

<https://doi.org/10.48061/SAN.2022.23.2.86>

## **PESQUISA DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN ADULTOS EN ISLA SANTIAGO, BUENOS AIRES**

### ***SURVEY OF DIETARY HABITS AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADULTS OF ISLA SANTIAGO, BUENOS AIRES***

Karina Skop<sup>1,3</sup>, Ornela Caruso<sup>1</sup>, Macarena Martínez Crespo<sup>1</sup>, Natalia Nardelli<sup>1</sup>, María Amelia Linari<sup>1</sup>, Débora Chan<sup>2</sup>, Mariana Estevez<sup>3</sup>, Pilar Llanos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Carrera de Especialista en Nutrición, Instituto Universitario Facultad de Medicina, Fundación Barceló, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Docente universitaria, titular de estadística; UBA-UTN

<sup>3</sup> Secretaría de Salud Municipio de Ensenada

Correspondencia: María Amelia Linari

E-mail: marimelina@yahoo.com

Presentado: 21/01/22. Aceptado: 04/04/22

#### **RESUMEN**

**Introducción:** Existe evidencia acerca de la estrecha relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles, los hábitos alimentarios y la actividad física. Sobre el marco de los resultados de la 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), se buscó un territorio isleño de la provincia de Buenos Aires, donde se suponía que el modo de vida podría influir positivamente.

**Objetivos:** analizar la frecuencia de hábitos, la frecuencia de patologías crónicas y la relación entre estas; asumiendo que un estilo de vida alejado de las grandes ciudades llevaría a hábitos más saludables, y con ello, a mejores indicadores de salud.

**Material y métodos:** Estudio de prevalencia. Pesquisa casa por casa sobre 42 hogares en Isla Santiago, donde se aplicó una encuesta y un examen físico, el cual incluyó: medidas antropométricas, presión arterial y glucomia capilar.

**Resultados:** La mayoría de las viviendas (71,4%) tenían, al momento de la recolección de datos, árboles frutales o huerta en sus domicilios. Sin embargo, al realizar la comparación con la 4ta. ENFR, los resultados mostraron que se trataba de una población en la que la inactividad física, la mala alimentación y el consumo problemático de alcohol y tabaco superaba la media nacional. Las enfermedades crónicas resultaron con una tendencia similar a la nacional.

**Conclusiones:** Si bien la accesibilidad a los recursos debe considerarse un elemento importante, esta característica se suma a otros por factores asociados como los socioculturales, la publicidad y aspectos sobre educación para la salud. Se destaca la importancia de trabajar profundamente en los hábitos poblacionales, así como hacer énfasis en la necesidad de implementar programas educativos eficientes y con una mirada local.

**Palabras clave:** Factores de riesgo cardiovasculares; enfermedades crónicas no transmisibles; hábitos nutricionales.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** There is evidence about the close relationship between chronic non-communicable diseases, eating habits and physical activity. Based on the results of the 4th National Survey of Risk Factors (ENFR), an island territory in the province of Buenos Aires was sought where it was assumed that the way of life could have a positive influence.

**Objectives:** to analyze the frequency of habits, the frequency of chronic pathologies and the relationship between them; assuming that a lifestyle away from the big cities would lead to healthier habits, and with it, better health indicators.

**Material and methods:** Prevalence study. A house-to-house survey of 42 homes on Santiago Island, where a survey and physical examination were applied, which included: anthropometric measurements, blood pressure, and capillary blood glucose.

**Results:** Most of the dwellings (71.4%) had fruit trees or orchards in their homes at the time of data collection. However, when making the comparison with the 4th ENFR, the results showed that it was a population in which physical inactivity, poor diet and problematic consumption of alcohol and tobacco exceeded the national average. Chronic diseases resulted in a trend similar to the national one.

**Conclusions:** Although accessibility to resources should be considered an important element, this characteristic is added to

others due to associated factors such as sociocultural, advertising and aspects of health education. The importance of working deeply on population habits is highlighted, as well as emphasizing the need to implement efficient educational programs with a local perspective.

**Key words:** Cardiovascular risk factors; chronic non-communicable diseases; nutritional habits.

---

## INTRODUCCIÓN

La localidad 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 de 7 kilómetros en el puerto<sup>1</sup>.

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, lo que permite un crecimiento de especies con raíces que no soportan el permanente encharcamiento. El pajonal, en cambio, ocupa las cubetas interiores, que son áreas deprimidas, con altura del suelo similar o inferior al nivel medio del río, por lo que durante todo el año se mantiene con abundante agua o humedad. La localidad se encuentra distribuida entre estos dos ambientes, motivo por el cual las viviendas se encuentran elevadas sobre estructuras, según la altura del agua por el riesgo de inundación en las frecuentes crecidas del río<sup>1</sup>.

Actualmente, conviven en la Isla dos grupos de personas: aquellos que se autodenominan “isleños”, que son los 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: dos cantinas, una de ellas frecuentada por la población local, la otra orientada al público que visita la isla; tres despensas con productos de almacén, pequeñas e informales, una verdulería local y una ambulante que ingresa a la isla una vez por semana<sup>2,3</sup>.

Las ECNT, representadas por las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas son una epidemia global 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 nuestro país, estas enfermedades son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 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. La Isla Santiago Oeste, a la fecha de la pesquisa, no cuenta con ningún tipo de registro de la población en general, ni de salud en particular; lo mencionado resultó disparador en la necesidad de realizar un relevamiento con el objetivo de conocer la población, sus características y la frecuencia de ECNT<sup>4</sup>.

## OBJETIVOS

-Conocer el tipo y frecuencia de alimentos consumidos de la población de adultos residentes en la Isla Santiago, partido de Ensenada, provincia de Buenos Aires.

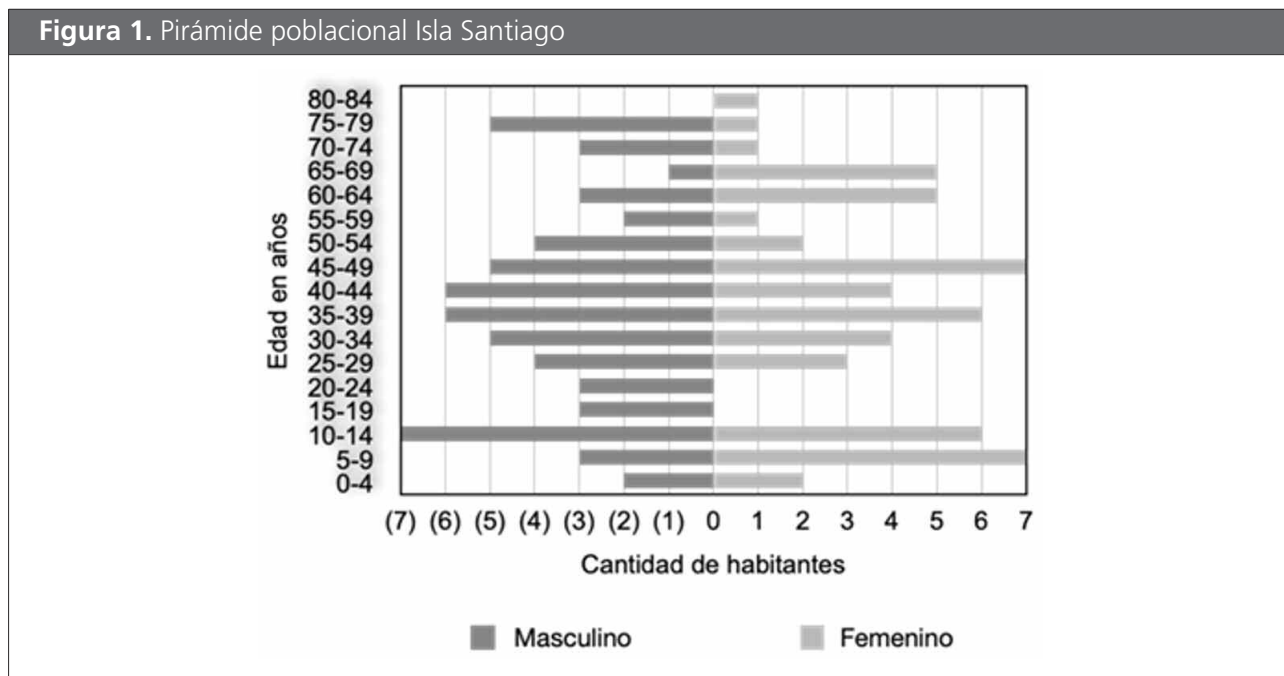
-Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo cardiovasculares y enfermedades crónicas no transmisibles de la Isla Santiago.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de prevalencia, en la isla Santiago, partido de Ensenada de la provincia de Buenos Aires, realizado durante el mes de febrero de 2021, a partir del cual se con-

tabilizó su la población residente.

El total de casas que se constató en la isla fue de 115, de las cuales 68 viviendas se utilizan como casas de fin de semana. Por dicha característica, se tuvieron en cuenta, para este estudio, aquellas familias que habitaban la isla de manera permanente. De un total de 47 hogares, se entrevistaron a 42 de estos, ya que cinco familias se negaron a responder (porcentual de rechazo de respuesta sobre el total de la población permanente: 10,63%). La población de estudio fue de 113 habitantes (figura 1), el análisis de hábitos y consumos de los niños no fue individualizado, sino que se incluyó dentro de los núcleos familiares.



El trabajo de campo consistió en una encuesta hecha de novo por las investigadoras, de tipo semiestructurada, subdividida en dos bloques: uno familiar y otro personal.

El primer bloque fue realizado a un integrante adulto del hogar, quien respondió por todo el grupo familiar la parte general de la encuesta. En este sector, se interrogó sobre habitantes del hogar y tiempo de permanencia en la isla, características y frecuencia de los alimentos que consumían, el método o forma de obtención de estos (pesca, huerta, compras fuera de la isla, etc.). El bloque personal, se realizó 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. Además, 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 descripción en Anexo 1).

### Análisis Estadístico

Para estudiar tensión arterial, se aplicó prueba de Chi cuadrado de Pearson y para describir el resto de las variables se utilizó el test exacto de Fisher. En el análisis correlacional entre variables, se utilizó el test de Wilcoxon para el consumo de frutas y verduras y la presencia de huerta en sus casas. En el análisis sobre obesidad y escolaridad obligatoria avanzada se utilizó test Chi cuadrado de Pearson. En la relación entre IMC y presencia diabetes tipo 2 (DT2), se aplicó test de Fisher.

### Consideraciones éticas

El trabajo se realizó conforme a la metodología antes mencionada y los principios éticos para las intervenciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki<sup>5</sup>. 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), de la Conferencia

Internacional de Armonización (ICH) y la Disposición 6677/10 de ANMAT. Se cumplió con los principios éticos expresados en la Declaración 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<sup>5</sup>. Previo a la realización de cualquier procedimiento relacionado con el estudio, se procedió a la firma de consentimiento informado. Se explicó a los individuos que la participación era voluntaria y anónima, garantizando 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.

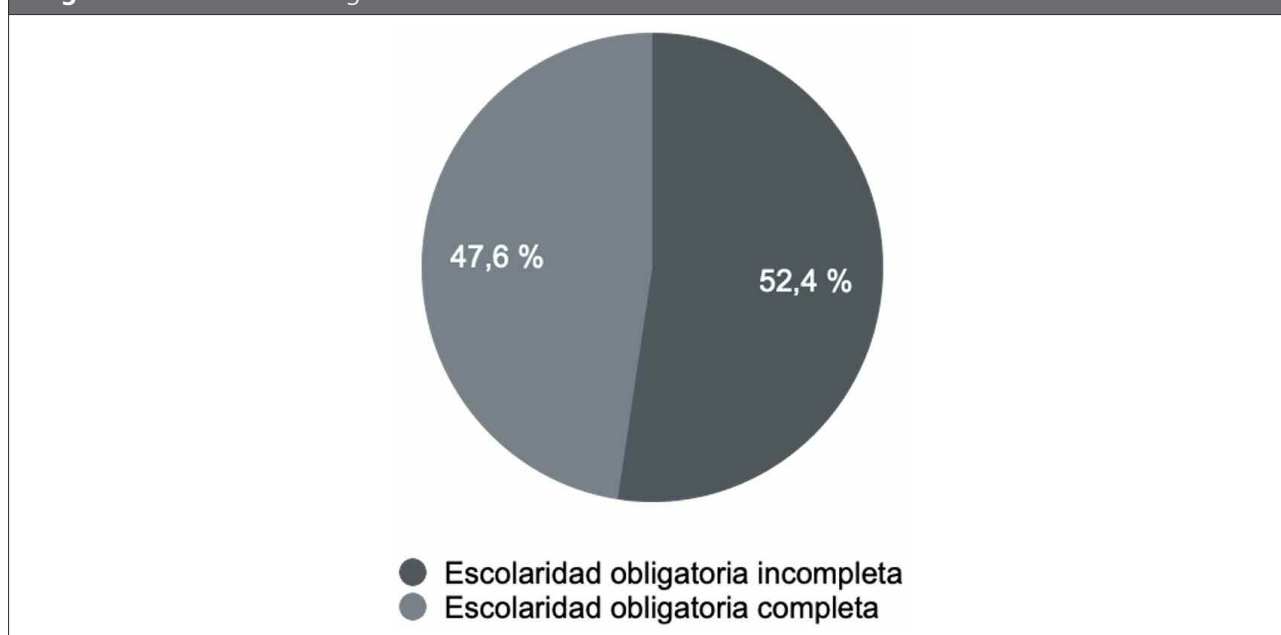
## RESULTADOS

### Características demográficas

Se estudiaron 113 habitantes, entre los cuales 29 eran niños y 84 mayores de 18 años. Las edades de los niños oscilaron entre 8 meses y 16 años (ver distribución en figura 1). El análisis de hábitos de consumo de los niños se incluyó a las características generales que se referían a los núcleos familiares de pertenencia, motivo por lo cual no se individualizaron. Respondieron la encuesta personal 37 mujeres (44,05 %) y 47 hombres (55,95 %). La edad de los participantes osciló entre 20 y 81 años con una media de 47,29, una mediana de 45 y un desvío estándar de 15,58 años.

En relación con el nivel educativo, un dato a destacar es que solo el 48% de la población había finalizado la educación obligatoria, es decir que más de la mitad de la población de la isla no finalizó la escuela secundaria (figura 2).

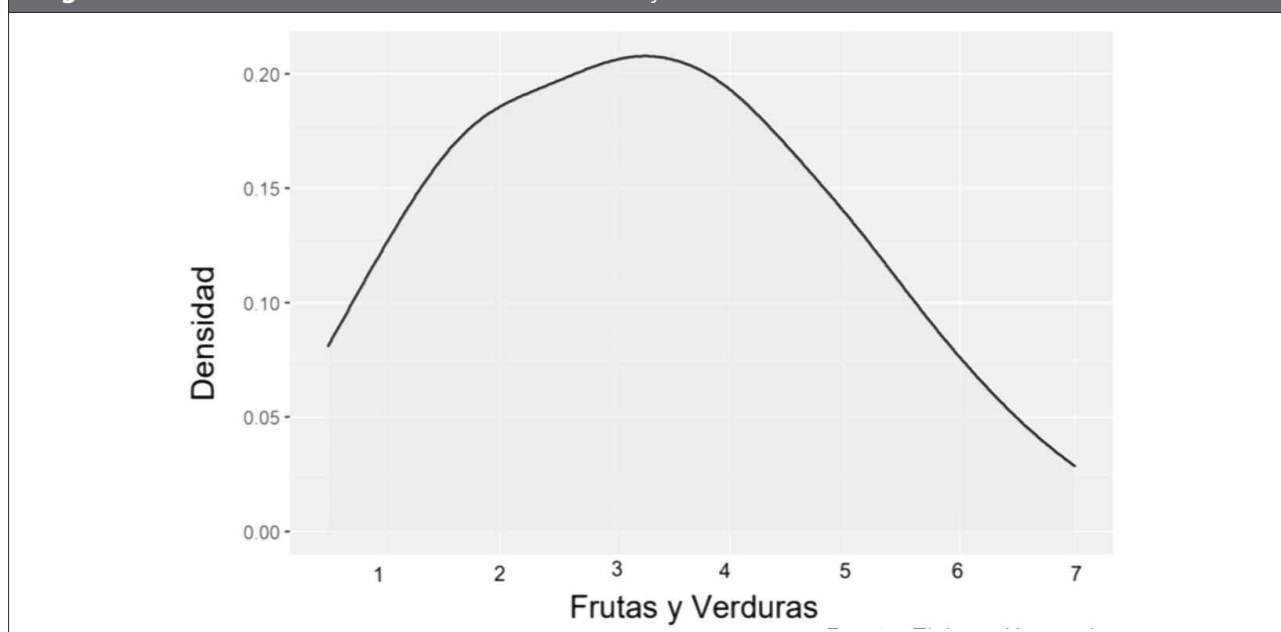
Figura 2. Escolaridad obligatoria



### Hábitos alimentarios

El 64,28% de las familias tenía huerta en su hogar y el 50% tenían en su terreno uno o más árboles frutales. Teniendo en cuenta aquellos que tenían, al menos, uno de los dos mencionados, el porcentaje de huerta propia y/o presencia de árboles frutales ascendía al 71,4%. El promedio en porciones diarias de frutas y/o verduras de consumo de la isla fue de 3,27 por habitante por día, y solo un 23,80% de la población cumplía con la recomendación de cinco o más porciones por día<sup>6</sup>. Si bien la totalidad de los encuestados manifestaron que la situación económica determinaba sus elecciones a la hora de seleccionar los alimentos a consumir, pocos consideraron a sus huertas o árboles frutales como un recurso alternativo y prácticamente gratuito de alimentos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de frutas y verduras entre aquellos que tenían huertas propias y/o árboles frutales y los que no ( $p= 0,12$  y  $0,18$  respectivamente) (figura 3).

**Figura 3.** Distribución de raciones diarias de frutas y verduras



Algo similar ocurrió con la pesca, la mayoría consumía al menos una pequeña porción de carne en todas las comidas, como símbolo casi inequívoco de buena nutrición. Sin embargo, no consideraban el vivir a orillas del río como una ventaja en cuanto a la accesibilidad a una proteína de alto valor biológico y calidad como es el pescado. Solo un 50% manifestó que pescaba, y de estos el 61,9% consumía lo que pescaba. Es decir, el 30,9% de los habitantes de la isla pescaba para consumo propio. Un 26% (11 familias) criaban animales para ser utilizados como fuente de alimento. Cinco de ellas criaban gallinas para su consumo, 5 para utilización de sus huevos y una con ambos fines. Una de las familias tenía conejos, tanto para su consumo como para la venta.

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.

La media del consumo de azúcar referido por los entrevistados fue de 22,48g por día, una mediana de 20g y un desvío estándar de 22,37g. Un 14,29 % consumía cantidades iguales o superiores a 50g diarios, mientras que el 85,71 % consumía menos de ese valor. Si bien este dato pareciera reflejar un bajo consumo de azúcares, la cuantificación referida alude solamente al azúcar agregada a infusiones. Se pudo observar un alto consumo de productos ultraprocesados. Más de la mitad consumía jugos y gaseosas entre 4 y 7 veces a la semana. El 66,6% de los encuestados refirió consumir galletitas entre 4 y 7 veces por semana, algunos hasta tres veces por día.

### **Actividad física**

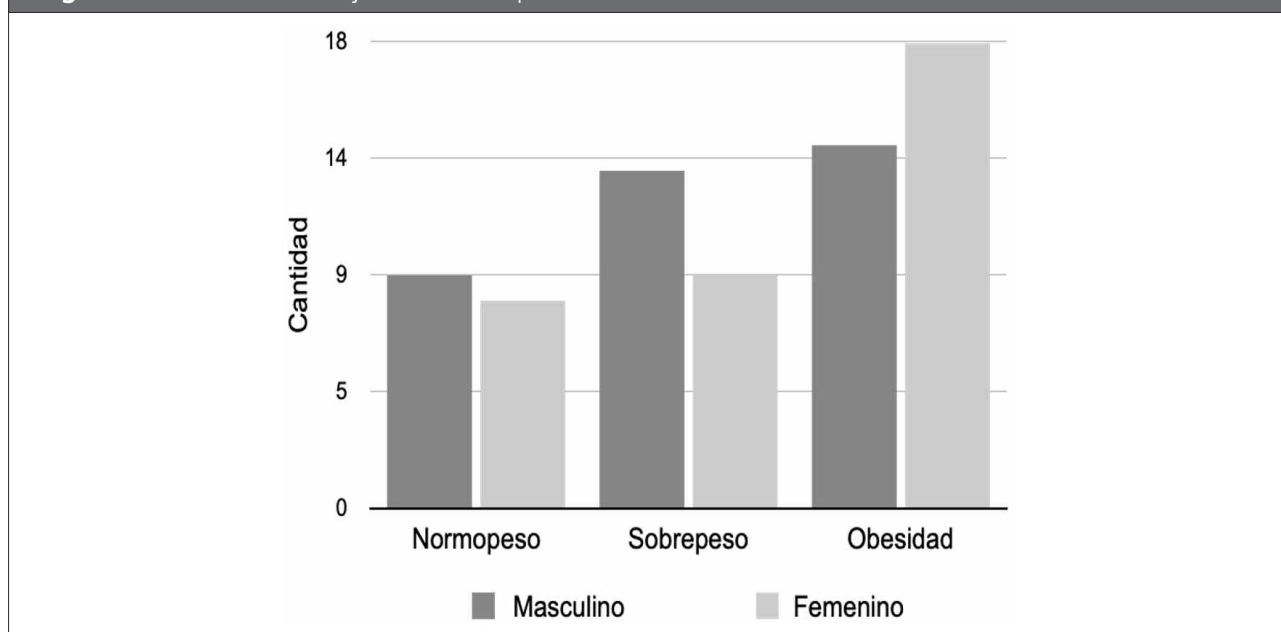
El 76,39% realizaba un nivel bajo de actividad física, el 19,4% actividad media, y solo el 4,2% un nivel alto. Se destaca que se trata de una población rural.

### **Sobrepeso y obesidad**

La prevalencia de sobrepeso por IMC en la isla fue de 30,98% y la de obesidad de un 41,54%. En relación con el exceso de peso, que combina las variables sobrepeso más obesidad, este valor ascendió al 76,05% para los residentes de la isla.

Se tuvo en cuenta, además, la prevalencia de obesidad abdominal evidenciada por circunferencia de cintura (CC), ya que este parámetro es un importante predictor de riesgo cardiovascular (RCV) y complementa al valor del IMC<sup>7</sup>. La prevalencia de obesidad abdominal observada fue de 57,74%, en comparación con el 41,54% correspondiente a obesidad por IMC. Resultó de suma importancia la medición de la CC como marcador de la distribución de la grasa corporal, destacando que muchas veces el valor del IMC puede subestimar el verdadero RCV que presenta el individuo<sup>7,8</sup> (figura 4).

**Figura 4.** Distribución conjunta de IMC por sexo



No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la prevalencia de obesidad ( $p=0,03$ ).

### Hipertensión arterial

Del total de los voluntarios entrevistados, un 88,9% refirió haberse medido presión arterial (PA) al menos una vez en el último año. Este es un dato relevante ya que esta población de estudio solo cuenta con una posta sanitaria. La prevalencia de HTA por autorreferencia de los habitantes de Isla Santiago fue de 26,4%. Por otra parte, 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 informó presentar HTA como antecedente, el 84,21% se encontraba realizando tratamiento farmacológico. 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 y/o PAD). Si bien un registro aislado de PA no es suficiente para realizar diagnóstico de HTA<sup>9</sup>, estos resultados permiten inferir que se podría estar subestimando el real porcentaje de personas que presentan HTA en la Isla Santiago.

### Diabetes

El 83,3% de la población se realizó al menos una medición de glucemia en los últimos 5 años. La prevalencia de DT2 por autorreporte en la población de la isla fue del 13,9%. Un 16,7% refirió desconocer su condición frente a la diabetes.

Del total de las personas que presentó diagnóstico de DT2, el 80% se encontraba realizando algún tipo de tratamiento farmacológico.

La toma de muestra de glucemia capilar al azar se realizó en el 100% de los casos, y no observaron hiperglucemias (glucemias patológicas) en pacientes sin diagnóstico de DT2.

Se pudo observar que todos los individuos con DT2 presentaron exceso de peso, entre los cuales un 40% tenía sobrepeso y un 60% obesidad.

### Dislipemia

La prevalencia de dislipemia autorreferida de la isla fue de 15,3%. En este trabajo de prevalencia un 18,1% respondió que desconocía su situación metabólica, pues no se habían realizado un perfil lipídico en los últimos 10 años. De los individuos que tenían diagnóstico establecido de dislipemia, solo el 36,36% recibía tratamiento farmacológico.

### Tabaquismo

En este análisis la prevalencia de consumo actual de tabaco directo fue del 40,3%.

## Consumo problemático de alcohol

La prevalencia del consumo problemático de alcohol (CPA) en la isla fue de 44%. Al analizar el indicador según variables sociodemográficas, se evidenció una amplia diferencia según sexo, siendo esta de 53,19% en hombres y de 32,42% en mujeres. En cuanto a la edad, el 56% quienes, clasificados dentro de la categoría de CPA, eran adultos de entre 34 y 65 años.

## DISCUSIÓN

En relación con los hábitos alimentarios, resultó llamativo el alto porcentaje de la población estudiada que, a pesar de tener disponibilidad de frutas y verduras, no logró cumplir con las porciones recomendadas según las guías alimentarias de nuestro país<sup>6</sup>, las cuales recomiendan un consumo mínimo de 5 porciones diarias de frutas y/o verduras. Con respecto a la pesca, por tratarse de una zona en la que lo económico limita las elecciones alimentarias, inquieta que no se utilice este recurso tan accesible con mayor frecuencia y regularidad. La isla no tiene carnicerías, ya que no posee un sistema eléctrico capaz de tolerar el correcto funcionamiento de las heladeras, por lo que tanto la compra de carne como el almacenamiento en hogares resulta engorroso. A pesar de esta dificultad, los isleños asisten al continente para abastecerse de su porción de carne diaria, pero en la mayor parte de los hogares se encuentra muy por debajo de las recomendaciones diarias.

En este trabajo se observó un bajo consumo de legumbres, aun cuando estas poseen un valor nutricional indiscutible, de fácil almacenamiento y conservación (necesidad clave en un lugar donde los problemas eléctricos son parte de la cotidianidad). La falta de promoción de su consumo posiblemente genere que se pierda un recurso valioso desde el punto de vista nutricional; sobre todo en poblaciones con dificultades para el acceso a otros tipos de alimentos, y con el consecuente exceso de consumo de almidones. Solo dos hogares consumían legumbres regularmente. En ambos casos, estos núcleos familiares habían vivido previamente en grandes ciudades y se instalaron en la isla en los últimos dos años.

Según la clasificación NOVA<sup>10</sup>, los alimentos ultraprocesados son aquellas formulaciones industriales que contienen 5 o más ingredientes por producto, así como también aquellos que contengan sustancias artificiales utilizados para promover la estética, mejorar la palatabilidad y aumentar la vida útil. El consumo de estos productos aumentó notablemente en las últimas décadas<sup>11,12</sup>. Un metanálisis evaluó la asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y el riesgo, la morbilidad y la mortalidad de enfermedades no transmisibles (N = 891.723). Se pudo observar que el consumo de alimentos ultraprocesados se asoció con un mayor riesgo de sobrepeso, obesidad, obesidad abdominal, mortalidad por todas las causas y síndrome metabólico<sup>13</sup>.

Si bien las posibilidades económicas influyen sobre la selección de alimentos, estas no son un condicionante para una alimentación saludable. Dado que las ECNT tienen asociación con el tipo de alimentación, tanto en Argentina como en el mundo, impera la necesidad de generar políticas públicas tendientes a mejorar tanto la información que llega a los hogares como la disponibilidad de alimentos más saludables. El consumo de alimentos ultraprocesados impacta como interviniente en el aumento exponencial de factores de riesgo cardiovascular y las tendencias reflejadas en las ECNT. Su amplia y rápida distribución, su facilidad de consumo, su palatabilidad adictiva y la libre publicidad de ciertos productos hicieron que estos alimentos hayan reemplazado el consumo de alimentos nutritivos, donde la isla Santiago no es la excepción. Es preciso revisar minuciosamente cuáles son los productos necesarios para garantizar que la población los reciba a un precio asequible; reconsiderar aquellos con excesos de azúcares simples, exceso de sal y grasas saturadas y garantizar el acceso a frutas, verduras, legumbres, semillas y cereales de calidad en la cantidad recomendada por las guías nacionales de alimentación<sup>6</sup>. Hace falta un etiquetado de alimentos claro, entendible para toda la población como también promover un empoderamiento en la selección de estos.

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial)<sup>14</sup>. Esto repercute considerablemente en la salud general de la población y en la prevalencia de ENT (ej.: enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer) y en sus factores de riesgo. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas<sup>14,15</sup>. 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<sup>16</sup>. El incremento de este indicador expresa la necesidad de profundizar las políticas públicas con un enfoque inclusivo y de protección de derechos. En el trabajo realizado en Isla Santiago no se observaron diferencias respecto de los datos nacionales; lo referido es de destacar dado que se trata de una población rural, con escaso acceso de vehículos, en las cercanías del río y con posibilidad de realizar actividades acuáticas.

En países como Argentina, con una rápida urbanización, es necesario poner en marcha políticas poblacionales a favor del transporte activo, entornos laborales y escolares físicamente dinámicos y la participación en propuestas de actividad física, deporte y recreación en espacios comunitarios.

Si bien hay dificultades geográficas para el acceso a los recursos, la mayor parte de las personas se abastece episódicamente en el continente, teniendo espacios de almacenamiento suficientes para no tener que movilizarse frecuentemente. Esto, aunado al uso de tecnologías como método de entretenimiento y de comunicación, genera un estilo de vida sedentario que, sumado a la inactividad física representa un problema mayor en el desarrollo de ECNT. Muchos factores están implicados en este fenómeno, de los que, en la isla, se pudieron identificar aquellos relacionados con el nivel socioeconómico y educativo<sup>17</sup>.

Con respecto a la obesidad la prevalencia de la isla fue significativamente superior a los datos nacionales (41,54% vs. 32,40% datos obtenidos por medición objetiva -4ta. ENFR-)<sup>4</sup>.

Con respecto a la HTA, un 11,1% afirmó no haberse controlado la TA en el último año, por lo que desconocían si padecían o no dicha patología. Este es un porcentaje bajo comparado con estadísticas nacionales. Según el estudio RENATA 2 realizado en la población de Argentina en el año 2016, un tercio de las personas con HTA desconoce su condición<sup>18</sup>.

Del total de personas que informó presentar HTA como antecedente, el 84,21% se encontraba realizando tratamiento farmacológico. Este es un dato para destacar, dado que se trata de un porcentaje superior al observado en el estudio RENATA 2 que fue del 55,5%<sup>18</sup>.

La prevalencia de HTA por autorreferencia de los habitantes de Isla Santiago fue de 26,4%, inferior a la observada en la 4ta. ENFR, en la cual el registro fue del 34,6%<sup>4</sup>. El alto porcentaje de registros elevados de PA entre aquellos con diagnóstico de HTA 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<sup>19</sup>. Por otra parte, la falta de ejercicio regular, el control de peso y una dieta con alto contenido de sodio podrían contribuir a un mal control de la PA, así como a una falla en la auto-medición de PA<sup>18,19</sup>.

En lo que respecta a DT2 es necesario optimizar e intensificar el tratamiento. Al tratarse de una enfermedad crónica y con subdiagnóstico, la falta del mencionado tratamiento aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones por hiperglucemia crónica<sup>20</sup>. Los resultados encontrados en prevalencia de DT2, sobrepeso y obesidad no difieren significativamente de los resultados nacionales y estudios destacados regionalmente como el estudio multietápico sistemático realizado en Venado Tuerto (zona centro de Argentina). Dicho estudio denotó, en un período de 13 años, que la prevalencia de diabetes ajustada por edad y sexo aumentó de 7,7% en 1997 a 10,9% en 2010, la prevalencia de obesidad aumentó un 25,7% y la frecuencia de personas con sobrepeso se incrementó el 13,8%<sup>21</sup>.

Respecto de la prevalencia de dislipemia autorreferida en la isla, el 15,3% resultó con un valor muy por debajo del reportado por la 4ta. ENFR (28,9%)<sup>4</sup>.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo presente en 6 de las 8 principales causas de muerte en el mundo<sup>22</sup>. Aunque la isla no cuenta con datos del consumo de tabaco previos a la realización de este trabajo, es evidente que las implementaciones políticas de prevención no son aún suficientes en un área periférica como es este territorio.

En cuanto al consumo de alcohol en la Isla, resultó una distribución similar a la observada en poblaciones mayores a 5000 habitantes<sup>4</sup>.

Dentro de las limitaciones del estudio, es necesario referir que el periodo de recolección de datos resultó bajo pandemia Covid 19. Si bien la recolección no se correspondió con un periodo de aislamiento estricto, por extenderse durante febrero de 2021, cuando se recorrieron todos los hogares habitados que incluyó a residentes de la Isla Santiago, no se debe subestimar la posibilidad de que algún residente estuviera fuera de la zona de vivienda en esos días. La encuesta realizada de novo informó datos primarios, pertenecientes al momento de la recolección, los cuales pudieron verse influenciados por los tiempos de pandemia. Por tratarse de un estudio de prevalencia y diseño transversal, no se puede referir causalidad sino describir variables, asociarlas y compararlas con otros resultados y/o estudios similares.



## CONCLUSIÓN

Los hábitos alimentarios de la población isleña son equiparables a los de una población urbana, es decir, alimentos altamente energéticos/calóricos, con gran contenido de grasa, azúcar y sal, de bajo valor nutricional, sumado a un alto consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados. A pesar de las características demográficas favorables de la isla, la prevalencia de la inactividad física fue similar a la observada en el resto del país. Como consecuencia de lo anterior, no sorprende que la prevalencia de hipertensión arterial, el exceso de peso y la diabetes continúen con una tendencia similar a los resultados a nivel nacional. Si bien no se demostró lo mismo con respecto a la dislipemia, esto podría deberse a una diferencia metodológica y consecuente limitación del estudio.

Tras analizar los datos obtenidos se puede afirmar que las características del entorno donde viven y se desarrollan las personas no son suficientes para determinar el estilo de vida que llevarán a cabo, el tipo y frecuencia de alimentos que consumirán y la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares y ECNT que se presentarán.

El cambio en el patrón alimentario y 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 datos nacionales, lo que indica que se trataría de una población atenta a su salud y predispuesta a mejorarla. Asimismo, impresiona ser una comunidad en expansión, permeable a cambios que puedan influirla positivamente.

Con respecto al tabaquismo y consumo problemático de alcohol, se encontraron prevalencias ampliamente superiores para ambas variables, en comparación con la 4ta. ENFR. Es de apreciar que, en todos los puntos analizados, la promoción y la educación para salud podrían ocupar un rol central en disminuir los indicadores de morbilidad. De las estrategias incluidas, es posible que la poca accesibilidad a tratamientos para la cesación tabáquica, así como la carencia a grupos de apoyo, a la información y educación para la salud, sean determinantes en la alta prevalencia, mostrando una brecha significativa de oportunidades para la intervención. Esto, sumado a la implementación de políticas públicas inclusivas con una mirada de ampliación y equidad sobre derechos, representa un escenario sobre el cual existen múltiples oportunidades de intervención.

## Declaración de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. 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>
2. 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; 6:11-14. Disponible en:<https://www.conicet.gov.ar/isla-santiago-historias-sobr-e-una-lengua-de-tierra-en-el-rio-de-la-plata/>
3. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Base de datos de los Censos correspondientes a 1991, 2001, 2010.2010. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>
4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 4º ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2019. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0\\_000001622cnt-2019-10\\_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0_000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf)
5. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 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 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. 2013. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI\\_2013.pdf](http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf)
6. 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](https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf)
7. Després JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001; 322:716–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.716>
8. Apovian CM, Aronne LJ, Bessonon DH, McDonnell ME, Hassan Murad M, Pagotto U, Ryan HD. Guidelines on Pharmacological Ma-

- nagement of Obesity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100 (2):342-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jc.2014-3415>
9. Sociedad Argentina de Cardiología - Federación Argentina de Cardiología - Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Área de Consensos y Normas – *Rev Argent Cardiol.* 2018; 86 (2):1-49
  10. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Costa Louzada ML, Pereira Machado P. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, FAO, 2019. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/card/es/c/CA5644EN/>
  11. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng, SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2019; 14(2), 21–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12107>
  12. Juul F, Hemmingsson E. Trends in consumption of ultra-processed foods and obesity in Sweden between 1960 and 2010. *Public health nutrition.* 2015; 18(17), 3096–3107. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1368980015000506>
  13. Lane MM, Davis JA, Beattie S, Gómez-Donoso C, Loughman A, O'Neil A, Jacka F, Berk M, Page R, Marx W, Rocks T. Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2021; 22(3):131-146. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.13146>
  14. 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>
  15. World Health Organization (WHO). Global Health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2010 Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_diseases/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseases/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
  16. 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(10): 1077-1086. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18303577>
  17. Arocha Rodulfo J I. Sedentarism, a disease from XXI century. *Clínica e Investigación En arteriosclerosis* 2019; 31(5): 233–240. Disponible en: [doi:10.1016/j.artere.2019.04.001](https://doi.org/10.1016/j.artere.2019.04.001)
  18. Alejandro M, Delucchi CR, Majul A, Vicario GH, Cerezo G. Estudio RENATA 2. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. *Rev Argentina de Cardiología.* 2017; 85 (4):354-360 Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
  19. Padwal R, Padwal R, Campbell NRC, Schutte A, Olsen MH, Delles C, Etyang A, Cruickshank J. K, Stergiou G, Rakotz MK, Wozniak G, Jaffe MG, Benjamin I, Parati, G, Sharman, James E. 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](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.88). PMID: 32684918; PMCID: PMC7363287.
  20. Sociedad argentina de diabetes. Guías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes.* 2016; 50 (2): 64-90.
  21. Vilariño J, González C, Grancelli H, Damiano M, Frechtel G, Costa-Gil J, Ranalli C, Fox A, Tesone C, Sereday M. Aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en la zona central de Argentina (1997-2010): Un estudio multietápico sistemático de base demográfica. *Estudio Venado Tuerto 2. Revista. ALAD.* 2014; 4(22):140-147.
  22. 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>