lucci M. Proyecto Promocional de Investigación y Desarrollo Sociabilidad, politicidad y economía en Isla Santiago. Hacia una caracterización socio espacial del territorio. *Isla Santiago, Ensenada* 2018; 6:11-4. Disponible en: <https://www.conicet.gov.ar/isla-santiago-historias-sobre-una-lengua-de-tierra-en-el-rio-de-la-plata/>
4. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Base de datos de los Censos correspondientes a 1991, 2001, 2010. INDEC 2010 Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>
5. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18.ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29.ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983, 41.ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, 48.ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996, 52.ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000, Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington, 2002, Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio, 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINKI_2013.pdf
6. World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44441>
7. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health* 2018;6:1077-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18303577>
8. Padwal R, Padwal R, Campbell NRC, et al. Optimizing observer performance of clinic blood Pressure measurement: a position statement from the Lancet Commission on Hypertension. *Rev Panam Salud Pública* 2020;15:44-88. Disponible en: doi: 10.26633/RPSP.2020.88. PMID: 32684918; PMCID: PMC7363287
9. Arocha Rodulfo JI. Sedentarism, a disease from XXI century. *Clínica e investigación en arteriosclerosis* 2019;31:233-40. Disponible en: doi:10.1016/j.artere.2019.04.001
10. Alejandro M, Delucchi CR, Majul A, et al. Estudio RENATA 2. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. *Rev. Argentina de Cardiología* 2017;85:354-60. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
11. Sociedad Argentina de Diabetes. Guías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2016;50:64-90
12. World Health Organization. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. *Organización Mundial de la Salud* 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43891>
13. Ley 26.687. Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Deróganse las Leyes N° 23.344 y su modificatoria Ley N°24.044, 2011. Disponible en: [//servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/1800-00-184999/183207/nora.htm](https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/1800-00-184999/183207/nora.htm)
14. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. *Ministerio de Salud, Argentina* 2020. Disponible en: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
15. Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Área de Consensos y Normas. *Rev Argent Cardiol* 2018;86:1-49
16. Sociedad Argentina de Diabetes. Guías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2016;50:64-90

ANEXO 1

METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA

Respuesta general por grupo familiar:

- Edad y escolaridad: de todas las personas que, al momento de la entrevista, vivían en el domicilio.
- Tenían huerta: aquellos que refirieron que consumían al menos un alimento cultivado en su domicilio.
- Compra de productos alimenticios no procesados fuera de la isla.
- Crianza de animales y pesca para consumo.
- Consumo de agua del hogar, su fuente y tipo de intervención para consumirla.
- Consumo de diferentes tipos de alimentos, su porción y frecuencia (azúcar, sal, y frutas y verduras) (14).

Respuesta personal:

- Hipertensión arterial: se registró como "sí" a aquellos individuos que tenían diagnóstico establecido de hipertensión arterial. Se registró como "no" a aquellos individuos que, en el último año, tenían al menos un registro de tensión arterial, que descartaba hipertensión arterial. Se registró como "desconoce" a aquellos individuos que en el último año no se habían realizado al menos un control. Se consideró en tratamiento a aquellos que estaban recibiendo uno o más fármacos antihipertensivos (15).
- Dislipemia: se registró como "sí" a aquellos con diagnóstico establecido de dislipemia. Se registró como "no" a aquellos que, en los últimos 10 años, tenían un lipidograma que descartara dicha patología. Se registró como "desconoce" a aquellos que en los últimos 10 años no se habían realizado un lipidograma sanguíneo. Se consideró en tratamiento a aquellos que estaban recibiendo uno o más fármacos hipolipemiantes.
- Diabetes: se registró como "sí" a aquellos con diagnóstico establecido de diabetes. Se registró como "no" a aquellos que en los últimos 5 años tenían una glucemia en ayuno que descartara dicha patología. Se registró como "desconoce" a aquellos que, en los últimos 5 años, no se habían realizado una glucemia en ayuno, independientemente de los resultados del examen físico posterior. Se consideró en tratamiento a aquellos que estaban recibiendo uno o más fármacos para diabetes (16).
- Tabaquismo: se definió como tabaquista a quienes fumaron más de cien cigarrillos en toda su vida. Se registró como "consumo actual" a aquellos que continuaron fumando hasta el día de realización de la encuesta.
- Alcohol: se registró sólo el consumo problemático. Consumo regular de riesgo: más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días. Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol: definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días. Se definió como trago: 125 ml de vino, 300 ml de cerveza o 40 ml de bebida blanca, 75 ml de aperitivos o licores, o sus equivalentes en graduación alcohólica.
- Actividad física: se registró en tres niveles teniendo en cuenta lo siguiente: nivel bajo o sin actividad reportada o no incluido en niveles medio o alto; nivel medio o cumplía con alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de actividad física vigorosa, al menos 20 minutos, o 5 o más días de actividad física moderada o caminata acumulando al menos 30 minutos, o 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física a intensidad

moderada, actividad física a intensidad vigorosa) acumulando al menos 600 METs-minuto por semana; nivel alto o cumplía con alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de actividad física a intensidad vigorosa acumulando al menos 1500 METs-minuto por semana, o 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física moderada, actividad física vigorosa) acumulando al menos 3000 METs-minuto por semana. Los METs (equivalente metabólico) semanales se calcularon utilizando la siguiente fórmula:

METs totales por semana = (3,3 x minutos totales por semana de caminata) + (4 x minutos totales por semana de actividad física moderada) + (8 x minutos totales por semana de actividad física vigorosa) (1).

Metodología de examen físico

El peso corporal se midió en kilogramos, la talla corporal se midió sin calzado con tallímetro portátil inextensible marca Mednib® y se expresó en metros.

La tensión arterial se tomó luego de diez minutos de reposo, con el individuo sentado con la espalda apoyada sobre el respaldo de la silla, manteniendo el brazo a la altura del corazón, con manguito acorde al IMC del paciente, con tensiómetro digital calibrado marca Omron®. Se consideró registro elevado de TA a toda medición mayor o igual a TAS 140 mm Hg y/o TAD 90 mm Hg (15).

La glucosa capilar se obtuvo mediante digitopunción con lanceta estéril y se utilizó glucómetro marca Accu-Check® modelo Guide. Se registró en mg/dl. Si bien la glucemia capilar no está validada para diagnóstico de diabetes, nos pareció oportuno realizar esta evaluación por la sencillez del método y porque inferimos que gran parte de la población de la isla no realizaba controles periódicos de salud.