

Editorial

Estimados lectores y colaboradores de *RIUS*, el equipo editorial de la revista tiene el agrado de presentar a la comunidad el quinto volumen. Queremos agradecer el acompañamiento de cada estudiante, académico, director y de nuestro decano en este sueño compartido, donde vemos a nuestros alumnos crecer y expandirse profesionalmente a través de la investigación y publicación científica. Juntos estamos logrando nuestra meta, que *RIUS* sea una plataforma académica donde la pasión por la salud y la ciencia se transformen en contribuciones tangibles para la sociedad.

En el presente volumen, Lopes Amaral y Gómez incursionan sobre la efectividad de medidas preventivas de broncoaspiración en pacientes internados en un hospital privado de San Pablo. Lima do Nascimento y Herrera investigan la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres sintomáticas atendidas en centros de salud en el estado de Pará. Prates Flies evalúa la prevalencia de depresión en adultos de la ciudad de Montes Claros. Genzelis y Gómez hacen una lectura de la relación entre hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad en pacientes diabéticos tipo 2 que consultaron en un hospital de Paraná. Fontana y Otero estudian la relación entre el consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular en adultos que asisten a gimnasios en Crespo. Torrontegui Santín expone sobre la prevalencia de insomnio en una población adulta de una localidad de Entre Ríos. Por último, Schinke y Padilla Pavón nos muestran fuentes de información sobre nutrición y su influencia sobre las decisiones en la alimentación.

Con gratitud y entusiasmo,

Dra. Paola Luciani Reynoso
Editora de *RIUS*

Índice

Editorial	i
Índice	ii

ARTÍCULOS

1. <i>Efectividad de medidas preventivas de broncoaspiración en pacientes internados en un hospital privado de São Paulo, Brasil,</i> por Ana E. Lopes Amaral y Marisa I. Gómez	1
2. <i>Prevalencia de vulvovaginitis en mujeres sintomáticas en centros de salud de Curuça, Mutucal y Abade, estado de Pará, Brasil,</i> por Rebeca Lima do Nascimento y Melina E. Herrera	13
3. <i>Prevalencia de depresión en adultos de la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil,</i> por Ellen Prates Flies.....	21
4. <i>Hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad en pacientes diabéticos tipo 2 que consultaron en un hospital de Paraná, Entre Ríos, Argentina,</i> por Mariana C. Genzelis y Marisa I. Gómez.....	35
5. <i>Relación entre el consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular en adultos que asisten a gimnasios en Crespo,</i> por Verónica B. Fontana y Jesica Otero	51
6. <i>Prevalencia de insomnio en una población adulta de una localidad de Entre Ríos,</i> por Miriam Torrontegui Santín.....	63
7. <i>Fuentes de información sobre nutrición y su influencia en la toma de decisiones en la alimentación,</i> por Flavia M. Schinke e Ivón J. Padilla Pavón	73

ARTÍCULOS

1. Efectividad de medidas preventivas de broncoaspiración en pacientes internados en un hospital privado de São Paulo, Brasil*

Effectiveness of bronchoaspiration preventive measures in patients admitted in a private hospital of São Paulo, Brasil

Ana Eliza Lopes Amaral

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
ae.lopes@yahoo.com.br

Marisa Ileana Gómez

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
marisa.gomez@uap.edu.ar

Recibido: 10 de junio de 2024

Aceptado: 1 de julio de 2024

Resumen

Introducción. La aspiración broncopulmonar se destaca como la causa más importante de muerte en los hospitales, ocupando el segundo lugar en los eventos adversos relacionados con óbitos de Brasil. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad de las medidas preventivas para broncoaspiración en pacientes internados en unidades de internación y terapia intensiva de un hospital de São Paulo entre abril y diciembre de 2021 y abril y diciembre de 2022.

Metodología. Se realizó un estudio con un diseño cuasi experimental. Se recolectaron datos de los pacientes que fallecieron por evento de broncoaspiración entre los meses de abril y diciembre de los años 2021 y 2022. Durante marzo de 2022, se entrenó y capacitó al equipo multiprofesional de las unidades de internación y terapia intensiva. También se hizo una actualización del protocolo de broncoaspiración. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, sala de internación, pulsera de identificación de riesgo, elevación de la cabecera a 30° o 45° y factores de riesgo para broncoaspiración.

Resultados. La muestra estuvo conformada por 71 pacientes que fallecieron por evento de broncoaspiración entre los meses de abril y diciembre de 2021 y 12 pacientes fallecidos en el mismo periodo de 2022. Con respecto a la cabecera, en el año 2021 el 26,1 % (n = 18) de los pacientes que fallecieron tenían su cabecera colocada a 45°, mientras que en el año 2022 el 100 % (n = 12) de los pacientes la tenían a 45° ($p = 0,003$). El 55 % (n = 39) de los pacientes en el año 2021 presentaban la pulsera de identificación de riesgo; durante el año 2022, el 100 % (n = 12) de los pacientes ($p = <0,001$) la tenían.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Conclusión. Se concluye que la aplicación de medidas preventivas como elevación de la cabecera a 45° y el uso de la pulsera de identificación lleva a una disminución de los eventos adversos relacionados con la broncoaspiración.

Palabras claves

Broncoaspiración — Medidas preventivas — Óbitos

Abstract

Introduction. Bronchopulmonary aspiration stands out as the leading cause of death in hospitals, ranking second in adverse events relating to deceases in the country. The objective was evaluating the effectiveness of preventive measures for bronchoaspiration in patients admitted in hospitalization and intensive care units of a hospital of São Paulo in April through December, 2021, and in April through December, 2022.

Methodology. A study was made of quasi-experimental design. Data was collected from patients that died from bronchoaspiration event during April through December of 2021 and 2022. During March of 2022, it was carried out training and coaching of the multiprofessional team of hospitalization and intensive care units, and the bronchoaspiration protocol was updated. Variables analyzed: gender, age, hospitalization unit, risk identification bracelet, 30° or 45° elevation of the top end of the bed, and bronchoaspiration risk factors.

Results. The sample was made up by 71 patients that died by a bronchoaspiration event in the months of April through December 2021, and 12 patients during the same period in 2022. Regarding the top end of the bed, in the year 2021, 26,1% (n=18) of patients that died had their top end set at 45°, while in the year 2022, 100% (n=12) of patients had it at 45° (p=0,003). Patients wearing the risk identification bracelet were 55% (n=39) in 2021, and 100% (n=12) in 2022 (p=<0,001).

Conclusion. It is concluded that preventive measures like elevation of the top end of the bed to 45° and the use of identification bracelet leads to a decrease of adverse events related to bronchoaspiration.

Keywords

Bronchoaspiration — Preventive measures — Deceases

Introducción

La aspiración pulmonar se define como la inhalación del contenido de la orofaringe o del estómago hacia el tracto respiratorio inferior (1). Esta se relaciona con factores predisponentes de los pacientes, entre ellos, la disfagia, que es un síndrome caracterizado por la dificultad o incapacidad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos. En especial, cuando la disfagia es orofaríngea, impacta en el estado nutricional e hídrico del paciente o, incluso, puede generar cuadros más graves como la neumonía aspirativa (2).

El envejecimiento está acompañado de distintos cambios en el cuerpo, sobre todo en el sistema

nervioso y la masa muscular. En la región orofaríngea, “dichos cambios pueden predisponer a disfagia, como pérdida de fuerza de la mandíbula, disminución de producción de saliva, alteraciones en la dentición, así como un aumento del tejido conectivo y graso en la lengua, que afectan la fase oral de la deglución” (3). A medida que envejecemos, hay un aumento en la prevalencia de la disfagia. Cichero (4) describió una tasa entre el 10-20 % de dificultad para tragar en las personas mayores de 65 años; además, se observa un aumento de la prevalencia del síndrome especialmente en los pacientes con trastornos neurológicos como la enfermedad

de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer y los que sufrieron accidentes cerebrovasculares debido al impacto que tales condiciones ofrecen a la vida del paciente (3,12-13).

Según estudios, la disfagia orofaríngea y la neumonía pueden estar presentes en la fase aguda posterior a un accidente cerebrovascular (ACV) en hasta un 50 % y 30 % de los pacientes respectivamente. Esos pacientes tienen riesgo aumentado de hasta siete veces más de susceptibilidad de desarrollar neumonía aspirativa de acuerdo con los datos aportados por la American Heart Association y la American Stroke Association (4,5). “Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, cerebrovasculares y los ancianos frágiles son los colectivos más vulnerables” (4) para desarrollar complicaciones relacionadas con la disfagia. Las complicaciones más conocidas son la desnutrición, la deshidratación y una mayor vulnerabilidad para la neumonía y la broncoaspiración, todas ellas graves y de importante morbimortalidad (6).

Además de factores de riesgo como la edad, la fragilidad y las enfermedades neurológicas, también se debe tener en cuenta a los pacientes intubados (que necesitan cuidados específicos con la higiene oral, control de la presión del cuff, etc.) y los hospitalizados en las unidades de internación (UI) y de terapia intensiva (UTI), ya que presentan riesgo aumentado de hacer cuadros aspirativos (7). La neumonía aspirativa en el ambiente hospitalario es un evento adverso relacionado con la asistencia de la salud que puede llevar a complicaciones graves como el síndrome de Mendelson (neumonitis por aspiración de contenido gástrico estéril), la neumonía infecciosa asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) o el síndrome de distrés respiratorio, que prolongan la estancia hospitalaria de los pacientes, aumentan los costos hospitalarios

y también contribuyen significativamente a la morbilidad y la mortalidad (7-9).

La identificación precoz de factores de riesgo en estos pacientes, la evaluación de la disfagia y la utilización de medidas preventivas cumplen un importante rol en la reducción de la incidencia de broncoaspiración en los pacientes internados (1,3).

Entre los meses de octubre de 2021 y septiembre de 2022, en São Paulo, Brasil, fueron notificados 67 casos de óbitos relacionados con la broncoaspiración, ocupando el segundo lugar de los óbitos relacionados con eventos adversos (EA) notificados en el Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) de la Agência Nacional de Vigilância Sanitária (10).

La neumonía aspirativa se clasifica como una de las quince principales causas de óbito en los adultos con más de 65 años de los EUA, según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Es necesario tener en cuenta, además, que cuanto mayor es la edad del individuo, mayor es el riesgo de términos desfavorables, sobre todo cuando la persona presenta disfagia orofaríngea (12-13).

Comparado con el estudio de Tanner (11), durante los meses de agosto de 2019 y julio de 2020, Brasil presentó en los hospitales de São Paulo y del país 86 óbitos relacionados con la aspiración broncopulmonar, ocupando el segundo lugar de los eventos adversos relacionados con óbitos del país. Esto llama la atención hacia la importancia y el impacto de la prevención y del manejo del riesgo de la broncoaspiración en los pacientes internados.

Debido a que la broncoaspiración es un evento adverso que puede tener graves consecuencias y generar un aumento de los costos hospitalarios y personales, y que, a su vez, puede ser prevenido, se decidió en este estudio analizar la efectividad de las medidas preventivas para la broncoaspiración.

Objetivos

El objetivo general del presente trabajo fue evaluar la efectividad de las medidas preventivas para la broncoaspiración en pacientes internados en las UI y las UTI de un hospital de São Paulo

entre abril y diciembre del año 2021 y abril y diciembre de 2022.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: (1) establecer la cantidad de óbitos por broncoaspiración en el periodo comprendido entre abril y

diciembre de 2021 y 2022; (2) identificar factores de riesgo para la broncoaspiración en los pacientes que fallecieron por este evento adverso, y (3) evaluar la efectividad del uso de la elevación

de la cabecera a 30° o 45° y la utilización de la pulsera de identificación de riesgo de aspiración como medidas preventivas a través de los óbitos relacionados con la broncoaspiración.

Metodología

Este estudio fue realizado en el Hospital Adventista de São Paulo en São Paulo, Brasil, entre los meses de abril de 2021 y diciembre de 2022. Se realizó un estudio con un diseño cuasi experimental.

Para realizar este trabajo, se contó con la autorización de la dirección del hospital y con el consentimiento informado de los pacientes para uso de datos de la historia clínica (cláusula sexta del contrato de servicios). También cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata con la Resolución CEI n.º 74/23.

Fueron evaluadas las historias clínicas de todos los pacientes con edad igual o superior a 18 años que fallecieron por broncoaspiración entre los meses de abril y diciembre de 2021 y abril y diciembre de 2022 en las UI y las UTI. Durante todo el mes de marzo de 2022, se entrenó y capacitó al equipo multiprofesional de las UI y las UTI. También se hizo una actualización del protocolo de broncoaspiración. Se excluyeron los pacientes que no tenían la historia clínica completa con toda la información requerida para este trabajo.

Los datos recolectados de las historias clínicas fueron los siguientes: edad, sexo, causa de fallecimiento, factores de riesgo para broncoaspiración y medidas preventivas para broncoaspiración. Los

factores de riesgo para broncoaspiración son el sondaje nasointestinal (SNE) o nasogástrico (SNG); la intubación endotraqueal o traqueostomía (IOT o TQT) y el tiempo de ventilación mecánica; los antecedentes de disfagia o disartria; la fragilidad (ancianos de edad muy avanzada, síndrome de inmovilidad); la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD); el ACV isquémico o hemorrágico, y la sala de internación (UI o UTI).

En cuanto a las medidas preventivas para broncoaspiración, las que se pudieron analizar en las historias clínicas fueron (1) la elevación de la cabecera en 30° o 45° y (2) la identificación de riesgo para broncoaspiración. Las otras medidas preventivas —como cuantificación de residuo gástrico, higiene oral e identificación y medición del SNE— no se pudieron analizar debido a la falta de información en las historias clínicas.

La información se recolectó a través de una planilla creada para tal fin. Los pacientes fueron identificados mediante un código para mantener su anonimato. Para el análisis estadístico, se utilizó el software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) y se aplicaron las pruebas de chi cuadrado y T de Student con un nivel de significancia de $p \leq 0,05$.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 83 pacientes que fallecieron por evento de broncoaspiración entre los meses de abril y diciembre; 71 pacientes corresponden al año 2021 y 12 pacientes, al año 2022.

En el año 2021, el 59,2 % ($n = 49$) eran del sexo femenino y el 40,8 % ($n = 29$), del sexo masculino;

en el año 2022, el 58,3 % ($n = 7$) eran del sexo femenino y el 41,7 % ($n = 5$), del sexo masculino ($p = 0,957$). La edad media de los pacientes en 2021 es de 81 años; en 2022, de 81,42 años ($p = 0,916$). La distribución de las edades en cada año se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la edad en rangos de la población por óbitos debido a broncoaspiración en 2021 y 2022

Edad	Año			
	2021		2022	
	n	%	n	%
30-49 años	3	4,2	0	0
50-69 años	7	9,8	1	8,3
70-89 años	43	60,5	10	83,3
90+ años	18	25,3	1	8,3

En el año 2021, entre los meses de abril y diciembre, fallecieron 71 pacientes por broncoaspiración, que corresponden al 13,1 % del total de los 541 muertos durante este período en la institución. En el 2022 fallecieron 12 pacientes por broncoaspiración, que corresponden al 4 %

del total de los 297 fallecimientos ocurridos en el mismo periodo de ese año. Se encontró que en el año 2021 hubo una media de 55,6 días/paciente internado, mientras que en el año 2022, la media fue de 51,7 días/paciente ($p = 0,008$) (ver tabla 2).

Tabla 2. Media de días/paciente en los años 2021 y 2022

	2021	2022	p
	Media	Media	
UI	45,2	40	0,009
UTI	10,4	11,6	0,775
Total de días/paciente	55,6	51,7	0,008

Cuando se evaluaron los factores de riesgo para los dos años, se observó que los más frecuentes fueron el SNE, la fragilidad, la dependencia para ABVD, la IOT, el uso de drogas vasoactivas

(DVAS), la sedación y el tipo de sala de internación. Los factores de riesgo para broncoaspiración pueden ser observados en la tabla 3.

Tabla 3. Factores de riesgo para broncoaspiración en pacientes según el año

Factores de riesgo	2021		2022		p
	n	%	n	%	
SNG/SNE					
Presenta	54	76	9	75	0,93
No presenta	17	23,9	3	25	

Disfagia					
Presenta	23	32,3	1	8,3	0,089
No presenta	48	67,6	11	91,6	
Broncoaspiración anterior					
Presenta	12	16,9	0	0	0,12
No presenta	59	83	12	100	
Disartria					
Presenta	13	18,3	3	25	0,5
No presenta	58	81,6	9	75	
ACV					
Presenta	5	7	2	16,6	0,2
No presenta	66	92,9	10	83,3	
Fragilidad					
Presenta	46	64,7	8	66,6	0,9
No presenta	25	35,2	4	33,3	
Alzheimer					
Presenta	16	22,5	0	0	0,067
No presenta	55	77,4	12	100	
Parkinson					
Presenta	6	8,4	0	0	0,29
No presenta	65	91,5	12	100	
ABVD					
Independiente	20	28,1	2	16,5	0,42
Dependiente	39	54,9	9	75	
Totalmente dependiente	12	16,9	1	8,3	
IOT/TOT					
Presenta	38	53,5	10	83,3	0,053
No presenta	33	46,4	2	16,6	
Tiempo de IOT					
Menor a 15 días	28	39,4	9	75	0,13
15-30 días	8	11,2	1	8,3	
Mayor a 30 días	2	2,8	0	0	
No presenta	33	46,4	2	16,6	

DVAS					
Presenta	33	46,4	6	50	0,8
No presenta	38	53,5	6	50	
Sedación					
Presenta	44	61,9	8	66,6	0,75
No presenta	27	38	4	33,3	
Sala					
Internación	22	30,9	5	41,6	<,001
UTI	49	69	7	58,3	

En relación con las medidas preventivas, se notó que en el año 2021 el 26,1 % ($n = 18$) de los pacientes que fallecieron tenían su cabecera colocada a 45°, mientras que en el año 2022 el 100 % ($n = 12$) de los pacientes la tenían en la misma elevación de 45° ($p = 0,003$).

En el año 2021, presentaban la pulsera de identificación de riesgo el 55 % ($n = 39$) de los pacientes, y el 100 % ($n = 12$) en el año 2022 ($p = <,001$) (ver tabla 4).

Tabla 4. Medidas de prevención de broncoaspiración de los pacientes en 2021 y 2022

Medidas de prevención		2021		2022		p
		n	%	n	%	
Cabecera	30°	51	73,9	0	0	0,003
	45°	18	26,1	12	100	
ID riesgo	Presenta	39	55	12	100	<,001
	No presenta	32	45	0	0	

Discusión

Es sabido que la broncoaspiración es uno de los eventos adversos más prevalentes en Brasil y en diferentes países, afectando sobre todo a los pacientes internados (10,12,13). En la actualidad, el interés en reducir los eventos adversos crece a nivel mundial, con la constante necesidad de crear nuevas formas de prevenir la broncoaspiración (14-16). Teniendo en cuenta esto, es importante identificar a los pacientes que presentan un riesgo aumentado para este evento adverso.

En el presente estudio se encontró que los factores de riesgo para broncoaspiración más frecuentes fueron los siguientes: la vía de alimentación

alternativa, la ventilación mecánica, la fragilidad, la dependencia para ABVD, la internación en la UTI y, también, la edad avanzada. Una revisión de literatura realizada en 21 artículos durante los años 2000 y 2009 determinó como factores de riesgo para broncoaspiración la edad, el sexo masculino, las enfermedades pulmonares, la disfagia y la diabetes mellitus (17). En otros estudios se encontraron la institucionalización, el uso de sedativos, las enfermedades neurológicas, el uso de una vía alternativa de alimentación, la inmovilidad y la mala higiene oral como factores predictivos de riesgo (18,19).

En este trabajo se identificaron en total 63 pacientes que hacían uso de SNE/SNG y 20 pacientes que se alimentaban por vía oral. Según el estudio de Souza (20), la cantidad de pacientes que usaban alguna vía de alimentación alternativa y fallecieron por broncoaspiración fue significativamente mayor que la cantidad de pacientes que tuvieron alta hospitalaria. Además, la posibilidad de aspiración aumenta con el uso de un dispositivo nasogástrico.

El presente estudio ilustra que la edad media tanto en 2021 como en 2022 fue de aproximadamente 81 años. En el estudio de Beck y Bonvini (1) se consideró que los pacientes con una edad superior a 60 años ya presentan riesgo aumentado de broncoaspiración, llegando a ser hasta diez veces mayor en los mayores de 80 años en comparación con la población más joven (21).

Durante la presente investigación, en ambos años se produjeron más muertes de pacientes del sexo femenino. En diversos estudios se destaca una mayor prevalencia de muerte en el sexo masculino (17-19). Sin embargo, un estudio que buscó evaluar el riesgo de broncoaspiración en un hospital general de gran porte en Brasil describió que el sexo femenino presentaba riesgo elevado para broncoaspiración, que puede ser debido a la mayor cantidad de enfermedades basales que las mujeres presentan (15).

La sala de internación con más casos de óbito por broncoaspiración fue la UTI con una prevalencia de 69 % en el año 2021 y 58,3 % en 2022. Según Ramos (22), el riesgo de broncoaspiración en pacientes internados en las UTI es de 60,8 %; de acuerdo con el estudio de Salomé (23), el porcentaje puede llegar a 98,7 % de los pacientes que se encuentran internados en ese sector.

Al analizar las medidas preventivas, se encontró que en el año 2021 el 73,9 % de los pacientes tenían la cabecera de su cama a un nivel de 30°, mientras que en el año 2022 ningún paciente tuvo la cabecera en esa posición ($p = 0,003$). También en 2022 se observó que 38 pacientes hacían uso de ventilación mecánica. La elevación de la cabecera en un nivel superior a 30° es una intervención eficaz para disminuir el riesgo de broncoaspiración,

sobre todo en pacientes sometidos a ventilación mecánica (24,25).

Schallom (25) describió que los pacientes que tenían su cabecera a un nivel de 45° presentaban menos eventos de broncoaspiración, con menores volúmenes de secreción oral y reflujo en los pacientes entubados y beneficio en los pacientes con sedación profunda. En el estudio de Drakulovic et al. (26), los pacientes que tenían la cabecera a menos de 30° presentaban más eventos de broncoaspiración. Por lo que la elevación de la cabecera a un nivel igual o superior a 30°, especialmente a 45°, es una medida preventiva eficaz.

Otra medida preventiva analizada en este estudio fue la pulsera de identificación de riesgo. Se encontró que el 55 % de los pacientes en 2021 usaban correctamente la identificación; en 2022 se observó que el 100 % de los pacientes que fallecieron por broncoaspiración hacían uso correcto de esta medida preventiva ($p < 0,001$).

Altman, Yu y Schaefer (27) señalan que se debe hacer uso de la identificación de riesgo de broncoaspiración de manera precoz. Además, resaltan la importancia de un plan de cuidados de tipo multidisciplinar. Según Fassini y Hahn (28), los profesionales de enfermería desarrollan un importante rol en el manejo de los riesgos para la seguridad de los pacientes y de los daños relacionados con la asistencia de la salud. Cuando estos son capaces de identificar los riesgos a los que están expuestos los pacientes y de adoptar medidas preventivas estándar, contribuyen a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios. Para mejorar la calidad en la asistencia del paciente internado, la gestión del riesgo de broncoaspiración puede hacerse a través de la utilización de una pulsera de color gris (29).

Por último, es necesario señalar algunas limitaciones del estudio tales como la falta de información sobre todos los casos de broncoaspiración y no solamente los que terminaron en muerte, la falta de registros medibles acerca de otras medidas preventivas y el constante cambio de profesional, lo que dificulta la realización de capacitaciones continuadas para educación multidisciplinaria de los profesionales sobre el protocolo de broncoaspiración. Es notable la necesidad de más estudios

sobre este tema, como también la constante actualización del protocolo de broncoaspiración para generar mejor control de los riesgos para la seguridad de los pacientes internados.

Conclusión

Con esta investigación, se concluye que las medidas preventivas para broncoaspiración ejercen un impacto positivo en la historia del paciente cuando son aplicadas de manera eficaz, siendo una herramienta efectiva que ayuda en la disminución de los eventos adversos.

Referencias bibliográficas

1. Beck BS, Bonvini JM. Bronchoaspiration: Incidence, consequences and management. *Eur J Anaesthesiol* [Internet]. Febrero de 2011[citado el 9 de septiembre de 2022];28(2):78-84. doi:10.1097/EJA.0b013e32834205a8
2. Adbulmassih EMS, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolution of patients with oropharyngeal dysphasia in hospital environment. *Int Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2009 [citado el 23 de octubre de 2022];13(1):55-62. Disponible en: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_eng.asp?id=589
3. Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM. Disfagia en el adulto mayor. *Univ. Med.* [Internet]. 28 de octubre de 2020 [citado el 25 de octubre de 2022];61(4). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/30039>
4. Cichero JAY. Age-related changes to eating and swallowing impact frailty: Aspiration, choking risk, modified food texture and autonomy of choice. *Geriatrics (Basel)* [Internet]. 2018;3(4):69. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040069>
5. Felipe NTC, Matos KC, Siqueira AHSS, Melo TP. Post-stroke dysphagia: An analysis of the competences of the care processes of the interdisciplinary team. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2020;22(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022416919>
6. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Revista española de geriatría y gerontología* [Internet]. 30 de noviembre de 2009;44(supl. 2):22-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09002170?via%3Dihub>
7. Carrillo-Ñáñez L, Muñoz-Ayala MP, Carrillo-García PL. Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayores. *Rev Soc Peru Med Inter* [Internet]. 2013;26(2). Disponible en: <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/362>
8. Icassati IB, Guimaraes MS, Braga AA, Medeiros GR, Vilela MLP, Castro MLO, et al. Epidemiologia da pneumonia associada a assistência à saúde: avaliação de preditores de mortalidade. *Bras J Infect Dis* [Internet]. Septiembre de 2022;26(S2):102390. doi:10.1016/j.bjid.2022.102398
9. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev CEFAC*. Julio-agosto de 2018;20(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182045818>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Sistema de notificação em vigilância sanitária: Notivisa-São Paulo [Internet]. Disponible en: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/sao-paulo/view>
11. Tanner JH, Zamarioli CM, Costa MMM, Santana HT, Santos ACRB, Ribeiro CFM, et al. Factor's associated with bronchopulmonary aspiration: A national-based study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(3):e20210220. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0220>

12. Baine WB, Yu W, Summe JP. Epidemiologic trends in the hospitalization of elderly Medicare patients for pneumonia, 1991-1998. *Am J Public Health*. 2001;91(7):1121-3. doi:10.2105/ajph.91.7.1121
13. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med*. Marzo de 2001;344(9):665-71. doi:10.1056/NEJM200103013440908
14. Pham JC, Aswani MS, Rosen M, Lee H, Huddle M, Weeks K, et al. Reducing medical errors and adverse events. *Annu Rev Med*. 2012;63:447-63. doi:10.1146/annurev-med-061410-121352
15. Almeida AEM, Alcântara ACC, Lima FAM, Rocha HAL, Cremonin Junior JR, Costa HJM. Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. *J Bras Econ Saúde*. 2016;8(3):216-20. doi:10.21115/JBES.v8.n3.p216-220
16. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *J Crit Care*. Febrero de 2015;30(1):40-8. doi:10.1016/j.jcrc.2014.07.011
17. Maarel-Wierink CD, Vabibbergen JNO, Bronkhorst EM. Factores de riesgo para neumonía aspirativa en idosos frágeis: una revisión sistemática de literatura. *Jornal da Associação Americana de Diretores Médicos*. Junio de 2011;12(5):344-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.099>
18. Langmore SE, et al. Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*. 2012;17(4):298-307. doi:10.1007/s00455-002-0072-5
19. Brogan E, Langdon C, Brookes K, et al. Respiratory infections in acute stroke: Nasogastric tubes and immobility are stronger predictors than dysphagia. *Dysphagia* [Internet]. 2014;29:340-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24445382/>
20. Souza AS. Prevalência de pneumonia associada à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva [tesis de doctorado]. [Campo Grande]: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS; 2012.
21. Kozlow JH, Berenholtz SM, Garrett E, et al. Epidemiology and impact of aspiration pneumonia in patients undergoing surgery in Maryland, 1999-2000. *Crit Care Med*. 2003;31:1930-7. doi:10.1097/01.CCM.0000069738.73602.5F
22. Ramos GS, Santana LC, Ferreira PHC, Chianca TCM, Guedes HM. Diagnósticos de enfermagem documentados em prontuários de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro*. Mayo-agosto de 2013;3(2):679-6. Disponible en: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/382/431>
23. Salomé GM. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Saúde Colet*. 2011;8(47):24-8.
24. Bispo MM, Dantas ALM, Silva PKA, Fernandes MICD, Tinôco JDS, Lira ALBC. Diagnóstico de enfermagem riesgo de broncoaspiración em pacientes críticos. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):357-62. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160049>
25. Schallom M, Dykeman B, Metheny N, Kirby J, Pierce J. Head-of-bed elevation and early outcomes of gastric reflux, aspiration, and pressure ulcers: A feasibility study. *Am. J. Crit. Care*. Enero de 2015;24(1):57-65.
26. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, et al. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. *Lancet*. 27 de noviembre de 1999;354(9193):1851-8.
27. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: Impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(8):784-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archoto.2010.129>

28. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Enferm UFSM*. 2012;2(2):290-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5902/217976924966>
29. Medeiros GC, Sassi FC, Andrade CGF. Uso de pulseira de identificação de risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar. *Com. Breve, Audiol., Commun.* 2019;24. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2258>

Lista de abreviaturas y siglas

ABVD: actividades básicas de la vida diaria

ACV: accidente cerebrovascular

DVAS: drogas vasoactivas

IOT: intubación endotraqueal

SNE: sondaje nasoenteral

SNG: sondaje nasogástrico

TQT: traqueostomía

UI: unidad de internación

UTI: unidad de terapia intensiva

2. Prevalencia de vulvovaginitis en mujeres sintomáticas en centros de salud de Curuçá, Mutucal y Abade, estado de Pará, Brasil*

Prevalence of vulvovaginitis in symptomatic women in health centers of Curuçá, Mutucal and Abade, state of Pará, Brazil

Rebeca Lima do Nascimento

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
rebeca.lima@uap.edu.ar

Melina Elizabeth Herrera

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
melina.herrera@uap.edu.ar

Recibido: 19 de septiembre de 2023

Aceptado: 20 de julio de 2024

Resumen

Introducción. El término vulvovaginitis es definido como el proceso inflamatorio de vulva y vagina, y es considerado en la actualidad el diagnóstico ginecológico más común en la atención primaria. Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres sintomáticas que concurren a los centros de salud de Curuçá, Abade y Mutucal en el estado de Pará, Brasil, y que se sometieron a un análisis de secreción vaginal.

Metodología. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, realizado en mujeres (15-85 años) atendidas en los centros de salud de Curuçá, Abade y Mutucal durante el período de octubre de 2022 a febrero de 2023. Se consultaron 216 historias clínicas. Se utilizó como instrumento la base de datos del Sistema Único de Salud del Gobierno federal. Las variables principales fueron las siguientes: edad (15-85 años), sexo (mujer), nivel educacional (analfabetismo, primario, secundario, terciario, superior), estación del año (verano/invierno), embarazo, menopausia y resultado del papanicolau. La asociación entre variables fue evaluada por medio de pruebas chi-cuadrado y T de Student, con nivel de significancia de 95 %.

Resultados. El 92,3 % de las mujeres estudiadas presentaban vulvovaginitis. Del grupo de embarazadas, el 100 % presentaban vulvovaginitis; en las mujeres con menopausia el valor fue de 87,9 %. Los patógenos más comunes de las muestras fueron las bacterias, correspondiendo al 67,8 % de los casos, con predominancia del tipo microbiológico cocos y bacilos en un 37 %. Se observó que el tipo de patógeno es una variable dependiente de la estación del año evaluada y que la variable mujeres embarazadas es independiente de la variable tipo de organismo patógeno.

Conclusión. Se encontraron altas la frecuencia y la prevalencia de vulvovaginitis en el grupo estudiado, y se corroboraron también los datos a nivel mundial de esta enfermedad. Con alta prevalencia en embarazadas, todos los grupos presentaron alto índice de infección bacteriana.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Palabras claves

Vulvovaginitis — Prevalencia — Infecciones — Bacterias

Abstract

Introduction. Vulvovaginitis is defined as the inflammatory process of the vulva and vagina, and is considered today the most common gynecological diagnosis in primary care. This study aims to determine the prevalence of vulvovaginitis in symptomatic women who attended the health centers of Curuçá, Abade, and Mutucal, state of Pará, Brazil, and who underwent vaginal discharge analysis.

Methodology. The study was observational, descriptive and cross-sectional, in women (15-85 years) treated at the health centers of Curuçá, Abade, and Mutucal during the period from October 2022 to February 2023. 216 medical records were consulted. The database of the Federal Government's Unified Health System was used as an instrument. The main variables were: age (15-85 years), sex (female), educational level (illiterate, primary, secondary, tertiary, higher), season of the year (summer-winter), pregnancy, menopause and Pap smear results. The association between variables was evaluated using Chi-square tests and Student's T-test, with a 95% significance level.

Results. Vulvovaginitis was present in 92.3% of the women studied. One hundred percent of pregnant women had vulvovaginitis and 87.9% of the menopausal women had vulvovaginitis. The most common pathogens in the samples were bacteria, corresponding to 67.8% of the cases, with cocci and bacilli predominating in 37% of the cases. It was observed that the type of pathogen is a dependent variable of the season of the year evaluated and that the variable pregnant women is independent of the variable type of pathogenic organism.

Conclusion. The frequency and prevalence of vulvovaginitis were found to be high in the group studied, also confirming the worldwide data on this disease. Having a high prevalence in pregnant women, all groups presented a high rate of bacterial infection.

Keywords

Vulvovaginitis — Prevalence — Infections — Bacteria

Introducción

La región genital femenina requiere cuidados higiénicos para mantener la salud íntima y prevenir inflamaciones o infecciones. El autocuidado, la educación acerca de los factores de riesgo y las enfermedades, además de los factores cultural, económico y educacional, son muy importantes para la prevención (1).

El término vulvovaginitis es definido como el proceso inflamatorio de vulva y vagina, o sea que involucra la inflamación de la mucosa vulvar (vulvitis) y la presencia de irritación y descarga vaginal (2). También puede definirse como la inflamación del tracto genital femenino bajo.

La vulvovaginitis puede ser de causa infecciosa, siendo los principales agentes de infección

Cándida albicans, *Gardnerella vaginalis* y *Trichomonas vaginalis*, y de causa no infecciosa, siendo las principales etiologías iatrogénicas, alérgicas, atróficas o seniles (3).

La vulvovaginitis se manifiesta con una secreción de flujo anómala, irritante, maloliente o no, que produce malestar local (sensación de prurito, quemazón) y puede o no estar acompañada de disuria y/o dispareunia (3,4).

La flora vaginal suele estar en equilibrio, compuesta por una diversidad de bacterias anaeróbicas, aeróbicas y hongos que conviven en relaciones sinérgicas o antagonistas, siendo comensales en su mayoría, aunque algunos pueden llegar a ser potencialmente patógenos. Además, existen mecanismos

defensivos como la presencia de *Lactobacillus* y *Corynebacterium*, los bacilos de Döderlein, las secreciones vaginales con actividad antibacteriana y la producción mensual de glucógeno estimulada por los estrógenos, lo que mantiene un epitelio vaginal trófico y permite el crecimiento de la flora láctica, así como también la inmunidad humoral de cada individuo (5,10).

El desequilibrio de la flora vaginal es el primer paso para el inicio de una vaginitis, pudiendo favorecer la penetración de agentes patógenos extrínsecos o la proliferación exagerada de la microflora endógena (5). Factores como el nivel de educación, la historia de infecciones de transmisión sexual y el tipo de ropa interior contribuyen para que ocurra este desequilibrio, ya que si, por ejemplo, se utiliza ropa sintética y muy ajustada, esto puede causar un aumento de la temperatura local, así como de la humedad, lo cual propicia un ambiente adecuado para la colonización de esos microorganismos. La higiene personal y los tipos de productos utilizados para mantener esa higiene también influyen en el desequilibrio de la flora (6).

La zona geográfica donde se realizó este estudio se localiza en la costa marítima del Atlántico, cerca de la línea del Ecuador, la cual presenta un clima ecuatorial amazónico tipo Am de la clasificación de Köppen. Se caracteriza por temperaturas elevadas, con una media de 27° C, pequeña amplitud térmica, precipitaciones abundantes que superan los 2000 mm anuales, siendo los meses más lluviosos de enero a junio, mientras que los meses con menos lluvia son de julio a diciembre (7). Según Johansson, Svensson y Ekstrand-Tobin, esto favorece

un ambiente propicio para el crecimiento de la microbiota, ya que “los hongos se desarrollan cuando la combinación de temperatura y humedad excede las curvas límite de crecimiento calculada” (8,11). Para garantizar el crecimiento de hongos, el valor de humedad debe ser alto, entre el 94 y el 96 %, y la temperatura puede variar entre 10 y 40° C (9,10).

El tratamiento, que puede ser local o por vía sistémica, varía según el patógeno. Para la candidiasis, pueden utilizarse fluconazol, itraconazol, clotrimazol en crema o miconazol en crema; mientras que para la vaginosis bacteriana y la *Trichomonas vaginalis*, pueden aplicarse metronidazol oral y en crema o clindamicina al 2 % en crema vaginal (5).

Se calcula que la vulvovaginitis representa más de un tercio de las consultas ginecológicas. Su frecuencia parece estar aumentando, a la vez que se identifican nuevos gérmenes responsables y aparecen nuevas resistencias a los tratamientos clásicos (12). Esto lo convierte en el diagnóstico ginecológico más común en la atención primaria (11).

Debido a que este es un problema público, impacta en la calidad de vida de las mujeres y representa un gasto en salud pública. El presente estudio tiene el objetivo de determinar la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres sintomáticas que concurrieron a los centros de salud de Curuçá, Abade y Mutucal en el período comprendido entre octubre de 2022 y febrero de 2023, además de describir las características sociodemográficas, analizar por separado la prevalencia en mujeres embarazadas y en menopausia e identificar el patógeno más frecuente en esta población y su relación con el clima regional.

Metodología

El presente estudio fue realizado en los centros de salud de Curuçá (unidad básica de salud Maria da Cruz y unidad básica de salud Dr. Nilton Lobato), de Mutucal y Abade durante el período comprendido entre octubre de 2022 y febrero de 2023, previa autorización de la Secretaría Municipal de Salud. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata, según la Resolución CEI n.º 109/22.

Fue un estudio de tipo observacional de carácter descriptivo y de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de 216 pacientes que cumplieran los siguientes requisitos de inclusión: tener entre 15 y 85 años, ser mujer atendida en los centros de salud antes mencionados, contar con el resultado de la muestra de secreción vaginal obtenida mediante el papanicolau y manifestar, por lo menos, un síntoma clínico. Se consideraron como criterios

de exclusión tener antecedentes de histerectomía o estar tomando antibióticos o antimicóticos al momento de la toma de muestra de secreción vaginal.

Los datos de las pacientes incluidas en el estudio fueron obtenidos de la base de datos del Sistema Único de Salud (SUS) del Gobierno federal con previa autorización de la coordinadora de atención primaria de salud del estado y la dirección de cada centro de salud evaluado. El SUS que se utilizó para obtener los datos permite mantener en el anonimato a las pacientes, ya que el nombre del individuo se presenta en código y se tiene acceso por separado a cada parte, entre ellas, el resultado de exámenes. Cada persona tiene un número de identificación único.

Se confeccionó una tabla para ser utilizada como instrumento. Esta incluía los datos

recolectados de las variables en el estudio, la cuales fueron las siguientes: edad (de 15 a 85 años), nivel académico (analfabetismo, primario, secundario, terciario, superior), estación del año de la consulta (verano/invierno), embarazo o menopausia, resultado del papanicolaou y tipo de patógeno identificado en la muestra vaginal.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático *Perfect Statistical Professional Presented* (PSPP) versión 1.6.2 y Microsoft Excel. Se emplearon análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos para cada una de las variables recolectadas. La asociación entre variables fue evaluada por medio de pruebas chi-cuadrado de Pearson y T de Student, con nivel de significancia de 95 %.

Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 216 mujeres, con una media de edad de $41,34 \pm 15,23$ años.

En cuanto a la formación académica, las participantes se dividieron de la siguiente manera: el 2,3 % eran analfabetas, el 39,4 % tenía el nivel primario completo, el 46,8 % tenía el secundario completo, el 6,5 % había completado la enseñanza técnica (nivel terciario) y el 5,1 %, la educación superior. El 14 % de las mujeres estaban embarazadas y el 30 %, en la etapa de la menopausia.

Al comparar la edad de las mujeres embarazadas y de las no embarazadas por medio de la prueba T de Student, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Fue posible verificar que las mujeres no embarazadas presentaban mayor edad media ($44 \pm 14,56$ años) que las embarazadas ($24,8 \pm 6,45$ años).

Durante el período de estudio, la vulvovaginitis tuvo una prevalencia de 92,3 % ($n = 195$) en la población total estudiada, de 100 % ($n = 30$) en las mujeres embarazadas y de 87,9 % ($n = 58$) en las mujeres con menopausia (ver tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de vulvovaginitis en las mujeres estudiadas

Vulvovaginitis	Todas	Embarazadas	Menopausia
NO	21	0	8
SÍ	195	30	58
Total	216	30	66
Prevalencia (%)	90,3	100	87,9

Según los resultados del examen papanicolaou, los patógenos más frecuentemente hallados fueron las bacterias, correspondiendo estas al 66,2 % ($n = 143$) de los casos, con predominancia del tipo

microbiológico cocos y bacilos en el 37 % ($n = 80$) de los casos, seguido de bacilos supracitoplasmáticos (sugestivo de *Gardnerella/Mobiluncus*) en el 24,1 % ($n = 52$) de los casos (ver tablas 2 y 3).

Tabla 2. Frecuencia de tipo de organismo patógeno identificado en la muestra de secreción vaginal

Tipo de organismo patógeno	Frecuencia	Porcentaje (%)
1. Bacterias	143	66,2
2. Hongos	36	16,7
3. Bacterias/hongos	10	4,6
4. Ninguno	21	9,7
5. Protozoos	6	2,8

Tabla 3. Frecuencia de los tipos de organismos microbiológicos encontrados en las muestra de secreción vaginal según su morfología

Tipo microbiológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
1. Lactobacilos	21	9,7
2. Cocos y bacilos	80	37
3. Cocos	10	4,6
4. Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivo <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>)	52	24,1
5. <i>Cándida</i> spp., bacilos supracitoplasmáticos (sugestivo <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>)	3	1,4
6. Cocos, <i>Cándida</i> , bacilos supracitoplasmáticos (sugestivo <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>)	7	3,2
7. Lactobacilus, <i>Cándida</i>	37	17,1
8. <i>Trichomonas vaginalis</i>	6	2,8

De acuerdo con el clima local, se subdividieron las muestras tomadas en los período de invierno (enero-julio) y verano (agosto-diciembre). No se observó una diferencia entre el número de muestras tomadas en cada período (invierno: $n = 112$; verano: $n = 104$). Se comparó la frecuencia de agentes patológicos presentes en las muestras según la estación del año y se encontró que en verano se obtuvo una mayor frecuencia de infecciones por bacterias y hongos ($n = 95$) que en invierno ($n = 87$), mientras que en invierno hubo una mayor frecuencia de infecciones por *Trichomonas vaginalis* ($n = 3$) que en

verano ($n = 1$). Se determinó la asociación estadística entre las variables “agente patógeno” y “estación del año” mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p = 0,007$). Por lo tanto, se concluye que el tipo de patógeno hallado en las muestras depende de la estación del año en la cual se toman.

En el grupo de las mujeres embarazadas se determinó la asociación con la variable “tipo de agente patógeno”, pero no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0,97$).

Discusión

La vulvovaginitis constituye un problema de salud pública, tanto en las mujeres de países industrializados como en países en vías de desarrollo. Genera muchas complicaciones para la paciente, además de costos para el sistema de salud debido a su recurrencia y la mayor resistencia antibiótica que presentan los patógenos (12).

Estas infecciones afectan a mujeres de todos los grupos de edades, principalmente aquellas en edad reproductiva (13). En la presente investigación, la edad promedio de mujeres con vulvovaginitis fue de $41,34 \pm 15,23$ años, en concordancia con los datos de un estudio realizado en Bogotá, Colombia, donde el 81,8 % de las pacientes que consultaron por infecciones vaginales se encontraban en un rango de edad entre 20 y 40 años (14).

Según los resultados de este trabajo, se pudo apreciar que hay una alta prevalencia de vulvovaginitis en la práctica diaria, lo que coincide con las investigaciones de Fernández y Lombardi (12) realizadas en el hospital Virgen de la Salud, en Toledo, España.

En Argentina, Di Bartolomeo et al. (15) realizaron un estudio en 784 mujeres adultas y 84 adolescentes, y hallaron un 23,8 % de vaginosis bacteriana, un 17,8 % de *Cándida* spp. y un 2,4 % de *Trichomonas vaginalis* en mujeres adultas, mientras que en las adolescentes se detectó un 17,8 % de vaginosis bacteriana, un 29,7 % de *Cándida* spp. y un 2,4 % de *Trichomonas vaginalis*. Estos resultados concuerdan con los encontrados en este trabajo, siendo la vaginosis bacteriana el patógeno más prevalente, seguido de *Cándida* ssp. y *Trichomonas vaginalis*.

En Brasil, según la Sociedad Brasileña de Ginecología y Obstetricia (13), la vaginitis bacteriana es el desorden más frecuente del tracto genital inferior en mujeres de edad fértil (embarazadas o no). En este trabajo se obtuvo un resultado similar, siendo la vaginitis bacteriana ($n = 143$) la infección con mayor frecuencia, tanto en embarazadas como en no embarazadas.

Las mujeres en estado de embarazo no están exentas de sufrir estas infecciones, por el contrario,

la depresión inmunológica que lo caracteriza constituye un elemento facilitador o que predispone a un mayor número de infecciones (16). En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto-placentaria y llevan a complicaciones como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y recién nacido de bajo peso, incluso, a complicaciones maternas como corioamnionitis e infección puerperal (17). En este trabajo, las mujeres embarazadas diagnosticadas con un promedio de edad de 24,8 años tuvieron una prevalencia de 100 % de infecciones vaginales, lo que puede deberse a la depresión inmunológica del embarazo antes mencionada, asociado a que viven en una zona de clima caliente y húmedo, teniendo la gran mayoría, además, un nivel educacional bajo (primario o secundario). Nuestra investigación tiene la limitación de que la muestra de las embarazadas es chica en comparación con la población del municipio. También faltó realizar el análisis de algunas variables como el nivel socioeconómico y la edad gestacional para lograr un estudio más específico en esta población.

Otra limitación del presente trabajo es no haber realizado seguimiento clínico de las mujeres embarazadas con vulvovaginitis para averiguar complicaciones ginecoobstétricas causadas por tales bacterias, ya que la vaginosis bacteriana es un factor de riesgo para la infección del tracto genital superior e infecciones de transmisión sexual (18), sepsis posaborto, aborto temprano, aborto recurrente, aborto tardío, rotura prematura de membranas y parto pretérmino espontáneo, así como prematurez (16).

Con respecto al clima en la región geográfica estudiada, un ambiente cálido y húmedo es ideal para la proliferación de las bacterias y la irritación vaginal (19). Si bien no se encontraron estudios sobre la estación del año y su relación con los patógenos que causan vulvovaginitis, la Asociación Española de Ginecología y Obstetricia refiere que durante la época estival las infecciones vaginales se incrementan un 50 % y llegan a suponer un tercio de las consultas al ginecólogo. En este estudio se

demonstró que hay una mayor frecuencia de bacterias y hongos en verano y de *Trichomonas* en invierno.

Otra limitación del estudio es que la muestra estudiada se encuentra circunscripta a las mujeres atendidas en los centros de salud en un periodo

menor a un año, restringido a la realidad local de un municipio amazónico.

Cabe destacar que, como parte del trabajo, se realizarán charlas de concientización en cada centro de salud sobre higiene genital y prevención (20) de vulvovaginitis.

Conclusión

En conclusión, este estudio demuestra una alta prevalencia de vulvovaginitis en las mujeres sintomáticas atendidas en los centros de salud de Curuçá, Mutucal y Abade, prevaleciendo sobre todo en embarazadas y mujeres en edad fértil, resultados similares a las cifras estadísticas nacional

y mundial. La infección vaginal más frecuente encontrada en la muestra fue la vaginitis bacteriana de tipo microbiológico de cocos y bacilos, mostrando el tipo de patógeno una relación de dependencia con la estación del año en la cual se tomó la muestra.

Referencias bibliográficas

1. Silva JB, Pinheiro HV, Silva JL, Silva MR, Gurgel MJ, Portela G, et al. Educação em saúde sobre autocuidado íntimo e ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidade. Rev Enferm Digit Cuid Promocao Saude [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2024];3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210006>
2. Cabezas Tunja KJ, Zambrano Macías C. Factores de riesgo asociados a la vulvovaginitis en mujeres de edad reproductiva. Rev Cient Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS [Internet]. 4 de marzo de 2023 [citado el 31 de julio de 2024];5(3):167-82. Disponible en: <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i3.531>
3. Saratxaga EA, Juanes AP, Moliner MH, Moris AS. Diagnóstico diferencial de vulvovaginitis. FMC Form Medica Contin En Atencion Primaria [Internet]. Octubre de 2020 [citado el 31 de julio de 2024];27(8):383-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.09.001>
4. Espitia FD. Síndrome de flujo vaginal (vaginitis/vaginosis): actualización diagnóstica y terapéutica. Rev Perú Investig Matern Perinat [Internet]. 19 de julio de 2021 [consultado el 31 de julio de 2024];10(2):59-83. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021224>
5. Gallardo C, Puig L. Vulvovaginitis: tratamiento. Rev Farmacia Professional. Febrero de 2003;17(2):58-64.
6. Ugalde González F, Rivera Gutierrez H, Durán Méndez MJ. Candidiasis vulvovaginal recurrente. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [consultado el 31 de julio de 2024];6(9):e700. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.700>
7. Estumano MB. Instituto de desenvolvimento florestal e da biodiversidade do estado do Pará. Diretoria de gestao da biodiversidade. Estudo do Meio Físico para a criação de Unidades de Conservação no Município de Curuçá/PA. Belém: El Instituto; 2019.
8. Johansson P, Ekstrand-Tobin A, Bok G. An innovative test method for evaluating the critical moisture level for mould growth on building materials. Rev Building and Environment. Noviembre de 2014;81:404-409. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2014.07.002>
9. ASTM. American society for testing and materials (2016), ASTM D 3273-16: Standard Test Method for Resistance to Growth of Mold on the Surface of Interior Coatings in an Environmental Chamber (ASTM).

10. Wirth A, Pacheco F, Toma N, et al. Análisis sobre el crecimiento de hongos en diferentes revestimientos aplicados a sistemas ligeros. *Rev Ingeniería de Construcción*. Abril de 2019;34(1):5-14.
11. Gaitán ES. Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria. *Rev Méd Sinerg*. 2018;3(8):13-2.
12. Fernández ML, Lombardía J. Vulvovaginitis y cervicitis en la práctica diaria. *SEMERGEN Medicina Fam [Internet]*. Enero de 2002 [consultado el 31 de julio de 2024];28(1):15-20. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(02\)74400-6](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(02)74400-6)
13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia*. 2010.
14. Chávez Vivas M, García Blanco L, Chaves Sotelo J, Duran K, Ramírez J. Prevalencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas y no embarazadas en un hospital de Cali, Colombia. *Rev Cienc Biomed [Internet]*. 24 de diciembre de 2020 [consultado el 31 de julio de 2024];9(2):92-102. Disponible en: <https://doi.org/10.32997/rcb-2020-3157>
15. Di Bartolomeo S, Rodriguez Fermepin M, Sauka DH, Torres RA. Prevalencia de microorganismos asociados a secreción genital femenina, Argentina. *Rev Saude Publica [Internet]*. Octubre de 2002 [consultado el 31 de julio de 2024];36(5):545-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000600002>
16. Pradenas AM. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Rev Médica Clin Condes [Internet]*. Noviembre de 2014 [consultado el 31 de julio de 2024];25(6):925-35. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70640-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70640-6)
17. Gupta NK, Bowman CA. Managing sexually transmitted infections in pregnant women. *Womens Health [Internet]*. Mayo de 2012 [consultado el 31 de julio de 2024];8(3):313-21. Disponible en: <https://doi.org/10.2217/whe.12.16>
18. Schwebke JR. Gynecologic consequences of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]*. Diciembre de 2003 [consultado el 31 de julio de 2024];30(4):685-94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(03\)00086-x](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(03)00086-x)
19. Oluwatosin G. Introducción a las infecciones vaginales. The Manual's Editorial Staff (Manual MDS). Modificación/revisión completa abril de 2021. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/salud-femenina/infecciones-vaginales-y-enfermedad-inflamatoria-p%C3%A9lvica/introducci%C3%B3n-a-las-infecciones-vaginales>
20. Fleites EJ, Quinteiro SF, Lopez L. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Rev Medicentro Electrónica*. Abril-junio de 2017;21(2).

3. Prevalencia de depresión en adultos de la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*

Prevalence of depression in adults in the city of Montes Claros – Minas Gerais – Brazil

Ellen Prates Flies

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
ellenprates77@gmail.com

Recibido: 27 de marzo de 2024

Aceptado: 21 de junio de 2024

Resumen

Introducción. La depresión es cada vez más frecuente en distintos grupos de la sociedad. Al afectar sus capacidades, perjudica al ser humano en varios aspectos que interfieren en la vida cotidiana. El objetivo del presente trabajo fue establecer la prevalencia de depresión en adultos residentes en la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Metodología. De forma presencial, durante los meses de abril y mayo de 2023, se recolectaron datos de cien personas que asisten regularmente a una Iglesia adventista en Montes Claros. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck. También se preguntaron los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, grado de educación y estado civil.

Resultados. De los cien participantes del estudio, el 30 % tiene depresión leve a moderada, el 17 % tiene depresión moderada a severa, el 4 % se encuentra con depresión severa y el 49 % no está deprimido. Las mujeres presentaron una prevalencia de depresión mayor que la de los hombres.

Conclusión. A partir de la evaluación precedente, se pudo cuantificar el nivel de salud mental de un grupo poblacional en relación con síntomas marcadores de depresión y sus grados. Los datos obtenidos indicaron que el 49 % de los encuestados no está deprimido y que el 51 % se encuentra con algún grado de depresión, de leve a severo. Esto nos lleva a concluir que todavía hay mucho que se puede hacer para bajar las cifras de prevalencia. Es necesario crear más programas de intervención, así como brindar ayuda especializada de fácil acceso a las personas de las comunidades religiosas.

Palabras claves

Depresión — Cuestionario de Beck — Prevalencia

Abstract

Introduction. Depression is increasingly common across various segments of society, detrimentally affecting individuals in multiple ways that interfere with daily life and diminish their capabilities. Thus, the objective of this study was to establish the prevalence of depression among adults residing in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

* La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Methodology. Data were collected in person from 100 individuals attending a Seventh-day Adventist Church in April and May 2023. The study was descriptive, retrospective, and cross-sectional. The instrument used was the Beck Depression Inventory. Additionally, participants were queried on sociodemographic data: age, gender, education level, and marital status.

Results. Out of the 100 study participants, 30% had mild to moderate depression, 17% had moderate to severe depression, 4% had severe depression, and 49% were not depressed. Females showed higher prevalence rates of depression compared to males.

Conclusion. Based on the assessment, the mental health status regarding depression symptoms and severity levels in this population group was quantified. The data indicated that 49% of respondents were not depressed, while 51% experienced some degree of depression, from mild to severe. This leads to the conclusion that there is still much that can be done to lower prevalence rates. There is a need for the development of more intervention programs, as well as closer and more easily accessible specialized assistance for individuals in these religious communities.

Keywords

Depression — Beck Inventory — Prevalence

Introducción

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes y prevalentes en la sociedad en general. De acuerdo con informaciones divulgadas en abril de 2017 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen en el mundo más de 300 millones de individuos de todas las edades que sufren de depresión (1). La depresión es cada vez más frecuente en distintos grupos de la sociedad, y la identificación temprana de estos pacientes y los factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad se vuelve importante para establecer cuidados y tratamientos preventivos.

De acuerdo con la OMS, cerca del 5,8 % de la población brasileña sufre de depresión, lo que equivale a 11,5 millones de personas aproximadamente. El índice es el mayor de América Latina y el segundo mayor en las Américas, apenas detrás de los Estados Unidos, que registra depresión en el 5,9 % de la población, lo que equivale a 17,4 millones de casos.

Además de Brasil y los Estados Unidos, países como Ucrania, Australia y Estonia también registran altos índices de depresión en su población: 6,3 %, 5,9 % y 5,9% respectivamente. Entre las naciones con los menores índices del trastorno están las Islas Salomón (2,9 %) y Guatemala (3,7 %).

La prevalencia en la población mundial es de 4,4 % (2).

La depresión está caracterizada por sentimientos negativos que persisten en el tiempo (3). Estos múltiples sentimientos afectan muchas capacidades del ser humano e interfieren en su vida cotidiana. La depresión es un estado de existencia marcado por un sentimiento de opresión, agobio y pesar que afecta a la persona física, mental, espiritual y socialmente (4).

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de depresión en adultos residentes en la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Estos adultos tienen la característica particular de que asisten a una Iglesia adventista, sin embargo, no es objeto de esta investigación analizar la relación del estado de ánimo con la religiosidad.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día, con más de 21,9 millones de miembros en todo el mundo, es una iglesia cristiana protestante organizada en 1863 en los Estados Unidos. Los adventistas creen en una vida consagrada a Dios en el aspecto físico, psicológico, emocional y espiritual (5). Esta institución, a través de sus ministerios específicos, desarrolla distintos programas y proyectos, algunos de

ellos destinados a la prevención de trastornos del estado de ánimo.

Utilizando el inventario de depresión de Beck, se realizó un análisis estadístico para evaluar los síntomas de depresión reportados por los miembros de esta organización, enfocándose en posibles

áreas de preocupación, como la falta de interés en las relaciones sociales, manifestaciones conductuales, alimenticias, entre otras. Los resultados obtenidos podrían ser valiosos para planificar intervenciones futuras, en caso de ser necesario.

Metodología

El diseño de este estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra fue tomada de forma no probabilística por conveniencia a un total de cien personas que asisten regularmente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día del barrio Major Prates en Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, durante los meses de abril y mayo de 2023.

La población incluida en la investigación estuvo compuesta por personas mayores de dieciocho años que asisten regularmente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y que firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado.

Para la recolección de datos, se le envió a cada participante vía WhatsApp un texto informativo sobre la investigación. Fueron respondidas todas las dudas que surgieron durante el proceso de presentación del estudio. De forma personal se les entregó el consentimiento informado a todos los que aceptaron participar. A la brevedad, se les envió también vía WhatsApp un enlace para acceder al cuestionario. Los participantes lo completaron y enviaron sus respuestas de forma anónima.

El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck. Este es de autoaplicación y consta de 21 ítems (ver anexo). Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de trece años. El cuestionario de Beck es una escala

clásica validada en casi todos los idiomas, inclusive el portugués, con el fin de detectar sintomatología depresiva (6). En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. Se preguntaron, además, una serie de datos sociodemográficos: edad, género, grado de educación y estado civil.

Se obtuvo una autorización firmada del pastor de la Iglesia adventista del barrio Major Prates para la realización de la investigación con las personas que asisten a esa iglesia. Este estudio garantizó la confidencialidad de la identidad de los pacientes, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata. Los datos fueron recolectados a través de las respuestas de los encuestados y almacenados en hojas de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis.

Los datos fueron ingresados y analizados mediante el uso del software *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) para Windows. Se usó el estadístico de análisis de correlación de Pearson para la asociación entre depresión y las distintas variables, y se consideró que un valor de $p < 0,05$ era estadísticamente significativo en todas las pruebas realizadas.

Resultados

La Iglesia Adventista Del Séptimo Día del barrio Major Prates tiene un total de 160 asistentes regulares. El estudio se llevó a cabo con un total de 100 participantes, y se utilizó el inventario de depresión de Beck como instrumento de evaluación del estado de ánimo.

El cuestionario de Beck es una escala subjetiva. Mide el nivel de depresión de una persona; la confirmación del diagnóstico se determina a través de una reevaluación. El cuestionario es autoadministrado, contiene 21 consignas y cada una de ellas consiste en la manifestación de un comportamiento

propio de la enfermedad (7). La misma es llamada sintomática, dado que los tópicos describen actitudes o síntomas. Cada uno de ellos posee alternativas enumeradas de 0 a 3, conforme a la gravedad de la depresión. El número 0 siempre indica intensidad mínima; el número 1, intensidad leve; el 2, intensidad moderada; el 3, intensidad grave (7). Las puntuaciones varían de acuerdo con la intensidad de los síntomas.

El 56 % de los encuestados fueron mujeres ($n = 56$) y el 44 % de los encuestados fueron hombres ($n = 44$). El 18 % indicó que su estado civil era soltero; el 68 %, casado; el 12 %, divorciado/a, y el

2 %, viudo. En cuanto al grado de educación, el 17 % posee escolaridad incompleta; el 38 %, escolaridad completa; el 15 %, educación superior incompleta, y el 30 %, educación superior completa. Se registró una edad promedio de $44,22 \pm 13,92$ años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 80.

En relación con los niveles de depresión, los datos obtenidos indican que el 49 % de los participantes ($n = 49$) no está deprimido, el 30 % ($n = 30$) tiene depresión leve a moderada, el 17 % ($n = 17$) tiene depresión moderada a severa y el 4 % ($n = 4$) se encuentra con depresión severa (ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados del inventario de depresión de Beck

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	49	4,694	2,725
	Depresión leve a moderada	30	13,367	2,456
	Depresión moderada a severa	17	24,706	3,158
	Depresión severa	4	31,00	2,00

En el caso de los hombres, el estudio demostró que el 27 % ($n = 27$) no está deprimido, el 11 % ($n = 30$) tiene depresión leve a moderada, el 6 %

($n = 17$) tiene depresión moderada a severa y no hay ningún caso clasificado con depresión severa (ver tabla 2).

Tabla 2. Resultados del inventario de depresión de Beck para el sexo masculino

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	27	4,519	2,709
	Depresión leve a moderada	11	13,182	2,183
	Depresión moderada a severa	6	25,33	3,78

También se encontró una correlación positiva débil en la variable "edad" ($R = 0,263$; IC = 95 %; $p = 0,085$), lo que indica que, a mayor edad, mayor puntuación de depresión (ver figura 1).

En el caso de las mujeres, el 22 % ($n = 22$) no tiene depresión, el 19 % ($n = 19$) tiene depresión leve a moderada, el 11 % ($n = 11$) tiene depresión moderada a severa y el 4 % ($n = 4$) se encuentra con depresión severa (ver tabla 3).

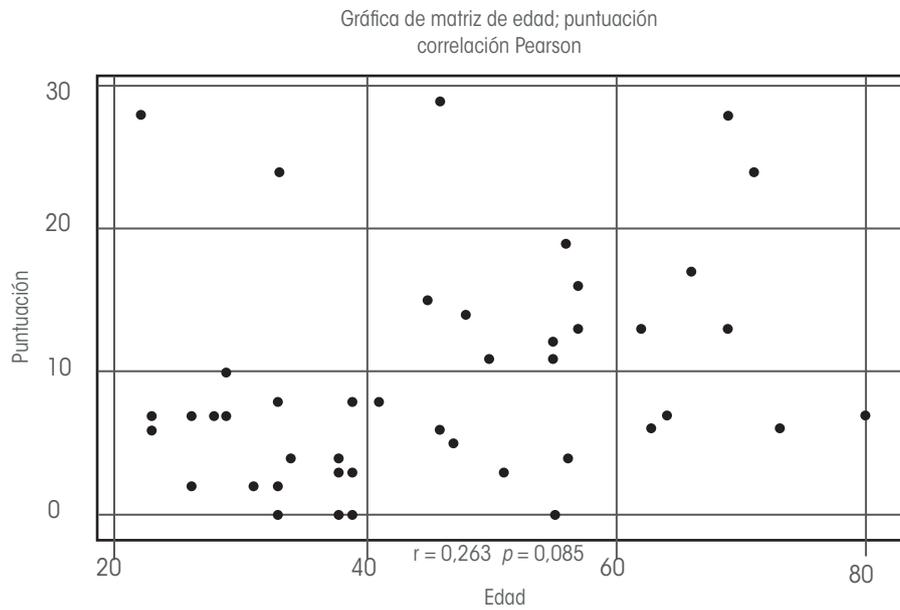


Figura 1. Relación entre puntuación y edad en hombres

En el caso de las mujeres, el 22 % (n = 22) no tiene depresión, el 19 % (n = 19) tiene depresión leve a moderada, el 11 % (n = 11) tiene depresión moderada a severa y el 4 % (n = 4) se encuentra con depresión severa (ver tabla 3).

Tabla 3. Resultados del inventario de depresión de Beck para el sexo femenino

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	22	4,909	2,793
	Depresión leve a moderada	19	13,474	2,653
	Depresión moderada a severa	11	24,364	2,908
	Depresión severa	4	31,00	2,00

Se obtuvo una correlación negativa débil, pero al ser un valor tan bajo de R, casi cercano a cero (R = -0,044; IC = 95 %; p = 0,749), prácticamente muestra que no existe una correlación importante entre la puntuación y la edad (ver figura 2).

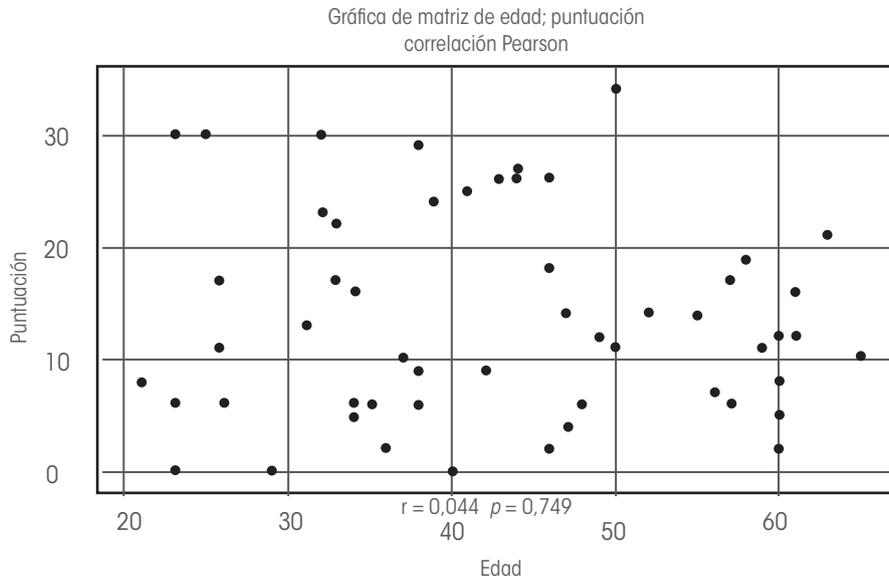


Figura 2. Relación entre la puntuación y la edad en las mujeres

En el análisis de las variables, 21 en total según el inventario de Beck, los posibles temas de preocupación están dados por la prevalencia de altas

puntuaciones en “cansancio o fatiga”, “dificultad de concentración” e “irritabilidad”. La variable con menor puntuación fue “deseos suicidas” (ver figura 3).

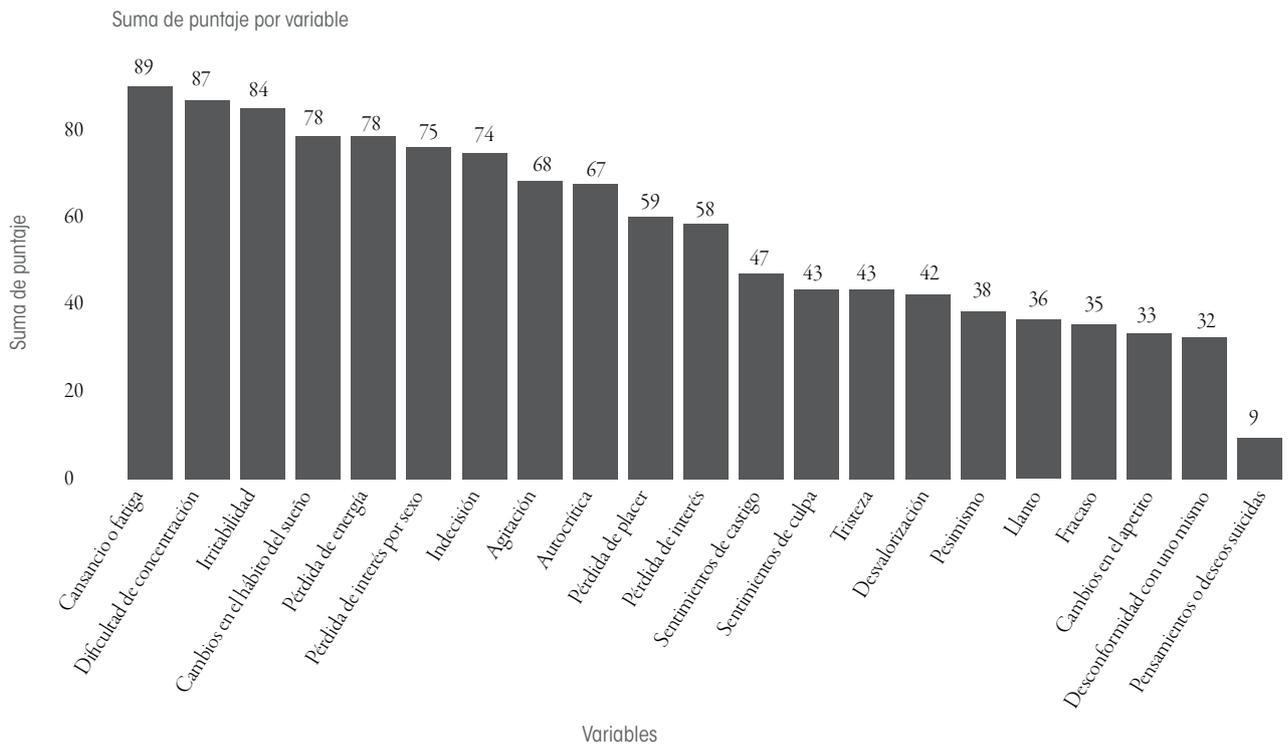


Figura 3. Puntaje por variables

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo investigar el estado de ánimo de personas adultas de una comunidad en relación con los síntomas de depresión. La muestra fue tomada entre individuos que asisten a una Iglesia adventista.

Se buscó entender las relaciones de los distintos síntomas analizados con la animosidad del grupo como un todo, sintetizar la información obtenidas con el inventario de Beck y aportar datos objetivos sobre los resultados y las relaciones entre estos.

A través del análisis de los resultados, se encontró que el 49 % de los encuestados no tiene depresión. Este valor está en concordancia con otros estudios que también presentaron porcentajes menores a 50 % de individuos no deprimidos, en un rango entre 36 y 41 % (8,9). Sin embargo, este hallazgo difiere de otros estudios en los que se encontraron porcentajes de 64,48 % y 68,4 % de personas no deprimidas en relación con los que tienen algún trastorno del estado de ánimo (10,11).

Esta distribución variable de resultados se debe a los distintos rasgos que puede tener una población. Hay que tener en cuenta las características sociodemográficas de los encuestados, buscando entender mejor el porqué de las distintas prevalencias.

Un factor que podemos poner en consideración al analizar específicamente el grupo de este estudio es que los participantes de la muestra tienen la característica de formar parte de una comunidad religiosa, lo que puede ser un factor protector para el bienestar de los individuos. En las últimas décadas, se realizaron investigaciones sistemáticas que demostraron que la espiritualidad y la religión actúan como un factor considerable de beneficio de la calidad de vida para la mayoría de las personas. Gran parte de las prácticas religiosas puede ser asociada a un mayor bienestar y a un mejor enfrentamiento de situaciones estresantes (12).

La religión es un factor que contribuye al bienestar mental de las personas que la utilizan como parte de sus vidas. Pero aun así existen muchos factores que pueden agravar el estado de ánimo de las personas, incluso teniendo a alguien o algo

a lo que recurrir, como la religión. Esto se explica por la prevalencia que se pudo notar de individuos que encuadran en alguna categoría de depresión, lo que es una señal de alarma para descubrir las posibles causas que afectan el estado del ánimo de estas personas.

En relación con el sexo de los participantes que estaban con algún grado de depresión, el 60,71 % son mujeres y el 38,63 % son hombres. Esto está en concordancia con gran parte de la literatura mundial, donde se encontró que el riesgo de tener un trastorno del estado de ánimo durante la vida es de 10-25 % para las mujeres y de 5-12 % para los hombres (13).

Hay muchos estudios que muestran que la prevalencia de trastornos del humor en las mujeres es por lo menos dos veces mayor que en los hombres. Sin embargo, también hay autores que afirman que esta proporción puede no ser equivalente en otros países y culturas (14).

Hay algunos factores de riesgo para la depresión en mujeres que contribuyen para que estas sean las más afectadas por la depresión: historia de depresión, vivir en una familia disfuncional, gran número de eventos estresantes, poco soporte social, baja autoestima, problemas de salud, excesiva interdependencia social, muerte prematura de los padres, factores genéticos, entre otros (13).

Existe una relación importante entre el contexto social y la determinación de la salud y la enfermedad. Las diferencias sociales, económicas y políticas entre hombres y mujeres, que interfieren directamente en la salud física y mental de estos, ofrecen un marco útil para examinar la sobrerrepresentación de las mujeres con depresión (15).

Los ítems que recibieron las mayores puntuaciones en frecuencia e intensidad fueron los siguientes: cansancio o fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, pérdida de energía y cambios en el hábito de sueño. Esto se encuentra en concordancia con otros estudios que también mostraron por lo menos uno de los síntomas mencionados como parte de los que tuvieron mayores puntuaciones (16,17,18).

El cansancio o fatiga fue el síntoma que obtuvo la mayor puntuación en el presente estudio. Por lo general es un síntoma común, pero puede ser signo de un trastorno físico o mental más grave (19). Es importante considerar que la depresión también puede causar fatiga y que puede estar asociada a otros síntomas comunes en los trastornos del estado de ánimo (20). Muchos investigadores y especialistas opinan que el agotamiento es un síndrome prodrómico de la depresión (21).

Por el contrario, el síntoma que presentó la menor frecuencia fue el pensamiento o deseo suicida. Esto está en conformidad con otras literaturas, en las que también se puede encontrar una baja frecuencia en esta categoría (16,17).

La presencia de factores protectores contra la ideación suicida como la autoestima, la autoeficacia, las habilidades sociales, el relacionamiento

familiar y las amistades son muy importantes y hacen la diferencia para la resolución de problemas en la adultez (22), contribuyendo a la disminución de la incidencia de estos episodios.

También se ha destacado, frente a las conductas suicidas, el papel protector que supone el hecho de tener creencias religiosas, al punto de que constituye uno de los factores culturales más importantes en la determinación de los comportamientos suicidas (23).

Por último, cabe destacar que las necesidades con respecto a la salud mental que se encuentran en las comunidades de diversas partes del mundo son grandes, y es muy probable que se incrementen en el futuro cercano. Una preparación adecuada requiere estudiar los principales problemas de la población para poder brindar respuestas y soluciones, así como ser conscientes de los obstáculos que puedan surgir en el proceso (24).

Conclusión

A partir del análisis precedente se pudo evaluar el nivel de síntomas de salud mental de un grupo poblacional que asiste a una comunidad religiosa en relación con la depresión y sus grados. Los datos obtenidos indicaron que el 49 % de los encuestados no está deprimido y que el 51 % se encuentra con algún grado de depresión, de leve a severo.

En relación con la sintomatología utilizada como base en el inventario de depresión de Beck, es necesario dejar registrado que hay limitaciones en la percepción del significado clínico de cada síntoma y la forma como cada persona contestó a la alternativa. Se deja en claro también que el estudio no sustituye el diagnóstico de un profesional especializado.

Las limitaciones mencionadas pueden impactar sobre el resultado buscado en la encuesta, además de que la calidad de los datos puede variar debido a las características sociodemográficas de los encuestados, ya que sus percepciones están dadas de acuerdo con las experiencias vividas a través de los años y los rasgos individuales de cada uno.

De los individuos que contestaron el cuestionario, el 49 % se encuadró en la categoría “no está deprimido”, lo que indica la ausencia de síntomas

de depresión en gran parte de esta población. Sin embargo, la alta prevalencia de personas con algún grado de trastorno depresivo (51 %) de leve a severo nos lleva a concluir que todavía hay mucho que se puede hacer para bajar las cifras de prevalencia.

Debido a los resultados encontrados en la muestra poblacional, es importante señalar la necesidad de crear más programas de intervención, así como de brindar ayuda especializada más cercana y de fácil acceso a las personas de estas comunidades religiosas.

Los hallazgos del estudio podrían ser útiles en el desenvolvimiento de intervenciones preventivas para reducir el índice de prevalencia de depresión en la sociedad. Además, al considerar los factores que más influyen en el aumento de la incidencia, se podrían crear medidas de control.

Aunque no fue objetivo de este estudio ver la relación específica de la depresión con la religiosidad, fue de gran aporte analizar este grupo, pues puede tornarse un incentivo para la realización de otros estudios complementarios en esta población donde se pueda poner en pauta la religiosidad como tema central. Además, no hay mucha bibliografía disponible sobre estudios en los que se haya

utilizado una comunidad religiosa como muestra para investigar la depresión.

Un desafío encontrado en esta investigación es que la temática abordada es muy amplia, lo que puede llevar a distintas áreas de estudio,

reafirmando la necesidad de la realización de otras investigaciones que puedan complementar los temas que no fueron abordados en este trabajo, en la búsqueda de generar más información para posteriores estudios.

Referencias bibliográficas

1. Departamento de Comunicação Institucional. Depressão é a maior causa de incapacitação no mundo [Internet]. San Pablo: Universidad Federal de San Pablo; [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dci.unifesp.br/publicacoes-dci/entreteses/ed8-depressao-e-a-maior-causa-de-incapitacao-no-mundo>
2. Laboissière P. No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão [Internet]. Brasília: Agência Brasil; 2017 [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao>
3. Gobierno de Brasil-Ministerio de Salud. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão [Internet]. Brasília: Ministerio de Salud; 2022 [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>
4. Rothermel RJ. Estudio descriptivo y retrospectivo de la depresión en una muestra de esposas de pastores hispanos [tesis de doctorado]. [Michigan]: Andrews University; 2008. Disponible en: <https://digitalcommons.andrews.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=dmin>
5. De Araujo-Gomes AM. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*. 2011;25(40):81-109.
6. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo-Neto F, Helena-Andrade L, Yuang-Pang W. Validação da versão brasileira em português do inventário de depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(4):389-94.
7. Psicanálise Clínica. Entenda os níveis da depressão da escala de Beck [Internet]. São Paulo: Redação Psicanálise Clínica; [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.psicanaliseclinica.com/escala-de-beck/>
8. Frezza-Maganini R, Vieira-Melo W, Da Silva-Peixoto M. Relação entre sintomatologia depressiva e memória autobiográfica na população geral. *Universo Acadêmico, Taquara*. 2012;5(1).
9. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro MC, Simões M, Rijo D, Quartilho MJ, Paredes T, Vaz-Serra A. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008;9(1):103-12.
10. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo-Neto F, Andrade LH, Pang-Wang Y. Validação da versão brasileira em português do inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Braz. J. Psychiatry* [Internet]. 2012;34(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
11. Da Silva MA, Welter WG, Iracema de Lima AI. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. *Aval. psicol* [Internet]. 2018;17(3):339-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>
12. Garcia Mendonça SD. A relevância da espiritualidade em transtornos depressivos. *Rumos da In-Formação*. 2021;2(1):46-62.
13. Nunes-Baptista M, Said Daher-Baptista A, De Oliveira MG. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens. *Temas em Psicologia*. 1999;7(2):143-56.

14. Pereira Justo L, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* 2006;33(2):74-79.
15. Ying YC. Women's status and depressive symptoms: A multilevel analysis. *ScienceDirect.* 2005;60(1):49-60.
16. Sanz J, Perdigón AL, Vásquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud.* 2003;14(3):249-80.
17. Sánchez-Pachas DBV. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck – II (IDB-II) em uma muestra clínica. *Rev. de Inv. en Psicología.* 2019;22(1):39-52.
18. Sanz J, Vásquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Pshicothema.* 1998;10(2):303-18.
19. MedlinePlus. Fatiga [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina; 2021 [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003088.htm>
20. Fraga J. 7 síntomas físicos de la depresión [Internet]. California: Healthline; 2021 [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/es/sintomas-fisicos-de-depresion#1.-Fatiga-o-niveles-de-energa-ms-bajos-consistentemente>
21. Melchers MC, Plieger T, Meermann R, Reuter M. Differentiating burnout from depression: Personality matters. *Frontiers in Psychiatry.* 2015;6(113).
22. Siqueira-Pereira A, Rodrigues-Willhelm A, Koller SH, Martins de Almeida RM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2018;23(11). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
23. Jiménez Treviño L, Bobes García J, Sáiz Martínez PA. Suicidio y depresión. *HUMANITAS Humanidades Médicas.* 2006;9.
24. Fayard C, Archbold B. Una agenda para el ministerio en salud mental después de la pandemia [Internet]. Miami: Iglesia Adventista del Séptimo Día; 2020 [consultado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://interamerica.org/es/2020/04/una-agenda-para-el-ministerio-en-salud-mental-despues-de-la-pandemia/>

Anexo

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Nombre			Estado civil	
Edad		Sexo	Educación	
Ocupación			Fecha	

Instrucciones. Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 Duermo un poco más que lo habitual.
- 2 Duermo mucho más que lo habitual.
- 3 Duermo la mayor parte del día.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 2 Mi apetito es mucho menor que antes.
- 3 No tengo apetito en absoluto.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- | | |
|--|---|
| 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. |
| 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. | 3 He perdido completamente el interés en el sexo. |

Puntaje total. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9 indican que el individuo no está deprimido; 10-18 indican depresión leve a moderada; 19-29 indican depresión moderada a severa; 30-63 indican depresión severa.

4. Hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad en pacientes diabéticos tipo 2 que consultaron en un hospital de Paraná, Entre Ríos, Argentina*

Arterial hypertension, dyslipidemia and obesity in type 2 diabetic patients that attended a hospital of Paraná, Entre Ríos, Argentina

Mariana Clara Genzelis

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
marucgenzelis@gmail.com

Marisa Ileana Gómez

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
marisa.gomez@uap.edu.ar

Recibido: 5 de mayo de 2024

Aceptado: 14 de junio de 2024

Resumen

Introducción. La diabetes es una enfermedad crónica metabólica, caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre, que afecta la micro y la macrocirculación. Las comorbilidades más comunes en los diabéticos son las que corresponden al síndrome metabólico. Los objetivos de esta investigación fueron conocer la prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital de Paraná, Entre Ríos, durante el período comprendido entre los años 2018 y 2023, y recabar información sobre estos pacientes (edad, sexo, años de evolución, índice de masa corporal, control metabólico, complicaciones, comorbilidades, fármacos utilizados, tabaquismo).

Metodología. Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal de historias clínicas digitales de pacientes diabéticos que consultaron en un hospital de la ciudad de Paraná durante los años 2018 y 2023, con un muestreo de tipo aleatorio simple.

Resultados. Se incluyeron cien pacientes con una edad media de 60,6 (DE 10,6) años, de los cuales el 51 % eran mujeres y el 49 %, hombres, la mayoría con diagnóstico reciente (<10 años) y la mitad de ellos sin un correcto control metabólico. El 87 % de los pacientes tenía hipertensión arterial, el 90 % tenía dislipidemia y el 61 % tenía obesidad; el 98 % tenía síndrome metabólico. El 43 % tenía alguna complicación por la diabetes, siendo la más frecuente la nefropatía diabética (22 %). El tratamiento antidiabético más elegido fue la administración de antidiabéticos orales, en especial la metformina; el antihipertensivo, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; y el hipolipemiente, las estatinas. El 42 % de los pacientes fumaban o fumaron alguna vez.

Conclusión. La amplia mayoría de los pacientes presentaba dos o más factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes con mal control metabólico tenían mayor frecuencia de complicaciones.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Palabras claves

Diabetes tipo 2 — Hipertensión — Hiperlipidemias — Obesidad — Argentina

Abstract

Introduction. Diabetes is a chronic metabolic disease characterized by high blood glucose levels, affecting both micro and macro circulation. The most common comorbidities in diabetics are those associated with metabolic syndrome. The objectives of this research are to determine the prevalence of hypertension, dyslipidemia, and obesity in patients with type 2 diabetes at a hospital in Paraná, Entre Ríos, during the period from 2018 to 2023, and to collect information about these patients (age, sex, duration of the disease, body mass index, metabolic control, complications, comorbidities, medications used, smoking habits).

Methodology. This is a retrospective, descriptive, cross-sectional study of digital medical records of diabetic patients who consulted at a hospital in the city of Paraná during the years 2018 and 2023, using a simple random sampling method.

Results. The study included 100 patients with a mean age of 60.6 (SD 10.6) years, 51% women and 49% men, most with a recent diagnosis (<10 years), and half of them without proper metabolic control. 87% of the patients had hypertension, 90% had dyslipidemia, and 61% were obese; 98% had metabolic syndrome. 43% had some diabetes-related complication, with diabetic nephropathy being the most common (22%). The most chosen antidiabetic treatment was oral antidiabetics, especially metformin; the most chosen antihypertensive treatment was angiotensin-converting enzyme inhibitors; and the most chosen lipid-lowering treatment was statins. 42% of the patients smoke or had smoked at some point.

Conclusion. The vast majority of patients had two or more cardiovascular risk factors. Patients with poor metabolic control had a higher frequency of complications.

Keywords

Type 2 diabetes — Hypertension — Hyperlipidemias — Obesity — Argentina

Introducción

La diabetes (DM) es una enfermedad crónica metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que afecta tanto la microcirculación como la macrocirculación. La diabetes tipo 2 (DM2) es la forma más común, y se desarrolla principalmente debido a la resistencia a la insulina y la insuficiente producción de esta hormona por parte del páncreas. Por lo general, la DM2 se asocia con un fenotipo y un estilo de vida específicos, que incluyen sobrepeso u obesidad, sedentarismo y la presencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles (1,2,3,4,5). La DM es una causa significativa de ceguera, enfermedad cardiovascular (ECV), accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia renal y amputaciones de

miembros, especialmente cuando no se controla adecuadamente, es decir, cuando los niveles de glucemia se mantienen elevados. Esta situación afecta entre el 50 % y el 70 % de los pacientes en América (1,2,6).

Se calcula que 422 000 000 de personas en el mundo (62 000 000 en América) padecen de esta enfermedad (una prevalencia del 9-10 %) (1,7,8), atribuyéndosele 1 500 000 de muertes anuales en el mundo (más de 10 000 en Argentina en 2019) (1,9). Esta prevalencia aumenta rápidamente, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos (10,11). En Argentina, la prevalencia es del 9,8 %; en Entre Ríos, del 7,8%, y se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en ambos sexos (7).

La comorbilidad es la coexistencia de múltiples enfermedades en un mismo paciente, lo que suele aumentar la complejidad de su atención médica (12). La comorbilidad dependiente o asociativa se basa en la relación etiopatogénica entre las distintas enfermedades (13). En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas (12).

Las comorbilidades dependientes más comunes en los diabéticos son las que corresponden al síndrome metabólico (SM), incluyendo la hipertensión arterial (HTA), la obesidad y la dislipidemia. La HTA es extremadamente frecuente en diabéticos (en el 75 % de estos, con prevalencia 1,5-3 veces superior a los no diabéticos), contribuyendo al desarrollo y a la progresión de complicaciones (13,14,15,16). La obesidad aumenta significativamente la asociación deletérea entre DM, hiperlipidemia e HTA (17,18). El SM aumenta cinco veces el riesgo para DM2 (20). Actualmente, este síndrome representa un importante problema de salud pública, con etiología multicausal, pero con un rasgo común: el incremento de la reserva calórica. Los factores del estilo de vida

relacionados con su causalidad proveen una gran oportunidad de intervenciones no farmacológicas (16,19,20,21,22,23).

Es por todo esto que el presente trabajo tiene como principal objetivo conocer la prevalencia de comorbilidades tales como HTA, dislipidemia y obesidad en pacientes con DM2 atendidos en un hospital de Entre Ríos, ya que conocer la prevalencia en la región donde uno se encuentra permite valorar la magnitud del problema, comparar la realidad local con otras realidades epidemiológicas nacionales e internacionales y establecer medidas adecuadas de prevención y control (20). Además, este trabajo busca recabar información sobre la edad, el sexo, los años transcurridos desde el diagnóstico, el índice de masa corporal (IMC), el control metabólico y complicaciones; conocer si el mal control metabólico se asocia con una peor evolución de la enfermedad; determinar la frecuencia de pacientes que presentan comorbilidades y SM; describir los fármacos más utilizados para DM, HTA y dislipidemia en ese hospital; conocer la prevalencia de pacientes diabéticos tabaquistas y extabaquistas y su relación con la presencia de complicaciones.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por todos los pacientes diabéticos que consultaron en un hospital de la ciudad de Paraná durante el período comprendido entre los años 2018 y 2023, de los cuales se seleccionó una muestra final de cien pacientes con un muestreo de tipo aleatorio simple. Para realizar este trabajo, se contó con la autorización del director del hospital, así como también con la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata, según la Resolución CEI n.º 133/23.

Se recolectaron datos de las historias clínicas (HC) digitalizadas mediante la búsqueda de la palabra clave "diabetes", con un resultado de 5401 entradas correspondientes a 1527 pacientes. Para recopilar la muestra, a cada paciente se le asignó un número según el orden en que aparecía en el sistema; luego se generó un conjunto de 150 números

aleatorios mediante un programa informático y se seleccionaron los individuos que tenían asignados esos números.

Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de DM2 registrado en la HC, que tuvieran entre 30 y 85 años y que tuviesen los datos requeridos para el estudio completos en su mayoría (edad, valor de tensión arterial, IMC, perfil lipídico). De los 150 pacientes seleccionados, 100 cumplieron con estos criterios de inclusión. La recolección de datos se realizó en forma anónima, con una planilla creada para tal fin (ver anexo).

El diagnóstico de DM que se tuvo en cuenta fue el realizado por medio de dos valores de glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl; o dos pruebas de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 mg/dl; o una prueba aleatoria de glucosa ≥ 200 mg/dl con síntomas graves; o dos valores de hemoglobina glicosilada

(HbA1c) $\geq 6,5\%$ (24); o que el paciente estuviera recibiendo tratamiento antidiabético.

El normopeso se consideró como un IMC = 18,5-24,9 kg/m²; el sobrepeso, como un IMC = 25-29,9 kg/m². La obesidad fue definida como un IMC ≥ 30 kg/m², y los distintos grados de obesidad fueron clasificados en grado I (IMC = 30-34,9 kg/m²), grado II (IMC = 35-39,9 kg/m²), grado III o mórbida (IMC = 40-49,9 kg/m²), superobesidad o hiperobesidad (IMC = 50-59,9 kg/m²) y supersuperobesidad (IMC ≥ 60 kg/m²) (25,26).

El buen control metabólico se definió como HbA1c $\leq 7\%$ en adultos, o $\leq 8\%$ en mayores de 75 años (11,27). Se consideraron como complicaciones de la DM2 la ECV (infarto o alteraciones en la conducción cardíaca), la ACV, la enfermedad vascular periférica (EVP) (claudicación intermitente o por eco-doppler), la retinopatía (proliferativa o no proliferativa, presente en el fondo de ojos), la nefropatía (microalbuminuria o macroalbuminuria, o alteración de la tasa de filtración glomerular) y la neuropatía periférica (parestias), así como el pie diabético (úlceras en los pies) y el estado hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (5).

Se consideraron hipertensos los pacientes que presentaron registros de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg en 2-3 mediciones separadas por una semana o que recibieran tratamiento antihipertensivo (28). La dislipidemia se consideró a partir de los siguientes valores en sangre: colesterol ≥ 200 mg/dL; LDLc ≥ 130 mg/dL; HDLc < 60 mg/dL; triglicéridos ≥ 150 mg/dL; o que los pacientes recibieran tratamiento hipolipemiente (29,30,31).

En base a su definición de consenso internacional, se consideró con SM a todos los pacientes en los que se constató la presencia de dos o más de los siguientes factores o su tratamiento: glucemia en ayunas elevada (≥ 100 mg/dl); HTA; dislipidemia aterogénica (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o disminución del colesterol HDL); obesidad central (15,32,33). En el presente trabajo, la obesidad fue definida según el IMC y no por el perímetro abdominal, debido a que no se contaba con esa información en las HC.

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa de análisis estadístico *Perfect Statistical Professional Presented* (PSPP) y se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia de $p \leq 0,05$.

Resultados

La muestra quedó constituida por 100 pacientes, de los cuales el 51 % eran mujeres y el 49 % eran hombres, con edades comprendidas entre los 38 y los 84 años, con una media de 60,6 (DE 10,6) años.

De los pacientes incluidos en el estudio, todos con diagnóstico de DM2, el 50 % había sido diagnosticado hacía 0-5 años, el 25 %, hacía 6-10 años, el 14 %, hacía 11-15 años, el 4 %, hacía 16-20 años, y el 7 %, hacía más de 20 años; es decir, que un 75 % tenía una evolución ≤ 10 años.

Al evaluar el IMC, se encontró que un 11 % de los pacientes tenía normopeso, un 21 % tenía sobrepeso, un 30 % tenía obesidad grado I, un 17 % tenía obesidad grado II, un 6 % tenía obesidad mórbida, un 4 % tenía hiperobesidad y otro 4 %

tenía obesidad referida por el médico, pero sin especificar su IMC. Es decir, que aunque el 61 % de los pacientes tenía obesidad definida, el 82 % no contaba con un peso saludable para su talla.

Tenían registro del control metabólico 95 pacientes; de ellos, el 50,5 % ($n = 48$) tenía elevada su HbA1c por encima de los valores aceptables, a pesar del tratamiento. El 46 % de los diabéticos presentaba ya complicaciones; la complicación microvascular más frecuente encontrada fue la nefropatía (22 %) y la complicación macrovascular, la EVP (9 %) (ver tabla 1). Relacionando el mayor tiempo de evolución de la enfermedad con la aparición de complicaciones, de los 11 pacientes con una evolución ≥ 16 años, el 72,7 % ($n = 8$) tenía ya alguna complicación.

Tabla 1. Prevalencia de complicaciones por DM2

	Frecuencia	%
Complicaciones microvasculares		
Nefropatía		
Sí	22	22,0
No	78	78,0
Neuropatía		
Sí	10	10,0
No	90	90,0
Retinopatía proliferativa o no proliferativa		
Sí	9	9,0
No	91	91,0
Complicaciones macrovasculares		
Enfermedad vascular periférica		
Sí	9	9,0
No	91	91,0
Enfermedad cerebrovascular		
Sí	7	7,0
No	93	93,0
Enfermedad cardiovascular		
Sí	6	6,0
No	94	94,0
Pie diabético		
Sí	7	7,0
No	93	93,0
Estado hiperglucémico hiperosmolar no cetósico		
Sí	1	1,0
No	99	99,0
Dudoso		
Sí	11	11,0
No	89	89,0
Ninguna complicación		
Sí	43	43,0
No	57	57,0

Aclaración: *dudoso* = se describían síntomas sin un diagnóstico claro o tenían patologías cuyo riesgo aumenta con la presencia de diabetes tipo 2, pero que no se consideran directamente una complicación de esta.

Los pacientes con mal control metabólico presentaban mayor frecuencia de complicaciones (58,3 %, n = 28). En cambio, solo el 31,9 % (n = 15) de aquellos con un buen control tenían complicaciones establecidas ($p = 0,03$) (ver tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre presencia de complicaciones por diabetes y control metabólico (HbA1c)

Presencia de complicaciones por diabetes	Control metabólico (HbA1c)					
	Bueno		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	15	31,9	28	58,3	43	45,3
No	26	55,3	15	31,3	41	43,2
Dudoso	6	12,8	5	10,4	11	11,6
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0

$p = 0,03$

HbA1c = hemoglobina glicosilada

En cuanto a la prevalencia de comorbilidades, el 87 % de los pacientes tenía HTA, el 90 % tenía dislipidemia, el 61 % tenía obesidad y el 21 %, sobrepeso. Por último, el 98 % presentaba SM, y en el 2 % restante, los datos sobre HTA o dislipidemia estaban incompletos (ver tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de comorbilidades en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2

	Frecuencia	%
Hipertensión arterial		
Sí	87	87,0
No	7	7,0
No especificado	6	6,0
Dislipidemia		
Sí	90	90,0
No	4	4,0
No especificado	6	6,0
Obesidad		
Sí	61	61,0
No	32	32,0
No especificado	7	7,0
Síndrome metabólico		
Sí	98	98,0
No especificado	2	2,0

El 76 % de los pacientes analizados recibía tratamiento con antidiabéticos orales (ADO), 42 de ellos con un fármaco, 21 con dos fármacos y 13 con tres fármacos simultáneos; el 12 % recibía insulina; el 10 %, tratamiento combinado de ADO + insulina; y el 2 % no recibía tratamiento farmacológico. El ADO más utilizado fue la metformina: 95,3 % ($n = 82$) de los 86 pacientes que tomaban ADO (ver tabla 4). La insulina de acción intermedia más elegida fue la NPH, debido a su eficacia, disponibilidad y bajo costo.

Tabla 4. Antidiabéticos orales utilizados por los diabéticos tipo 2, con o sin combinación con insulina (86 pacientes)

		Frecuencia	%
Biguanidas (metformina)			
	Sí	82	95,3
Sulfonilureas (glimpirida, glibenclamida, gliclazida)			
	Sí	28	32,6
Inhibidores de DPP4 (vildagliptina, linagliptina, tenegliptina, sitagliptina)			
	Sí	24	27,9
Inhibidores de SGLT2 (empaglifozina)			
	Sí	1	1,2
No recuerda			
	Sí	1	1,2

Inhibidores de DPP4 = inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4.

Inhibidores de SGLT2 = inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

En relación con el tratamiento de las comorbilidades, el 25 % de los diabéticos tomaba un fármaco antihipertensivo, el 37 % tomaba dos o tres, el 8 % tomaba cuatro o más, el 17 % no tomaba ninguno y el 13 % no era hipertenso. De los pacientes diabéticos hipertensos, el 33,3 % (n = 29) tomaba un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA); el 44,8 % (n = 39), un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II); el 26,4 % (n = 23), un diurético; el 26,4 % (n = 23), un bloqueante cálcico; y el 29,9 % (n = 26), un betabloqueante. El grupo de fármacos más utilizado fue el de los ARA II (n = 39). Como monodroga, el fármaco más usado fue el enalapril (n = 10), seguido por el losartán (n = 9). El diurético más utilizado fue la hidroclorotiazida (n = 14).

Además, el 39 % de los pacientes diabéticos tomaba un fármaco hipolipemiante, el 11 % tomaba dos o más, el 40 % no tomaba ninguno y el 10 %

no tenía dislipidemia. De los pacientes diabéticos dislipidémicos, el 46,7 % (n = 42) tomaba una estatina; el 16,7 % (n = 15), un fibrato, y el 4,4 % (n = 4), ezetimibe. El fibrato más utilizado fue el fenofibrato (n = 14), y la estatina más elegida, la atorvastatina (n = 33).

Como otro dato, se encontró que el 24 % de los pacientes recibía tratamiento con ácido acético salicílico (AAS) para prevención cardiovascular; el 49 % no lo recibía, y en el 27 % restante no se especificó este dato.

Además, el 11 % de la muestra era tabaquista, el 31 % era extaquista y el 58 % nunca fumó. En cuanto a la relación entre el tabaquismo y la presencia de complicaciones, fue observable que la mayoría de los tabaquistas y extaquistas tenían ya una o más complicaciones (54,8 %, n = 23); en cambio, en los no tabaquistas, el mayor porcentaje correspondía a pacientes sin complicaciones (48,3 %, n = 28) (ver tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre presencia de complicaciones por diabetes y tabaquismo

Presencia de complicaciones por diabetes	Tabaquismo					
	Tabaquistas y exabaquistas		No tabaquistas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	23	54,8	23	39,7	46	46,0
No	15	35,7	28	48,3	43	43,0
Dudoso	4	9,5	7	12,1	11	11,0
Total	42	100,0	58	100,0	100	100,0

Aclaración: *dudoso* = se describían síntomas sin un diagnóstico claro o tenían patologías cuyo riesgo aumenta con la presencia de diabetes tipo 2, pero que no se consideran directamente una complicación de esta.

Discusión

Evidentemente, la DM2 es un problema importante dentro del sistema de salud. De acuerdo con la investigación realizada para el presente trabajo, el 50,5 % de los diabéticos tenía un mal control metabólico, resultado que coincide con las cifras de América (50-70 %) (1,2,6). Se encontró nefropatía en el 22 % de los pacientes, lo cual es similar a lo que describe la bibliografía argentina sobre el tema (20-40 %). La prevalencia de pie diabético fue solo del 7 %, cifra menor a la encontrada en la bibliografía (9-25 %), pero se destaca que la mitad de la muestra tenía un diagnóstico relativamente reciente (3,6).

La frecuencia de comorbilidades fue muy alta, mayor o similar que la descripta en la bibliografía. El primer programa latinoamericano (QUALIDIAB) que reúne datos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay (2001) describió HTA en un 60 %, dislipidemia en un 53 % y sobrepeso en un 59 % de los diabéticos. En la presente investigación, estas comorbilidades se hallaron en el 87 %, 90 % y 82 % de los diabéticos respectivamente (6). Otra publicación, costarricense, describió la presencia de HTA en el 20-60 % de los diabéticos (15); un artículo estadounidense expresó su prevalencia en el 75 % de los pacientes con DM2 (16). Una investigación emiratí halló HTA

en el 83,4 %, dislipidemia en el 93,43 % y obesidad en el 90,49 % de los diabéticos (5).

En relación con el tratamiento elegido para la DM2, la cifra de pacientes que utilizaba insulina exclusivamente (12 %) coincide con las cifras encontradas en la bibliografía argentina (10-14 %) (11,6). El uso exclusivo de ADO fue más elevado, de un 76 % (66 % en la bibliografía); el uso combinado de ADO más insulina se aplicó en menor medida: 10 % (21 % en la bibliografía) (11). La elección de medidas higiénico-dietéticas como tratamiento exclusivo fue casi nulo (2 %), descrito en la bibliografía como elección en un 2-14 % (11,6,7). En cuanto a la cantidad de ADO utilizados, la frecuencia de uso de una sola droga fue mayor en comparación con otros estudios (55,26 % vs. 39,7 %) (11).

Una de las bibliografías argentinas consultadas describe a la metformina como la droga más utilizada (67,3 %) (11). Sin embargo, en otra investigación argentina se encontró que las sulfonilureas fueron los agentes orales más usados, generalmente como monoterapia (6). Con la metformina se puede lograr un control intensivo de la glucemia y se asocia a un menor aumento de peso y menos hipoglucemias, por lo que debería ser la primera línea de tratamiento (10). En el hospital analizado en el presente estudio,

la metformina fue ampliamente la droga más recetada (el 95,3 % de los que toman ADO); las sulfonilureas fueron elegidas en un tercio de los casos.

En cuanto al tratamiento de las comorbilidades, este era descripto como escaso en investigaciones argentinas previas, aplicado en menos de la mitad de los diabéticos. En esta muestra, el 80 % de los hipertensos y el 54,3 % de los dislipidémicos estaban medicados (6). Se describe a los IECA como los agentes de primera línea para el tratamiento de HTA en diabéticos, ya que retardan la progresión de la insuficiencia renal y, junto con los ARA II, mejoran la sensibilidad a la insulina. Además, por su nefroprotección, se indican en bajas dosis para diabéticos sin HTA, pero con injuria renal (15). De los pacientes hipertensos de este trabajo, solo el 33,3 % (n = 29) tomaba un IECA, y el 44,8 % (n = 39), un ARA II; el 27,6 % (n = 24) no tomaba ningún fármaco de estos dos grupos. El 31,8 % (n = 7) de los pacientes con nefropatía diabética no recibía ni IECA ni ARA II.

La profilaxis con AAS en bajas dosis ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular isquémica. El uso de AAS como prevención secundaria en pacientes con ECV establecida reduce el riesgo de nuevos eventos (34). De los pacientes de la muestra, 24 tomaban AAS, 17 de ellos como prevención primaria y 7 como prevención secundaria (anecedente de infarto o ACV).

El consumo de tabaco predispone a la aparición de intolerancia a la glucosa, tanto en fumadores como en exfumadores y fumadores pasivos, siendo un factor independiente de riesgo de DM. A su vez, el tabaquismo en diabéticos empeora su neuropatía, nefropatía y vasculopatía, y aumenta las comorbilidades (7). De los pacientes de esta investigación, el 42 % está o estuvo expuesto a los efectos nocivos del cigarrillo; se pudo observar que gran parte de ellos ya tenía una o más complicaciones de su DM.

La altísima prevalencia de pacientes con múltiples patologías crónicas que aumentan su riesgo cardiovascular es un problema de salud grave y prevalente en todo el mundo, y la ciudad de Paraná no es la excepción. Los cambios en los hábitos son esenciales (7,2). Las guías de práctica clínica y los protocolos de atención en los hospitales deben ajustarse a las especificidades impuestas por la presencia de comorbilidades (14). Pero para poder adaptarse a las necesidades de sus pacientes, es importante conocerlos, y este trabajo responde a esta necesidad.

Para futuras investigaciones, podría considerarse una muestra más amplia y la posibilidad de complementar la investigación retrospectiva con una entrevista y evaluación de la muestra, que permita sumar datos, conocer los hábitos de los pacientes y proponer una intervención para modificar su estilo de vida, posibilitando cambios positivos a futuro.

Conclusión

Se pudo determinar la altísima prevalencia de pacientes diabéticos tipo 2 con comorbilidades como HTA, dislipidemia y obesidad en un hospital de la capital entrerriana. La amplia mayoría de

los pacientes con DM2 presentaba dos o más factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes con mal control metabólico tenían mayor frecuencia de complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Diabetes mellitus [Internet]. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%201%20de,la%20padecen%20desconocen%20su%20condici%C3%B3n>
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: resultados definitivos [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Ministerio de Hacienda; 2019. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
4. Forte EH, Buso CJ, Duczynski P, Lavalle Cobo A, Harwicz P, Giorgi M, et al. Características clínicas y control cardiometabólico de personas con diabetes en el consultorio de cardiología en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2020;88(6):517-24. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482020000600517&script=sci_arttext
5. Jelinek HF, Osman WM, Khandoker AH, Khalaf K, Lee S, Almahmeed W, et al. Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diab Res Care* [Internet]. 2017;5(1):e000427. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574445/>
6. Gagliardino JJ, Costa Gil JE, Faingold MC, Litwak L, Fuente GV. Insulina y control de la diabetes en la Argentina. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2013;73(6):520-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802013000800002&script=sci_arttext&tlng=en
7. Ministerio de Salud de Entre Ríos. Boletín n.º 6: Las enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. Unidad de Gestión de Programas; 2016. Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2013/05/Boletin-ECNT-N%C2%B06.-Agosto-2016.pdf>
8. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice* [Internet]. 2022;183. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168822721004782#:~:text=In%202021%2C%20we%20estimate%20that,have%20diabetes%20\(Table%202\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168822721004782#:~:text=In%202021%2C%20we%20estimate%20that,have%20diabetes%20(Table%202))
9. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de carga de enfermedad por diabetes 2023: Argentina [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/perfil-carga-enfermedad-por-diabetes-2023-argentina>
10. Slimel MR, Coppolillo FE, Masi JD, Mendoza SM, Tannuri J. Epidemiología de la diabetes en Argentina. *Av Diabetol* [Internet]. 2010;26(2):101-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-pdf-S1134323010620066>
11. Caporale JE, Elgart JF, Gagliardino JJ. Diabetes in Argentina: Cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Globalization and Health* [Internet]. 2013;9(54). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3826662/>
12. Noh J, Kim HC, Shin A, Yeom H, Jang S-Y, Lee JH, et al. Prevalence of comorbidity among people with hypertension: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2013. *Korean Circ J* [Internet]. 2016;46(5):672-80. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/articles/1017396>
13. Li X, Kou S, Aspiazu MAB. Abordaje de los mecanismos de comorbilidad en diabetes mellitus tipo 2. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2017;16(6):891-901. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2017000600006&script=sci_arttext&tlng=en

14. Rodríguez M, Puchulu F. Conocimiento y actitudes hacia la diabetes mellitus en la Argentina. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2015;75:353-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v76n1/v75n6/v75n6a01.pdf>
15. Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Rev Costarric Cienc Méd* [Internet]. 2004;25(3-4):65-71. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s0253-29482004000200007&script=sci_arttext
16. Long AN, Dagogo-Jack S. Comorbidities of diabetes and hypertension: Mechanisms and approach to target organ protection. *The Journal of Clinical Hypertension* [Internet]. 2011;13(4):244-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746062/>
17. Sullivan PW, Ghushchyan VH, Ben-Joseph R. The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States. *Qual Life Res* [Internet]. 2008;17:1063-71. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-008-9385-7>
18. Nguyen NT, Magno CP, Lane KT, Hinojosa MW, Lane JS. Association of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome with obesity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *Journal of the American College of Surgeons* [Internet]. 2008;207(6):928-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1072751508013227>
19. Jiménez Franco LE, Gutiérrez Pérez DM, León Regal ML, González Martínez C, Baños Leyva L, Matos Olivero A. Mecanismos fisiopatológicos de asociación entre síndrome metabólico e hipertensión arterial: una actualización. *Revista Finlay* [Internet]. 2023;13(1). Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1078/2200>
20. Coniglio RI, Nellem J, Gentili R, Sibechi N, Agusti E, Torres M. Síndrome metabólico en empleados en la Argentina. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2009;69(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802009000300005&script=sci_arttext&tlng=en
21. Salama Benarroch I, Sánchez GA. Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2001;12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532001000200003&script=sci_arttext
22. Grima Serrano A. El síndrome metabólico [Internet]. *Sociedad Española de Cardiología*; 2010. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/libros/5480-sindrome-metabolico>
23. Yamada T, Kimura-Koyanagi M, Sakaguchi K, Ogawa W, Tamori Y. Obesity and risk for its comorbidities diabetes, hypertension, and dyslipidemia in Japanese individuals aged 65 years. *Scientific Reports* [Internet]. 9 de febrero de 2023;13. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-29276-7>
24. American Diabetes Association. Entendiendo la hemoglobina glucosilada A1c. Diagnóstico [Internet]. Disponible en: <https://diabetes.org/diagnostico>
25. Ministerio de Salud. Resolución 1643/2020. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235787/20201006>
26. Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, Enfermedad Metabólica y Otras Relacionadas a la Obesidad. ¿Qué es la obesidad? [Internet]. Disponible en: <https://sacobariatrica.org/que-es-la-obesidad/>
27. Liñana-Granell C, Romero-del Barco R, Mercadal-Orfila G, Blasco-Mascaró I. Control glucémico en el paciente anciano con diabetes mellitus tipo 2 tratado con antidiabéticos. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [Internet]. 2022;32(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000100006

28. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Advierten que en la Argentina 1 de cada 4 adultos es hipertenso y no lo sabe [Internet]. 2017. Disponible en: saha.org.ar/prensa/detalle/adverten-que-en-la-argentina-1-de-cada-4-adultos-es-hipertenso-y-no-lo-sabe
29. Argentina.gov.ar. Dislipemia - colesterol alto [Internet]. Ministerio de Salud. Glosario de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/glosario/dislipemia-colesterol-alto>
30. Fundación Cardiológica Argentina. Colesterol elevado [Internet]. Disponible en: <https://www.fundacioncardiologica.org/18-Colesterol-elevado.note.aspx>
31. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Capítulo 10: Colesterol elevado [Internet]. 2009. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/2da-encuesta-nacional-factores-riesgo-2009_colesterol.pdf
32. Arbúes ER, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuenca T, Yuste-Gran C, Pellicer-García B, Juárez-Vela R, et al. Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019;36(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000100051
33. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation AHA Journals* [Internet]. 2009;120(16):1640-45. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>
34. García RG, López-Jaramillo P. Uso de aspirina en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Rev Col Cardiol* [Internet]. 2008;15(5). Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332008000500004&script=sci_arttext

Lista de abreviaturas y siglas

AAS: ácido acetil salicílico	EVP: enfermedad vascular periférica
ACV: accidente cerebrovascular	HbA1c: hemoglobina glicosilada
ADO: antidiabético/s %/es	HC: historia/s clínica/s
ARA II: antagonista/s del/de los receptor/es de la angiotensina II	HTA: hipertensión arterial
DM: diabetes	IECA: inhibidor/es de la enzima convertidora de angiotensina
DM2: diabetes tipo 2	IMC: índice de masa corporal
ECV: enfermedad cardiovascular	SM: síndrome metabólico

Agradecimientos

A la Universidad Adventista del Plata, sus directivos y docentes, que me guiaron en este largo camino de formación académica.

A los profesionales de la salud del hospital de la ciudad de Paraná, que autorizaron la realización de este trabajo y el acceso a los datos digitales, y me

acompañaron en el proceso respondiendo a mis dudas e inquietudes y aportando sugerencias.

A mi familia, quienes fueron los primeros en escuchar las ideas, avances y finalización de esta investigación.

Anexo

Planilla para la recolección de datos

N°	Sexo (F/M)	Edad	Años desde el diag. de DM y tratam.	Control metabólico (SÍ/NO) y HbA1c	Complicaciones (SÍ/NO) y cuáles	HTA (SÍ/NO)	Medicación para la HTA y uso de AAS	Dislipemia (SÍ/NO)	Medicación para la dislipemia	IMC	SM (SÍ/NO)	TBQ
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
...												

Etiquetas de valor de las variables

Sexo

- 1 = M
- 2 = F

Edad = años desde el diagnóstico

- 1 = 0-5
- 2 = 6-10
- 3 = 11-15
- 4 = 16-20
- 5 = 21 o más
- 6 = No especificado (NE)

Tratamiento de la DM2

- 1 = ADO
- 2 = Insulina
- 3 = ADO + insulina
- 4 = Ninguno
- 5 = NE

Fármacos antidiabéticos

- 1 = Insulina
- 2 = Biguanidas (metformina)
- 3 = Sulfonilureas (glibenclamida, glimepirida, gliclazida)
- 4 = Glinidas
- 5 = Inhibidores de DPP4 (vildagliptina, tene-gliptina, linagliptina, sitagliptina)
- 6 = Inhibidores de SGLT2 (empaglifozina)
- 7 = Inhibidores de α -glucosidasa
- 8 = Tiazolidinedionas
- 9 = Agonistas de GLP1
- 10 = Bromocriptina
- 11 = Resinas captadoras de ácidos biliares
- 12 = ADO, no recuerda cuál
- 13 = Nada

Control metabólico

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

Presencia de complicaciones

- 1 = Sí
- 2 = No

3 = Dudoso

Cuáles complicaciones

- 1 = Ninguna
- 2 = Nefropatía/micro/macroalbuminuria
- 3 = Retinopatía proliferativa o no proliferativa
- 4 = Polineuropatía
- 5 = ECV
- 6 = EVP
- 7 = ACV
- 8 = Pie diabético
- 9 = Estado hiperosmolar
- 10 = Dudoso

HTA

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

Medicación HTA

- 1 = Ninguna/NE
- 2 = Un fármaco
- 3 = 2 o 3 fármacos
- 4 = 4 o más fármacos

Medicación HTA

- 1 = Ninguna/NE
- 2 = IECA (enalapril)
- 3 = ARA II (valsartán, losartán, telmisartán)
- 4 = Diurético (HCT, espironolactona, esplerenona, amilorida, furosemida)
- 5 = Bloqueante de Ca (amlodipina)
- 6 = Betabloqueante (atenolol, bisoprolol, carvedilol, nebivolol, metoprolol)

AAS

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

Dislipidemia

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

Medicación DLP

- 1 = Ninguna/NE
- 2 = Un fármaco
- 3 = 2 o más fármacos

SM

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

Medicación DLP

- 1 = Ninguna/NE
- 2 = Estatina (atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina)
- 3 = Fibrato (fenofibrato, ciprofibrato)
- 4 = Inhibidores de la absorción o 2-azetidinas (ezetimibe)

Tabaquismo

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = Extabaquista

Obesidad

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = NE

IMC

- 1 = <25
- 2 = 25-29,9
- 3 = 30-34,9
- 4 = 35-39,9
- 5 = 40-49,9
- 6 = 50-59,9
- 7 = >60
- 8 = NE

5. Relación entre el consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular en adultos que asisten a gimnasios en Crespo*

Relationship between fiber consumption, exercise and cardiovascular risk in adults who attend gyms in Crespo

Verónica Beatriz Fontana

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
veronica.fontana@uap.edu.ar

Jesica Otero

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
jesica.otero@uap.edu.ar

Recibido: 1 de agosto de 2023

Aceptado: 5 de noviembre de 2023

Resumen

Introducción. El consumo de fibra en nuestro país es inferior a lo recomendado por las guías alimentarias. Se debe promover su consumo, ya que este reduce el riesgo cardiovascular y previene la obesidad. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el consumo de fibra, el ejercicio y el riesgo cardiovascular en adultos que asisten a gimnasios.

Metodología. El estudio de diseño descriptivo retrospectivo transversal fue realizado en Crespo, Entre Ríos, durante los meses de julio a septiembre del año 2022. La población estuvo constituida por adultos que asistían a gimnasios, y el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 180 personas. La información recogida fue cargada en el paquete estadístico SPSS. Las principales variables analizadas fueron las siguientes: consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular según la circunferencia de la cintura y el índice de masa corporal.

Resultados. El 73,3 % de los participantes eran de sexo femenino. En promedio, los participantes consumían a diario 22,78 g de fibra; el 69,4 % mostró un inadecuado consumo de fibra. El 63,9 % era físicamente activo. El 73,9 % tenía riesgo cardiovascular según el índice de masa corporal, mientras que el 48,3 % tenía riesgo según la circunferencia de cintura. Además, se halló una relación estadísticamente significativa al asociar la edad y el riesgo cardiovascular, así como también al relacionar el grado de escolaridad y el riesgo cardiovascular según la circunferencia de cintura. También se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de actividad física y el consumo de fibra.

Conclusión. Se concluyó que no hay relación entre el consumo de fibra y el riesgo cardiovascular. El consumo de fibra sigue siendo inadecuado. Más de la mitad de las personas presentó un nivel de actividad física activo.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Palabras claves

Fibra alimentaria — Ejercicio — Gimnasio — Riesgo cardiovascular

Abstract

Introduction. Fiber consumption in our country is lower than what is recommended by the dietary guidelines. Its consumption should be promoted as it reduces cardiovascular risk and prevents obesity. The objective of this study was to determine the relationship between fiber intake, exercise, and cardiovascular risk in adults who attend gyms.

Methodology. The cross-sectional retrospective descriptive design study was carried out in Crespo, Entre Ríos, during the months of July to September of the year 2022. The population consisted of adults who attended gyms and the sampling was non-probabilistic, for convenience. The sample consisted of 180 people. The information collected was loaded into the statistical package SPSS. The main variables analyzed were fiber intake, exercise, and cardiovascular risk according to waist circumference and body mass index.

Results. 73.3% of the participants were female. On average, the participants consumed 22.78 g of fiber daily; 69.4% showed inadequate fiber intake. 63.9% were physically active. 73.9% had cardiovascular risk according to body mass index while 48.3% had risk according to waist circumference. In addition, a statistically significant relationship was found when relating age and cardiovascular risk, as well as when relating the level of schooling and cardiovascular risk according to waist circumference. A statistically significant association was also observed between the level of physical activity and fiber intake.

Conclusion. It was concluded that there is no relationship between fiber consumption and cardiovascular risk. Fiber intake remains inadequate. More than half of the people presented an active level of physical activity.

Keywords

Dietary fiber — Exercise — Gyms — Cardiovascular risk

Introducción

La obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular generan, desde hace años, una preocupación en todo el mundo debido al rápido aumento de aquella (1,2). La causa de esto es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía, aunque también inciden factores genéticos, ambientales y socioculturales (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y a la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (4). La obesidad abdominal es la más preocupante, ya que tiene relación directa con afecciones cardiovasculares y metabólicas (2). Uno de los métodos para diagnosticar la obesidad es el cálculo del índice de masa corporal (IMC), puesto que es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla (4). El IMC presenta limitaciones, pues no

define si el aumento de la masa corresponde a grasa o músculo, ni tampoco define la distribución adiposa. Es por ello que la circunferencia de cintura (CC) es una medición que complementa al IMC, además de tener mejor correlación con la grasa abdominal (1,5). Además, es una herramienta fácil, reproducible y económica de utilizar para evaluar el riesgo cardiovascular (6).

La principal causa de muerte en América Latina es la enfermedad cardiovascular (ECV) (7). Las ECV comprenden un conjunto de alteraciones que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos (8). Existen múltiples factores de riesgo para su desarrollo, los cuales se manifiestan a edades cada vez más tempranas. Estudios han demostrado que una reducción de peso del 5 al 10 % en pacientes con

obesidad disminuye significativamente el riesgo de desarrollar una ECV (9).

En cuanto al ejercicio, este se define como “un tipo de actividad que es planificada y estructurada y que tiene la finalidad de mantener o mejorar uno o más componentes del cuerpo” (10). La falta de actividad física es un problema de salud, así como también un factor de riesgo de ECV (11). La OMS señala que el 60 % de la población mundial no realiza suficiente actividad física (12). En Argentina, la 4.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) reportó que, a medida que la edad aumenta, se observa mayor sedentarismo (11).

Con respecto a la fibra alimentaria, el Código Alimentario Argentino (CAA) la define como “cualquier material comestible que no sea hidrolizado por las enzimas endógenas del tracto digestivo humano” (13). La fibra contribuye al mantenimiento de la salud (14) modulando la absorción de los demás alimentos y cambiando la consistencia de las heces (9,15). Las dietas con alto contenido de fibra inducen a un mayor tiempo de masticación, producen un enlentecimiento del vaciamiento gástrico y mayor sensación de saciedad (16-18). Entre sus beneficios, se puede mencionar que ayuda a reducir el colesterol en sangre y atenuar los niveles de glucemia e insulina posprandial (15-17,19), mejora la función del intestino grueso y posee un efecto antiinflamatorio en enfermedades como la diabetes o las ECV (9,15,20). Hay varios estudios que demuestran que una ingesta elevada de fibra ayuda a disminuir el IMC, la CC y el peso corporal (9,17).

La OMS y las guías alimentarias para la población argentina (GAPA) recomiendan consumir diariamente al menos cinco porciones de frutas y verduras para cubrir la recomendación de 25-30 g de fibra (21,22). La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2 (ENNyS 2) refiere que, en Argentina, tres de cada diez individuos consumen fruta y/o verdura al menos una vez al día (23), lo cual está por debajo de las recomendaciones de las GAPA.

En 2020, Guzmán y Zorrilla evaluaron la asociación entre el consumo de fibra, el riesgo cardiovascular, el IMC y el colesterol total en adultos. Entre los resultados hallaron que la mayoría de las personas tiene riesgo cardiovascular alto y que más de la mitad muestra un consumo inadecuado de fibra. También demostraron que las personas que tienen un consumo inadecuado de fibra tienen mayor riesgo de presentar un alto nivel de colesterol total que las que tienen un consumo de fibra adecuado. No encontraron una relación significativa entre el consumo de fibra y el riesgo cardiovascular e IMC (24).

En Argentina, el sobrepeso y la obesidad son el principal problema de malnutrición, afectando a siete de cada diez adultos, sumado a que el consumo de frutas, verduras y legumbres es muy bajo (23). La ingesta alimentaria y la cantidad de ejercicio de las personas no coinciden con las recomendaciones de salud. El 60 % de la población tiene un balance de energía positivo y el 33 % de las calorías consumidas deriva principalmente de alimentos ultraprocesados (25). No se han encontrado estudios que referan la cantidad de fibra que se consume en Crespo, Entre Ríos, por ello, mencionando esta problemática, el presente estudio buscó responder el siguiente interrogante: ¿existe relación entre el consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular en adultos que asistieron a gimnasios en la ciudad de Crespo durante los meses de julio a septiembre de 2022?

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre el consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular en adultos que asistían a gimnasios en la ciudad de Crespo. Los objetivos específicos fueron analizar la frecuencia y cantidad de fibra consumida y, a partir de ello, categorizar el consumo; determinar el nivel de riesgo cardiovascular según la CC y el IMC; establecer el nivel de actividad física y determinar la relación entre el riesgo cardiovascular y variables sociodemográficas.

Metodología

Este estudio se realizó en gimnasios de la ciudad de Crespo, Entre Ríos, durante los meses de julio a septiembre de 2022. El diseño metodológico fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

La población del estudio estuvo conformada por adultos que asistían a gimnasios. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y la muestra incluyó a 180 personas. Los criterios de inclusión consideraron a personas de ambos sexos, entre 18 y 65 años, de cualquier profesión u ocupación, que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron a las mujeres embarazadas, y se eliminaron del análisis a quienes no completaron las encuestas, no permitieron la toma de medidas antropométricas o tenían un peso superior a 150 kg.

Se invitó a participar a las personas mediante visitas a los gimnasios. Los sujetos que aceptaron formar parte del estudio firmaron un consentimiento informado, en el cual se detallaron el uso y propósito de la investigación, así como el manejo del anonimato y la confidencialidad. Antes de realizar las visitas, se solicitó permiso a las instituciones a través de una carta proporcionada por la universidad. El instrumento utilizado incluyó una ficha de datos sociodemográficos, un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos con fibra y una encuesta de actividad física; todos ellos en modalidad autocompletada y en formato papel. Finalmente, se tomaron medidas de peso, talla y CC, que fueron registradas en una ficha diseñada para este propósito. Todo el proceso tuvo una duración total de 15 minutos.

Las variables del estudio fueron las siguientes: consumo de fibra, ejercicio y riesgo cardiovascular según la CC y el IMC. También se obtuvieron datos sociodemográficos, como edad, sexo y grado de escolaridad. Se agrupó y categorizó a las personas por edad, según criterios del investigador, en: joven, de 18 a 24; adulto joven, de 25 a 39; adulto, de 40 a 59, y adulto mayor, de 60 a 65 años.

La fibra es “cualquier material comestible que no sea hidrolizado por las enzimas endógenas del tracto digestivo humano” (13). La variable de consumo de fibra alimentaria fue evaluada a través del

instrumento de Guzmán y Zorrilla (24), modificado y adaptado con una posterior prueba piloto, luego de la cual se realizaron los ajustes pertinentes. Este cuestionario incluye una lista de 71 alimentos, con opciones de frecuencia de consumo que se dividen en “diario”, “semanal”, “mensual” y “no consume”. Si el alimento fue consumido mensual o semanalmente, se pidió especificar cuántas veces al día era consumido. Como punto de corte, se consideró “adecuado” a cada valor ≥ 25 g/día e “inadecuado” a cada valor < 25 g/día (21). Se utilizó una tabla para expresar la cantidad de fibra de los alimentos. La variable fue de tipo cualitativa, ordinal.

La segunda variable, el ejercicio, se define como “un tipo de actividad que es planificada y estructurada y que tiene la finalidad de mantener o mejorar uno o más componentes del cuerpo” (10). Para la recolección de datos, se utilizó el instrumento de la Universidad de Washington (26), modificado y adaptado luego de la prueba piloto, y que constó de 9 ítems. Se clasificaron los resultados en activo e inactivo. Para sintetizar por categoría el nivel de actividad física, se tomaron las respuestas afirmativas. Si las mismas correspondían a los ítems 1 al 5, esto significó que el nivel estuvo por debajo de lo recomendable, es decir, inactivo. Del ítem 6 en adelante, significó estar dentro de lo recomendable, por lo tanto, activo. La variable fue cualitativa, nominal.

Como tercera variable se tomó el riesgo cardiovascular como probabilidad de sufrir una ECV. Las ECV son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos (8). La CC es un índice muy confiable para conocer el riesgo cardiovascular debido a su relación con la grasa abdominal. La toma de la CC más recomendada es la cintura OMS. Esta se realizó al punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca, perpendicular al eje longitudinal del tronco, utilizando una cinta métrica metálica inextensible (27) marca MED-NIB. Como punto de corte para riesgo se tomó una circunferencia ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 94 cm en hombres, utilizando los valores establecidos por la OMS (28). La variable fue de tipo cualitativa, ordinal.

También se utilizó como predictor de riesgo al IMC, que se define como la relación entre el peso y la talla. En personas mayores de 19 años, de 25 a 29,9 kg/m² se diagnostica como sobrepeso y >30 como obesidad según los valores adoptados por la OMS (29). Se clasificó en riesgo bajo: <25 kg/m² y riesgo alto: >25 kg/m² (27). La variable fue de tipo cualitativa, ordinal. El cálculo del IMC se obtuvo por medio de las medidas antropométricas peso y talla. El peso mide la masa corporal total, aunque no define compartimientos (27). Para la toma de esta medida, se utilizó una balanza marca ATMA con una capacidad de 150 kg. Para obtener esta medición, el paciente debió estar de pie, con prendas livianas, parado en el centro de la balanza y con el peso distribuido uniformemente en ambos pies (27,30). La talla es “la distancia perpendicular entre el plano transversal del vertex y el plano inferior de los pies” (30). Para la recolección de este dato, se utilizó un tallímetro autoadhesivo

MEDNIB. Para la correcta medición, se usó el método propuesto por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK) (30).

Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata según la Resolución CEI n.º 81/22.

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 22.0 para Windows. Los datos recolectados por la frecuencia de consumo fueron trasladados a una planilla de Excel que permitió obtener el consumo promedio de fibra. Se realizó un análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Para el análisis bivariado, se utilizó la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95 %.

Resultados

Se evaluaron 180 personas, de tres gimnasios diferentes, con edades entre 18 y 65 años y una media de 39,47 (\pm 12,62) años. Se obtuvo una mayor participación de mujeres (73,3 %, n = 132) que de

hombres. El 42,8 % tenía el nivel secundario completo, mientras que el 0,6 % no tenía estudios (ver tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Sexo	n	%
Masculino	132	73,3
Femenino	48	26,7
TOTAL	180	100
Edad	n	%
Joven	25	13,9
Adulto joven	72	40,0
Adulto	67	37,2
Adulto mayor	16	8,9
TOTAL	180	100
Grado de escolaridad	n	%
Nivel primario completo	32	17,80
Nivel secundario completo	77	42,8
Nivel terciario o universitario completo	70	38,9
Sin estudios	1	0,6
TOTAL	180	100

En promedio, los participantes consumían 22,78 g de fibra ($\pm 12,42$) diariamente. El 69,4 % ($n = 125$) mostró un inadecuado consumo de fibra, mientras que el 30,6 % ($n = 55$) de los participantes tenía un consumo adecuado.

El 73,9 % tenía riesgo cardiovascular alto según el IMC, mientras que el 48,3 % tenía riesgo según la CC (ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de riesgo cardiovascular

Riesgo según el IMC	n	%
Alto riesgo	133	73,9
Bajo riesgo	47	26,1
Riesgo según la CC	n	%
Alto riesgo	87	48,3
Bajo riesgo	93	51,7

Con respecto al nivel de actividad física, el 63,9 % ($n = 115$) de las personas era activo, mientras que el 36,1 % ($n = 65$) era inactivo. Se pudo

observar que el grupo más activo fue el de adultos jóvenes y el más inactivo fue el de los adultos (ver tabla 3).

Tabla 3. Actividad física según la edad

Edad	Activo		Inactivo	
	n	%	n	%
Joven	15	60,0	10	40
Adulto joven	53	73,6	19	26,4
Adulto	36	53,7	31	46,3
Adulto mayor	11	68,8	5	31,3

Prueba chi-cuadrado de Pearson

$p = 0,099$

Al analizar los datos sociodemográficos y su relación con el riesgo cardiovascular, se encontró lo siguiente: entre la edad y el riesgo cardiovascular según la CC, se observó una asociación

estadísticamente significativa ($p = 0,02$), a mayor edad, mayor es el riesgo. No se halló asociación entre el grado de escolaridad ni el sexo con el riesgo cardiovascular según la CC (ver tabla 4).

Tabla 4. Riesgo cardiovascular según la CC y variables sociodemográficas

	Riesgo alto		Riesgo bajo		<i>p</i> *
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	66	50,0	66	50,0	0,458
Masculino	21	43,8	27	56,3	
Edad					
Joven	8	32,0	17	68,00	0,002
Adulto joven	26	36,1	46	63,9	
Adulto	43	64,2	24	35,8	
Adulto mayor	10	62,5	6	37,5	
Grado de escolaridad					
Sin estudios	1	100	0	0	0,56
Nivel primario completo	20	62,5	12	37,5	
Nivel secundario completo	40	51,9	37	48,1	
Nivel terciario o universitario completo	26	37,1	44	62,9	

*Prueba chi-cuadrado de Pearson

En cambio, sí se observó una asociación estadísticamente significativa entre el grado de escolaridad y el riesgo cardiovascular según el IMC ($p = 0,02$), a menor nivel de escolaridad alcanzado, mayor es el riesgo. También se encontró asociación

entre la edad y el riesgo cardiovascular según el IMC ($p = 0,02$), a mayor edad, mayor es el riesgo según el IMC. No se encontró asociación entre el sexo y el riesgo cardiovascular según el IMC (ver tabla 5).

Tabla 5. Riesgo cardiovascular según el IMC y variables sociodemográficas

	Riesgo alto		Riesgo bajo		<i>p</i> *
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	93	70,5	39	29,5	0,82
Masculino	40	83,3	8	16,7	
Edad					
Joven	14	56,0	11	44,0	0,002
Adulto joven	47	65,3	25	34,7	
Adulto	57	85,1	10	14,9	
Adulto mayor	15	93,8	1	6,3	

Grado de escolaridad	n	%	n	%	
Sin estudios	1	100	0	0	0,002
Nivel primario completo	30	93,8	2	6,3	
Nivel secundario completo	60	77,9	17	22,1	
Nivel terciario o universitario completo	42	60,0	28	40,0	

*Prueba chi-cuadrado de Pearson

Se pudo observar que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el consumo de fibra y el nivel de riesgo según la CC y el IMC. El 74,4 % de los participantes que tenían un consumo inadecuado de fibra mostraron que tenían riesgo cardiovascular alto; de los que tenían un consumo adecuado, el 72,7 % también mostró un

alto riesgo. Entre el nivel de actividad física y el consumo de fibra se observó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,008$), a mayor consumo de fibra, mayor actividad física, donde el 78,8 % de las personas con un consumo adecuado era activo, mientras que el 21,8 % era inactivo (ver tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el consumo de fibra, el riesgo cardiovascular y el ejercicio

	Consumo de fibra				p^*
	Consumo adecuado		Consumo inadecuado		
	n	%	n	%	
Riesgo cardiovascular CC					
Bajo riesgo	28	50,9	65	52,0	0,893
Alto riesgo	27	49,1	60	48,0	
Riesgo cardiovascular IMC					
Bajo riesgo	15	27,3	32	25,6	0,814
Alto riesgo	40	72,7	93	74,4	
Ejercicio					
Activo	43	78,2	72	57,6	0,008
Inactivo	12	21,8	53	42,4	

*Prueba chi-cuadrado de Pearson

Discusión

De manera similar a lo publicado en otras investigaciones (23,31,32), se observó que en la mayoría de la población el consumo de fibra sigue siendo inferior a lo recomendado. La mayoría de los encuestados tenían riesgo cardiovascular alto,

y este riesgo no está relacionado con un adecuado o inadecuado consumo de fibra, al igual que lo hallado en el estudio de Guzmán y Zorrilla (24). El riesgo cardiovascular es mayor a medida que la edad aumenta, lo que coincide con lo planteado

por otros autores (33,34). Al igual que un estudio realizado en Cuba (35), no se halló asociación entre el sexo y el riesgo cardiovascular, por lo que la proporción de enfermedad cardiovascular es similar en ambos sexos.

También se halló que el nivel de actividad física fue activo para la mayoría, y se destacó la participación de numerosos adultos mayores en los gimnasios. Las personas que tenían un nivel de ejercicio activo también mostraban un consumo adecuado de fibra.

Una limitación del instrumento sobre el consumo de fibra fue que no era exacto con la cantidad de veces que se consumía, en especial en el apartado

semanal. Para próximas investigaciones, se sugiere delimitar con exactitud la frecuencia de consumo.

Otra de las debilidades del estudio fue que, al momento de realizar la encuesta, las personas se veían imposibilitadas de contestarla por diferentes razones, por ello se les permitió que la llevaran a sus casas. La mayoría de estas personas devolvieron la encuesta, pero hubo algunas que no lo hicieron, lo que generó pérdida de tiempo y dinero.

Una recomendación es la utilización de material didáctico para familiarizar al encuestado con las porciones, medidas caseras y los distintos alimentos, y así disminuir el tiempo de la encuesta en futuras investigaciones.

Conclusión

Este estudio refleja que no hay relación entre el consumo de fibra y el riesgo cardiovascular. En promedio, se consumen 22,78 g de fibra al día, y más de la mitad de las personas presentó un nivel de actividad física activo. Más allá de los factores relacionados con la salud cardiovascular, el estudio

sirvió para corroborar que el consumo de fibra sigue siendo inadecuado y que es necesario realizar actividades educativas para aumentar el consumo de alimentos con fibra, ya que este nutriente tiene infinidad de beneficios; así como también reiterar la importancia de incorporar el ejercicio en la vida diaria.

Referencias bibliográficas

1. Pajuelo Ramírez J, Torres Aparcana L, Agüero Zamora R, Bernui Leo I. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *An Fac med* [Internet]. Marzo de 2019 [citado el 1 de abril de 2022];80(1):21-7. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15871/13645>
2. Malo Serrano M, Castillo MN, Pajita D. La obesidad en el mundo. *An Fac med* [Internet]. 17 de julio de 2017 [citado el 8 de abril de 2022];78(2):173-8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/13213/12344>
3. Jepsen R, Aadland E, Andersen JR, Natvig GK. Associations between physical activity and quality of life outcomes in adults with severe obesity: A cross-sectional study prior to the beginning of a lifestyle intervention. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 5 de noviembre de 2013 [citado el 8 de abril de 2022];11(1):187. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-187>
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2021 [citado el 1 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Valentino G, Bustamante MJ, Orellana L, Kramer V, Durán S, Adasme M, et al. Body fat and its relationship with clustering of cardiovascular risk factors. *Nutr Hosp* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado el 14 de abril de 2022];(5):2253-60. Disponible en: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8625>
6. Sarmiento Quintero F, Ariza A, Barboza García F, Canal de Molano N, Castro Benavides M, Cruchet Muñoz S, et al. Sobrepeso y obesidad: revisión y puesta al día de la Sociedad Latinoamericana

- de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 4 de julio de 2016 [citado el 18 de abril de 2022];46(2). Disponible en: <https://actagastro.org/sobrepeso-y-obesidad-revision-y-puesta-al-dia-de-la-sociedad-latinoamericana-de-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion-pediatica-slaghnp/>
7. Torresani ME, Somoza MI. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. 4.^a ed. Buenos Aires: Eudeba; 2016. Pp. 230, 826,827.
 8. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades cardiovasculares* [Internet]. 2017 [citado el 2 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
 9. Gutierrez-Verde DE, Gutierrez-Valverde RA, Gutiérrez-Rodríguez MA, Guzmán-Julca AO, Huamán-Bacilio HS, Juárez-Salinas LJ, et al. Efectos de la fibra dietética en la reducción de factores de riesgo cardiovasculares asociados a la obesidad. *Rev méd Trujillo* [Internet]. 9 de julio de 2021 [citado el 1 de abril de 2022];16(2):117-23. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3641/4316>
 10. Márquez S, De la Vega R. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutr Hosp* [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado el 15 de abril de 2022];31(6):2384-91. Disponible en: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8934>
 11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 4.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: resultados definitivos [Internet]. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; 2019 [citado el 16 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
 12. Márquez Arabia JJ. Inactividad física, ejercicio y pandemia COVID-19. *VIREF Revista de Educación Física* [Internet]. 26 de mayo de 2020 [citado el 1 de abril de 2022];9(2):43-56. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/342196/20806106>
 13. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). *Código Alimentario Argentino* [Internet]. 2021 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anmat_capitulo_v_rotulacion_actualiz_2021-08.pdf
 14. Seljak BK, Valenčič E, Hristov H, Hribar M, Lavriša Ž, Kušar A, et al. Inadequate intake of dietary fibre in adolescents, adults, and elderlies: Results of Slovenian representative SI. Menu Study Nutrients [Internet]. Noviembre de 2021 [citado el 4 de abril de 2022];13(11):3826. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/3826/htm>
 15. Organización Mundial de Gastroenterología. *La dieta y el intestino* [Internet]. World Gastroenterology Organisation (WGO). 2018 [citado el 13 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org>
 16. Villanueva Flores R. Fibra dietaria: una alternativa para la alimentación. *Ingeniería Industrial* [Internet]. 2019;(37):229-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3374/337461321011/html/>
 17. Almeida-Alvarado SL, Aguilar-López T, Hervert-Hernández D. La fibra y sus beneficios a la salud. *An Venez Nutr* [Internet]. Junio de 2014 [citado el 8 de abril de 2022];27(1):73-6. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2014/1/art-11/>
 18. Vilcanqui-Pérez F, Vilchez-Perales C. Fibra dietaria: nuevas definiciones, propiedades funcionales y beneficios para la salud; revisión. *ALAN* [Internet]. 2017 [citado el 1 de abril de 2022];67(2). Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2017/2/art-10/>
 19. Abreu y Abreu AT, Milke-García MP, Argüello-Arévalo GA, Calderón-de la Barca AM, Carmona-Sánchez RI, Consuelo-Sánchez A, et al. Fibra dietaria y microbiota, revisión narrativa de un grupo de expertos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología*

- de México [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado el 8 de abril de 2022];86(3):287-304. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090621000409>
20. Salas GG, Rodríguez Arce M, McNeil Chinnock A. Consumo de fibra dietética en la población urbana costarricense. RMUCR [Internet]. 24 de octubre de 2021 [citado el 1 de abril de 2022];15(2):1-13. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/48617>
 21. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la población Argentina [Internet]. 2020 [citado el 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>
 22. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. 2018 [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 23. Ministerio de Salud de la Nación. 2.ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2): indicadores priorizados [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://fagran.org.ar/documentos/seccion/organismos-nacionales/2020/01/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2/>
 24. Guzmán Yacamán LA, Zorrilla Cabrejo MG. Fuerza de asociación entre el consumo de fibra dietética, riesgo cardiovascular, índice de masa corporal y colesterol total en adultos que acuden a consulta externa del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2020 [tesis de grado]. Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/944>
 25. García SM, Fantuzzi G, Angelini J, Bourgeois M, Elgart J, Etchegoyen G, et al. Ingesta alimentaria en la población adulta de dos ciudades de la provincia de Buenos Aires: su adecuación a las recomendaciones nutricionales. RSAN [Internet]. 2018 [citado el 15 de abril de 2022];19(2):6. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_19/num_2/RSAN_19_2_38.pdf
 26. Centro de Investigación de Promoción de la Salud de la Universidad de Washington. Rapids Assessment of physical activity (RAPA) [Internet]. 2006. Disponible en: <https://depts.washington.edu/hprc/programs-tools/tools-guides/rapa/>
 27. Girolami D. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. 1.ª edición, 4.ª reimpresión. Buenos Aires: El Ateneo; 2014. Pp. 172, 180, 193.
 28. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011 [citado el 21 de abril de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. World Health Organization. Body mass index BMI [Internet]. [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
 30. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, De Ridder H. Protocolo internacional para la valoración antropométrica. 1.ª ed. Reino Unido: Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría; 2011. Pp. 52-54.
 31. Ortiz Medina FE, Padilla Raygoza N, Delgado Sandoval S del C. Correlación de la ingesta de fibra dietética con el índice de masa corporal en adultos jóvenes de Celaya, México. Jóvenes en la Ciencia [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado el 2 de abril de 2022];4(1):527-31. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2498/pdf1>

32. Garcia-Montalvo IA. Incremento en el consumo de fibra dietética complementario al tratamiento del síndrome metabólico. *Nutr Hosp* [Internet]. 10 de mayo de 2018 [citado el 13 de octubre de 2022];35(3):582-7. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1504>
33. Paramio Rodríguez A, González Bernabé LE, Lasoncex Echenique D, Pérez Acosta E, Carranza Garcés E, Paramio Rodríguez A, et al. Riesgo cardiovascular global en el adulto mayor vinculado a los programas de actividad física comunitaria. *CorSalud* [Internet]. Septiembre de 2020 [citado el 21 de octubre de 2022];12(3):318-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2078-71702020000300318&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Revueltas Agüero M, Valdés González Y, Serra Larín S, Barceló Pérez C, Ramírez Sotolongo JC, Batista Gutiérrez L, et al. El sobrepeso, la obesidad y el riesgo cardiovascular en una población. *Hig Sanid Ambient* [Internet]. 2020 [citado el 21 de octubre de 2022];20(3):1897-904. Disponible en: <https://saludpublica.ugr.es/investigacion/revista-electronica/contenido/2020>
35. Valdés Ramos ER, Álvarez Aliaga A, Valdés Bencosme ER, Valdés Bencosme NN. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica según el sexo en personas de edad mediana con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología* [Internet]. Agosto de 2021 [citado el 21 de octubre de 2022];32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-29532021000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. *Nutrinfo.com*. *Vademecum* [Internet]. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.nutrinfo.com/vademecum>

Lista de abreviaturas y siglas

CAA: Código Alimentario Argentino
 CC: circunferencia de cintura
 ECV: enfermedad cardiovascular
 ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
 ENNyS 2: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2
 GAPA: Guías Alimentarias para la Población Argentina
 IMC: índice de masa corporal
 ISAK: Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría
 OMS: Organización Mundial de la Salud
 RAPA: evaluación rápida de la actividad física

6. Prevalencia de insomnio en una población adulta de una localidad de Entre Ríos

Prevalence of insomnia in an adult population in a town in Entre Ríos

Miriam Torrontegui Sanfín

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
torron575@gmail.com

Recibido: 9 de febrero de 2024

Aceptado: 20 de junio de 2024

Resumen

Objetivo. El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de insomnio dentro de la población adulta en un municipio específico de la provincia de Entre Ríos, Argentina. Se pretendió también realizar un análisis detallado de las características sociodemográficas presentes en la muestra seleccionada.

Metodología. Este estudio transversal descriptivo se realizó en el centro de atención primaria de salud Dr. Haroldo Janetzkó en Villa Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina, con participantes mayores de 18 años. Se empleó la Escala Atenas de Insomnio para evaluar la presencia de insomnio. Los datos fueron recolectados de manera consecutiva y sistemática, preservando la confidencialidad de los participantes, de quienes se obtuvo un consentimiento informado. El análisis estadístico se llevó a cabo respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Resultados. Un total de 200 pacientes participaron en el estudio, de los cuales el 56,5 % eran mujeres y el 43,5 % eran hombres. Estos pacientes presentaron una puntuación media de 6,075 en la Escala Atenas de Insomnio, lo que indica una presencia moderada de insomnio. El ítem que obtuvo la puntuación media más alta fue el relacionado con el nivel de somnolencia diurna, seguido por la presencia de despertares durante la noche. La prevalencia estimada de insomnio en la muestra fue del 44 %.

Conclusión. Los resultados obtenidos, además de mostrar una prevalencia del insomnio superior a la media nacional, ratifican la existencia de una asociación más alta entre el insomnio y ciertas variables como el sexo y la situación laboral observada previamente en estudios anteriores. En cualquier caso, un trabajo más amplio y representativo permitiría corroborar las tendencias resultantes y, a su vez, explicar ciertas relaciones inesperadas y contrarias a lo señalado en otras investigaciones.

Palabras claves

Insomnio — Prevalencia — Escala Atenas de Insomnio — Población adulta — Centro de atención primaria

Abstract

Objective. The goal of this research is to determine the prevalence of insomnia in an adult population in a specific city in the province of Entre Ríos, Argentina; at the same time it is intended to make a detailed analysis of the socio-demographic characteristics present in the selected sample.

Methodology. This transversal descriptive study was made in the Dr. Haroldo Janetzko Primary Health Care Center in Villa Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina, with participants older than 18. The Athens Insomnia Scale was employed to evaluate the presence of insomnia. Data were collected consecutively and systematically, preserving the confidentiality of participants and obtaining their informed consent. The statistical analysis was made observing the ethical principles of the Declaration of Helsinki.

Results. A total of 200 patients participated in the study, of which 56.5% were women and 43.5% were men. These patients showed a mean score of 6.075 in the Athens Insomnia Scale, that indicates a moderate presence of insomnia. The item that scored the highest mean score was related to the level of daytime sleepiness, followed by the presence of awakenings during the night. The estimated prevalence of insomnia in the sample was 44%.

Conclusion. Obtained results, besides showing a prevalence of insomnia higher than the national mean, confirm the existence of a higher association between insomnia and certain variables, like gender and employment status, as seen in previous studies. In any case, a more comprehensive and representative work would corroborate the resulting trends and in turn explain certain unexpected relations opposite to what was shown in other research.

Keywords

Insomnia — Prevalence — Athens Insomnia Scale — Adult population — Primary care center

Introducción

El insomnio, catalogado como un trastorno del sueño ampliamente reconocido, ha emergido como una seria preocupación de salud a nivel mundial debido a su alta prevalencia y las repercusiones multifacéticas que inflige en la salud y el bienestar de los individuos. Este trastorno está caracterizado por dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares tempranos o un descanso nocturno no reparador, lo que conlleva una sensación persistente de fatiga y afecta negativamente el funcionamiento diario. Más allá de sus manifestaciones inmediatas, el insomnio no solo interrumpe la duración y calidad del sueño, sino que también desencadena consecuencias considerables en la salud física, mental y social de quienes lo padecen.

A nivel mundial, el insomnio se cuenta entre los trastornos del sueño de mayor prevalencia. Estudios recientes sugieren que entre el 10 y el 48 % de la población adulta mundial experimenta insomnio en diversas formas, ya sea de manera ocasional, transitoria o crónica (1). Además, se ha informado que entre el 6 y el 10 % de la población sufre insomnio crónico (2). La variabilidad en estas cifras de prevalencia se atribuye a la diversidad en la

definición del trastorno, así como a las particularidades sociodemográficas y culturales de las poblaciones estudiadas. La prevalencia del insomnio tiende a ser más elevada en las mujeres que en los hombres, y se presenta con mayor frecuencia en la población geriátrica (3). Situaciones como el desempleo y un bajo nivel socioeconómico también se han asociado con un aumento en la prevalencia del insomnio (4).

Los efectos del insomnio trascienden la mera calidad de vida y el bienestar general, y se vinculan con riesgos considerables para la salud. Se ha documentado su asociación con un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión y la ansiedad (5); también con el desarrollo de condiciones médicas crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y trastornos metabólicos (6). Además, el insomnio puede afectar adversamente el rendimiento cognitivo, la productividad laboral y la calidad de las relaciones interpersonales, lo que, a su vez, incide en el funcionamiento diario y la salud general de los afectados (7).

El diagnóstico del insomnio se establece clínicamente y, según el DSM-V (8), se manifiesta

como insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, incluyendo uno o más de los siguientes criterios: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantenerlo, despertar temprano, al menos tres veces por semana durante tres meses, a pesar de tener la oportunidad de dormir. Existen varias herramientas clínicas para evaluar su presencia, como la Escala Atenas de Insomnio y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (9). Debido al impacto generalizado del insomnio en la salud pública, se ha suscitado una creciente necesidad de comprender sus implicaciones y desarrollar estrategias, tanto a nivel individual como general mediante

políticas de salud pública, para mitigar su incidencia y efectos perjudiciales.

El propósito fundamental de este estudio fue valorar la prevalencia del insomnio en un municipio específico de la provincia de Entre Ríos, Argentina. En primer lugar, se pretendió determinar la prevalencia global del insomnio en la población adulta, comparándolo con el de la media nacional. En segundo lugar, se buscó valorar, de manera más específica, las posibles relaciones existentes entre el insomnio y diversas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación laboral y nivel de escolaridad).

Metodología

El presente estudio se realizó en el centro de atención primaria de salud (CAPS) Dr. Haroldo Janetzko de Villa Libertador San Martín, provincia de Entre Ríos, durante los meses de octubre y noviembre de 2023.

La población incluida en el estudio estuvo compuesta por pacientes mayores de 18 años. Aquellos pacientes que rehusaron participar en el estudio o que tenían un deterioro cognitivo avanzado incompatible con una buena evaluación quedaron excluidos.

El estudio se desarrolló siguiendo un enfoque descriptivo, observacional y de corte transversal. Se implementó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra se seleccionó entre los individuos que habían reservado cita con el médico clínico durante su horario de atención en el CAPS. Esta estrategia de muestreo no aleatorio facilitó la obtención de datos de una muestra disponible y accesible en el entorno clínico, permitiendo la evaluación de la calidad del sueño en dicha población.

El instrumento que se utilizó para evaluar la calidad del sueño fue la Escala Atenas de Insomnio (ver anexo), conocida como *Athens Insomnia Scale* (AIS), validada al español por Nenclares y Jiménez (10) y ampliamente utilizada. La escala permite identificar la presencia subjetiva de insomnio. Es un instrumento autoadministrado diseñado

para cuantificar subjetivamente el insomnio, basándose en los criterios diagnósticos de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento (ICD-10). Consta de ocho ítems: los primeros cuatro evalúan los aspectos cuantitativos y cualitativos del insomnio y los últimos tres, el impacto diurno de este. Cada pregunta se responde según una escala de cuatro opciones (0-3 puntos), cuanto mayor es el número, más severo es el síntoma. Una puntuación superior a 6 indica presencia de insomnio (10).

La presentación del análisis descriptivo incluye la exposición de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. La prevalencia de insomnio se ha calculado junto con sus intervalos de confianza al 95 %. En el estudio de la relación entre las variables sociodemográficas y los elementos de la escala ISI con respecto al insomnio, se ha aplicado la prueba de chi cuadrado.

Se mantuvo un estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y otras regulaciones nacionales e internacionales. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y se preservó la confidencialidad de los datos recogidos. Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata según la Resolución CEI n.º 117/23.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 200 individuos con una ligera predominancia de mujeres (56,5 %, n = 113) en comparación con los hombres (43,5 %, n = 87) (ver tabla 1).

Tabla 1. Asociación de variables sociodemográficas con el insomnio

	Muestra total (n = 200) N (%)	Sin insomnio (n = 112) N (%)	Con insomnio (n = 88) N (%)	χ^2	p
Sexo					
Mujer	113 (56,5 %)	54 (48 %)	59 (52 %)	7,11	0,0076
Hombre	87 (43,5 %)	58 (66,6 %)	29 (33,3 %)		
Grupos de edad					
<30 años	73 (36,5 %)	33 (42 %)	40 (58 %)	6,46	0,091
30-44 años	58 (29 %)	34 (59 %)	24 (41 %)		
45-65 años	48 (24 %)	30 (62,5 %)	18 (37,5 %)		
>65 años	21 (10,5 %)	15 (71,5 %)	6 (28,5 %)		
Estado civil					
Soltero	79 (39,5 %)	33 (42 %)	46 (58 %)	12,99	0,046
Casado	93 (46,5 %)	63 (68 %)	30 (32 %)		
Divorciado	23 (11,5 %)	12 (52,2 %)	11 (47,8 %)		
Viudo	5 (2,5 %)	4 (80 %)	1 (20 %)		
Situación laboral					
Trabaja	115 (57,5 %)	69 (60 %)	46 (40 %)	13,92	0,0075
Desempleado	6 (3 %)	0 (0 %)	6 (100 %)		
Jubilado	22 (11 %)	16 (73 %)	6 (27 %)		
Estudiante	42 (21 %)	18 (43 %)	24 (57 %)		
Amo/a de casa	15 (7,50 %)	9 (60 %)	6 (40 %)		
Nivel de escolaridad					
Ninguno	6 (3 %)	0 (100 %)	6 (100 %)	13,49	0,0093
Nivel primario	12 (6 %)	10 (83,4 %)	2 (16,6 %)		
Nivel secundario	90 (45 %)	52 (57,8 %)	38 (42,2 %)		
Nivel superior	92 (46 %)	50 (54,4 %)	42 (45,6 %)		

Se encontró una distribución variada en los grupos de edad. El grupo más representado en la muestra corresponde a personas menores de 30 años (36,5 %), seguido por el grupo de 30 a 44 (29 %), luego el de 45 a 65 (24 %) y, finalmente, los mayores de 65 años (10,5 %). Con respecto al estado civil de los encuestados, el 46,5 % estaban casados, el 39,5 %, solteros, el 11,5 %, divorciados y solo el 2,5 % eran viudos.

Los encuestados mostraron una variedad de situaciones laborales. La mayor proporción corresponde a aquellos que contaban con trabajo estable (57,5 %), seguidos por estudiantes (21 %), jubilados (11 %), amas de casa (7,5 %) y desempleados (3 %). La muestra también exhibe diversidad en términos de nivel educativo, casi la mitad (46 %) tiene educación superior, el 45 %, educación secundaria, el 6 %, educación primaria, y un 3 % no tiene estudios.

De los 200 participantes del estudio, el 44 % de ellos (IC 95 % 36-52) reportó experimentar insomnio.

Se observaron diferencias significativas en la distribución de género entre aquellos con insomnio ($X^2 = 7,11; p = 0,00$), siendo las mujeres las que se ven mayormente afectadas. Si bien las

pruebas estadísticas no revelaron diferencias significativas ($X^2 = 6,46; p = 0,09$) en la prevalencia de insomnio entre grupos de edad, se observa una tendencia más pronunciada en los individuos menores de 30 años, con el 58 %, en comparación con aquellos mayores de 65 años, donde la prevalencia es del 28,5 %. El insomnio está asociado al estado civil ($X^2 = 12,99; p = 0,04$) y afecta principalmente a los individuos solteros. La situación laboral también se asoció significativamente con el insomnio ($X^2 = 13,92; p = 0,00$), siendo más prevalente entre los desempleados.

Se encontraron diferencias significativas ($X^2 = 11,49; p = 0,00$) al analizar el insomnio según el nivel educativo, el cual afecta mayormente a quienes no tienen educación formal, mientras que la incidencia fue menor en individuos con educación superior.

Al analizar los resultados de cada ítem de la Escala Atenas de Insomnio (ver tabla 2), se puede obtener información específica sobre qué aspectos del sueño son los más afectados. El ítem para el que se obtuvo mayor puntuación media fue el relativo al nivel de somnolencia diurna: 1,06, seguido del relativo a presencia de despertares durante la noche: 0,83.

Tabla 2. Resultados de la Escala Atenas de Insomnio por ítem y total

	Ítem	Media
	Inducción del dormir	0,77
	Despertares en la noche	0,83
	Despertar final temprano	0,715
	Duración total del dormir	0,74
	Calidad del dormir	0,75
	Bienestar en el día	0,67
	Funcionamiento diurno	0,53
	Somnolencia diurna	1,06
Puntuación global (0-24)		6,075

La puntuación global de 6,075 en la escala Atenas señala la presencia de síntomas moderados de insomnio en la muestra bajo evaluación. Esta

interpretación se basa en la consideración de que puntuaciones iguales o superiores a 6 indican la experiencia de un nivel moderado de insomnio.

Discusión

En primer lugar, y con referencia a los datos globales, de acuerdo con una encuesta llevada a cabo por el Observatorio de Psicología Social Aplicada, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (12), el porcentaje de personas que experimentan una alteración del sueño asciende al 75,95 %. De manera más específica, el mencionado trabajo, de carácter nacional y llevado a cabo en el año 2022, señala que el 38,61 % de la población presenta insomnio o sueño interrumpido. Si se comparan estos datos con los recopilados en la presente investigación, se observa que la prevalencia de insomnio estimada en la localidad objeto de estudio es mayor a la que se encuentra en la población general.

Algunos de los resultados obtenidos concuerdan con lo previsto según lo señalado en trabajos previos, mientras que otros presentan peculiaridades que requieren una explicación. Por ejemplo, en consonancia con lo observado generalmente en los estudios (13), en el presente trabajo se observa de manera clara que la prevalencia del insomnio es mayor en las mujeres (52 %) que en los hombres (33,3 %). De igual modo, la relación existente entre la situación laboral y los problemas de sueño, especialmente con la población desempleada (100 %), era previsible. Lo mismo cabe señalar (14), aunque de manera parcial, en lo relacionado con el nivel de escolaridad, si consideramos dicho nivel como un referente de la situación socioeconómica de los encuestados. En este sentido, todos aquellos que carecen de formación reglada alguna han manifestado verse afectados por el insomnio. Por último, en la misma línea argumental, los datos recogidos señalan una relación esperada (15), aunque con alguna excepción que posteriormente se mencionará, entre el estado civil y el insomnio. Los porcentajes presentados por el conjunto de solteros y divorciados están dentro de lo previsible.

Frente a lo señalado en el párrafo anterior, los resultados vinculados con otras variables no han sido los previstos. Así sorprende contemplar que, al examinar las respuestas de acuerdo con los distintos grupos de edad, el colectivo menos afectado por el insomnio sea el de mayor edad (>65 años). De manera reiterada, la literatura académica señala que las alteraciones del sueño son más frecuentes en las personas de edad avanzada (16). Los datos del presente trabajo muestran que, de acuerdo con lo manifestado por los encuestados, el porcentaje de personas afectadas por el insomnio aumenta a medida que la edad disminuye, siendo el grupo de población con menos de 30 años los más afectados por el problema. Las pruebas estadísticas realizadas no revelaron diferencias significativas en la prevalencia de insomnio entre distintos grupos de edad. En relación con estos datos, cabría suponer que las peculiaridades propias de la localidad (población predominantemente estudiantil, entorno académico, población longeva y con arraigadas creencias religiosas...) podrían explicar, siquiera parcialmente, los mismos.

En síntesis, se observa que casi la mitad de la muestra presenta síntomas de insomnio. El perfil de aquellos que experimentan insomnio se caracteriza mayormente por ser mujeres, solteras y con niveles educativos bajos. Cabe mencionar que la muestra corresponde a pacientes de un centro de salud; sabido es que una muestra compuesta por personas que acuden a consulta no resulta representativa de la población general, ya que, tal y como evidencian las investigaciones (17), presentan mayores problemas para conciliar el sueño.

Dada la importancia de los comportamientos poco saludables, de los altos niveles de estrés y del acceso limitado a la atención médica como mediadores clave en la relación existente entre el nivel socioeconómico y la calidad del sueño (14), resultaría conveniente prestar la debida atención a

dichos factores y abordarlos con cierta sistematicidad desde una perspectiva preventiva.

En sintonía con lo dicho en el párrafo anterior, resultaría apropiado que en futuros trabajos se considerara la posibilidad de añadir un cuestionario relacionado con los hábitos de estilo de

vida, lo cual enriquecería en gran medida la investigación evidenciando la existencia de factores relevantes para explicar los resultados presentes, de manera implícita, en las categorías ya establecidas en el estudio.

Conclusión

Tal y como ya se ha señalado, los resultados globales muestran la existencia de una prevalencia de insomnio mayor que la media nacional entre los encuestados asistentes al consultorio de clínica médica del CAPS Dr. Haroldo Janetzko en Villa Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina.

De igual modo, los datos evidencian la presencia de una relación entre el insomnio y las variables relacionadas con el sexo, el estado civil, la situación laboral y el nivel de escolaridad (tomado como referente socioeconómico).

Referencias bibliográficas

1. Mai E, Buysse DJ. Insomnia: Prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep Med Clin* [Internet]. Febrero de 2008;3(2):167-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.02.001>
2. Roth T. Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 15 de agosto de 2007;3(suplem. 5):7-10. Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.26929>
3. Bhaskar S, Hemavathy D, Prasad S. Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities. *J Family Med Prim Care* [Internet]. Octubre de 2016;5(4):780-4. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.201153>
4. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnio: actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurol Arg* [Internet]. Mayo de 2016;8(3):201-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.05.008>
5. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Groselj LD, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* [Internet]. Diciembre de 2017;26(6):675-700. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
6. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J* [Internet]. Junio de 2011;32(12):1484-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr007>
7. Fernández-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on physical and mental health. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2013;15(418):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0384-8>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.ª edición. Panamericana; 2020.
9. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología* [Internet]. 2007;23(1):109-17. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.23.1.29>
10. Nenclares Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental* [Internet]. 2005;28(5):35-39. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n5/0185-3325-sm-28-05-34.pdf>

11. Moreno-Tamayo K, Manrique-Espinoza B, Guerrero-Zúñiga S, Ramírez-García E, Sánchez-García S. Sex differences in the association between risk of obstructive sleep apnea, insomnia, and frailty in older adults. *Nat Sci Sleep* [Internet]. 2021;13:1461-72. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/NSS.S326953>
12. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, Grasso J. Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. Buenos Aires: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Noviembre de 2021. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/opsa_salud_mental_poblacion_argentina_2022.pdf
13. Mundt JM, Dietch JR. Sex and gender differences. En Kushida CA (ed.), *Encyclopedia of sleep and circadian rhythms*. Vol. 3, 2.^a ed. Elsevier. Pp. 196-203.
14. Papadopoulos D, Sosso FAE. Socioeconomic status and sleep health: A narrative synthesis of 3 decades of empirical research. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2023;19(3):605-20. Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.10280>
15. Olfson M, Wall M, Liu SM, Morin CM, Blanco C. Insomnia and impaired quality of life in the United States. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008;79(5). Disponible en: <https://doi.org/10.4088/JCP.17m12020>
16. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: A review. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2018;14(6):1017-24. Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.7172>
17. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Hedner J. Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. *Sleep Med* [Internet]. 2010;11(10):987-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.019>

Anexo

Escala Atenas de Insomnio

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones. Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

**Inducción del dormir (tiempo que le toma que-
darse dormido una vez acostado).**

0. Ningún problema.
1. Ligeramente retrasado.
2. Marcadamente retrasado.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertarse durante la noche

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa.

7. Fuentes de información sobre nutrición y su influencia en la toma de decisiones en la alimentación*

Sources of information about nutrition and their influence in decision-making in feeding

Flavia Marianela Schinke

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
flavia.schinke@uap.edu.ar

Ivón Joary Padilla Pavón

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
ivon.padilla@uap.edu.ar

Recibido: 7 de mayo de 2024

Aceptado: 14 de junio 2024

Resumen

Introducción. Los saberes sobre la nutrición y la alimentación, así como la forma de transmitir esa información, han sido diferentes con el paso de los años. La alimentación y la nutrición de las personas se ven influenciadas por diversos factores, no solo individuales, sino también sociales, según indica la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El objetivo general de este trabajo fue identificar las fuentes de información sobre nutrición y cuánto influyen en la toma de decisiones respecto a la alimentación de las personas mayores de 18 años de la ciudad de Viale durante el año 2023.

Metodología. El estudio se realizó en la ciudad de Viale, Entre Ríos, desde julio a diciembre de 2023. El diseño fue correlacional, retrospectivo y transversal, con alcance descriptivo y enfoque cuantitativo. La selección de los participantes se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia. Las principales variables estudiadas fueron sexo, edad, nivel de educación, fuentes de información, nivel de confianza, probabilidad de la puesta en práctica y redes sociales.

Resultados. Las fuentes de información sobre nutrición que refirieron utilizar los participantes con mayor frecuencia fueron las redes sociales, nutricionistas con matrícula habilitante y sitios de internet. Se encontró relación estadísticamente significativa entre informarse con nutricionistas con matrícula habilitante ($p = 0,035$) y redes sociales ($p = 0,027$) y la edad de los participantes. En cuanto al nivel de confianza, de acuerdo con las fuentes de información más utilizadas, se encontró que nutricionistas con matrícula habilitante fue aquella que les generaba más confianza.

Conclusión. Este estudio muestra que las personas se informan en gran medida a través de las redes sociales y de sitios de internet, sobre todo en las poblaciones más jóvenes, aunque sí mostraron un alto nivel de confianza en fuentes asociadas a profesionales de la salud.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Palabras claves

Fuentes de información — Redes sociales — Sitios web — Nutricionistas — Confianza

Abstract

Introduction. Knowledge about nutrition and food, as well as the way of transmitting this information, has been different over the years. People's food and nutrition are influenced by various factors, not only individual, but also social, according to the Food and Agriculture Organization of the United Nations. The general aim was to identify the sources of information on nutrition and how much they influence decision-making regarding to the diet of people over 18 years of age in the city of Viale during the year 2023.

Methodology. The study was carried out in the city of Viale, Entre Ríos, since July to December 2023. The design was correlational, retrospective and transversal, with a descriptive scope and quantitative approach. The selection of participants was carried out by non-probabilistic sampling for convenience. The main variables studied were sex, age, level of education, sources of information, level of trust, probability of implementation and social networks.

Results. The most frequently used source of information they reported to learn about nutrition were social media, licensed nutritionists, and websites. A statistically significant relationship was found between obtaining information from licensed nutritionists ($p=0.035$) and social media ($p=0.027$), and the age of the participants. Regarding to the level of trust, according to the most used sources of information, it was found that licensed nutritionists were the ones that generated the most trust.

Conclusion. This study shows that people largely obtain information through social media and websites, especially in younger populations, although they did show a high level of trust in sources associated with health professionals.

Keywords

Sources of information — Social media — Websites — Nutritionists — Trust

Introducción

Los saberes sobre la nutrición y la alimentación, así como la forma de transmitir esa información, han sido diferentes con el paso de los años. Años atrás, los conocimientos sobre las formas de preparación de los alimentos o sus propiedades para la salud eran transmitidos por el saber popular. Con el avance de la ciencia, se han podido comunicar a la población las características de los alimentos que son consumidos, así como las mejores formas de conservación de los productos alimenticios para ser mejor aprovechados. Sin embargo, lo importante no es simplemente el acceso a la información sobre los alimentos, sino que este debe estar acompañado de educación alimentaria certera para que las personas puedan tomar mejores decisiones respecto a su alimentación (1).

La alimentación y la nutrición de las personas se ven influenciadas por diversos factores, no solo individuales, sino también sociales, según indica la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Tanto la divulgación de la información como la disposición de herramientas útiles logran cambios en pos de una mejora en la alimentación y la nutrición de la comunidad (2).

Promover la salud de las personas implica trabajar en entornos que sean positivos para el bienestar, procurar que haya una participación por parte de la comunidad, velar por los sistemas de salud, entre otros (3).

Todos los miembros de una comunidad necesitan manejar información nutricional para mantener prácticas nutricionales adecuadas (4), de esta

manera, se conduce a las nuevas generaciones a alcanzar hábitos alimentarios saludables (5).

Muchas personas se interesan por aprender más sobre nutrición y esto lleva a que se informen mediante diferentes fuentes de información, ya sean formales o informales, según destacan diversos estudios. Las necesidades de información que hay son variadas y específicas, como en casos de embarazos o enfermedades. También se ha visto que existen poblaciones, como los adolescentes y adultos jóvenes, que no son atraídas por las fuentes de información formales, lo que lleva a que reciban educación a partir de medios de comunicación poco confiables (6-12).

La edad y el nivel de escolaridad son factores que influyen en el manejo de la información recibida, en la elección de las fuentes de información a las que se recurre y en el autocuidado, sobre todo cuando se refiere al manejo de enfermedades (13). Los mayores niveles de educación alcanzada y la edad más avanzada también se relacionan positivamente con el conocimiento que tienen las personas sobre nutrición (14).

Algunas investigaciones realizadas en diferentes poblaciones han detectado que una de las fuentes de información más consultadas por las personas es internet. Tanto en redes sociales como en sitios web se encuentran datos, noticias y testimonios sobre salud y nutrición a los que muchas personas pueden acceder. Además, se ha observado que estos espacios son los que más atraen a adolescentes y adultos jóvenes debido al formato utilizado, la forma de transmitir información y la practicidad que brindan (6,8-10,15-18).

La práctica de obtener información sobre nutrición de fuentes distintas a los licenciados en nutrición no siempre se debe a un desconocimiento de esta profesión o a una subestimación de sus conocimientos en esa área. Esta situación se puso de manifiesto en una investigación realizada con atletas, donde se encontró que estos reconocían a los nutricionistas como los profesionales más capacitados para brindar información sobre nutrición. Sin embargo, no siempre tenían acceso a nutricionistas en quienes confiar o que estuvieran cerca de ellos (como podría ser el caso de otras personas, como sus

entrenadores) para realizar consultas o para obtener educación en el ámbito de la nutrición (19).

El tiempo destinado al uso de redes sociales ha aumentado luego del confinamiento por la pandemia del COVID-19, según Goodyear et al. Además, de los diferentes tipos de información recibidos, los que más influyen en la vida de las personas son los relacionados con la alimentación y con un estilo de vida saludable, incluso cuando se tiene una opinión neutral respecto a la confianza sobre la fuente de información (20).

Por otra parte, ciertos hallazgos también apuntan a que la gente recurre a las personas allegadas como fuentes de información sobre nutrición, ya sea que también se consulte con profesionales o no. Se encontró que les interesaba conocer opiniones y experiencias de otras personas para sacar sus propias conclusiones (8-10).

Se ha observado que la población actual tiene acceso a una abundancia de información, la cual, en muchos casos, está desorganizada, lo que conduce a la desinformación y a la infoxicación. Esto significa que las personas no solo están mal informadas, sino que también se ven abrumadas por la cantidad de información que reciben. Asimismo, en investigaciones previas, se ha señalado que la información relacionada con la nutrición a menudo es confusa y cambiante. Por lo tanto, es importante educar a las comunidades para que puedan discernir entre la información verídica y la que no lo es (16,21,22).

Es importante conocer este tema para incentivar la presencia de profesionales de la nutrición en los sitios donde las personas frecuentemente buscan información y de la manera en que lo hacen. Esto es fundamental para que las poblaciones tengan información actualizada sobre nutrición y no abunde la desinformación. Además, esto puede ser útil para influir en las decisiones que toman las personas sobre la nutrición y lograr cambios positivos en su salud.

El problema de esta investigación fue el siguiente: ¿cuáles son las fuentes de información que tienen sobre nutrición y cuánto influyen estas en la toma de decisiones respecto a la alimentación de las personas mayores de 18 años de la población de Viale durante el año 2023?

El objetivo general fue identificar las fuentes de información sobre nutrición y cuánto influyen en la toma de decisiones respecto a la alimentación de las personas mayores de 18 años de la ciudad de Viale durante 2023. Los objetivos específicos fueron los siguientes: explorar las fuentes de información utilizadas; examinar si las personas recurren a profesionales del área de la nutrición

para corroborar la información que poseen; comparar las fuentes de información sobre nutrición según las edades; indagar si la información que reciben las personas sobre nutrición es compartida con los demás, y determinar si las personas confían en las diferentes fuentes de información sobre nutrición a las que tienen acceso.

Metodología

El estudio se realizó en la ciudad de Viale, Entre Ríos, entre julio y diciembre de 2023. El diseño fue correlacional, retrospectivo y transversal, con alcance descriptivo y enfoque cuantitativo.

La selección de los participantes se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: personas que aceptaran participar del estudio, mayores de 18 años y residentes de Viale. Los profesionales o estudiantes del área de la salud quedaron excluidos. El tamaño de la muestra fue de 518 participantes.

Entre las variables establecidas se encuentran las siguientes: sexo, la cual se midió en “femenino” y “masculino”, la edad en años y el nivel de educación formal alcanzado. La variable edad se agrupó en tres categorías: 18-30, 31-44 y 45-70 años. Luego se encuentran las variables frecuencia de información en nutrición; fuentes de información; seguridad sobre las fuentes de información; nivel de confianza; percepción de la influencia de las fuentes de información; probabilidad de la puesta en práctica; existencia de cambios en las decisiones respecto a la alimentación; corroboración de la información; compartir la información; utilización de las redes sociales para informarse sobre nutrición; redes sociales; seguimiento de *influencers* nutricionales en redes sociales, y percepción del aumento del conocimiento. Todas estas se midieron con una respuesta de opción múltiple.

La variable “seguimiento de *influencers* nutricionales en redes sociales” fue extraída de un instrumento de recolección de datos de un estudio realizado por Martínez Gayá y Carrero Bosch (23), adaptado para este estudio. El resto de las variables

pertenecen a un instrumento de recolección de datos de elaboración propia.

Se presentó un formulario de consentimiento informado (ver anexo 1) mediante el cual se les solicitó a las personas que aceptaran participar de la encuesta antes de empezar. Luego se expuso la encuesta, la cual fue elaborada como un cuestionario en línea de Google Forms con 23 preguntas (ver anexo 2). No se pidieron datos identificatorios, por lo que se mantuvo el anonimato de los participantes.

Previamente, se realizó una prueba piloto con quince personas, de forma presencial, para verificar la comprensión de la encuesta. Además, el instrumento fue evaluado por jueces expertos en el área y se realizaron las modificaciones necesarias.

Los procedimientos de recolección de datos fueron la difusión del cuestionario a través de redes sociales digitales, personas allegadas y medios de comunicación. Los participantes debieron ingresar al enlace que los redirigió al formulario y responder si deseaban o no participar de la encuesta; si aceptaban, comenzaban a responder las preguntas. Una vez que hubieran terminado de contestar todas las consignas, debían seleccionar la opción de enviar el formulario.

Los datos fueron cargados y analizados con el software *Perfect Statistical Professional Presented* (PSPP) versión 1.6.2. Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando medidas de tendencia central, dispersión y forma (asimetría y curtosis). Luego se procedió a realizar un análisis estadístico inferencial con la prueba de chi cuadrado. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 %.

El estudio y el consentimiento informado fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética

en Investigación de la Universidad Adventista del Plata (UAP) y registrados bajo la Resolución CEI n.º 60/23.

Resultados

En este estudio participaron 518 personas, residentes de la ciudad de Viale, de los cuales el 88,2 % ($n = 457$) eran mujeres. El promedio de edad fue de $34,67 \pm 12,10$ años (rango 18 a 70). El 32 % tenía un nivel de educación secundaria completa o menor, el 43,2 %, educación terciaria completa o incompleta, el 12 %, educación universitaria en curso o incompleta y el 12,7 %, educación universitaria completa.

Las fuentes de información que los participantes refirieron utilizar con mayor frecuencia para

informarse sobre nutrición fueron las siguientes: redes sociales (44,8 %; $n = 232$), nutricionistas con matrícula habilitante (38 %; $n = 197$) y sitios de internet (38 %; $n = 197$). Las fuentes utilizadas con menor frecuencia fueron: periódicos (18,3 %; $n = 95$), revistas (18,7 %; $n = 97$) y radio (19,9 %; $n = 103$).

La red social que se mostró más utilizada para informarse sobre nutrición fue Instagram (16 %; $n = 83$) (ver figura 1).

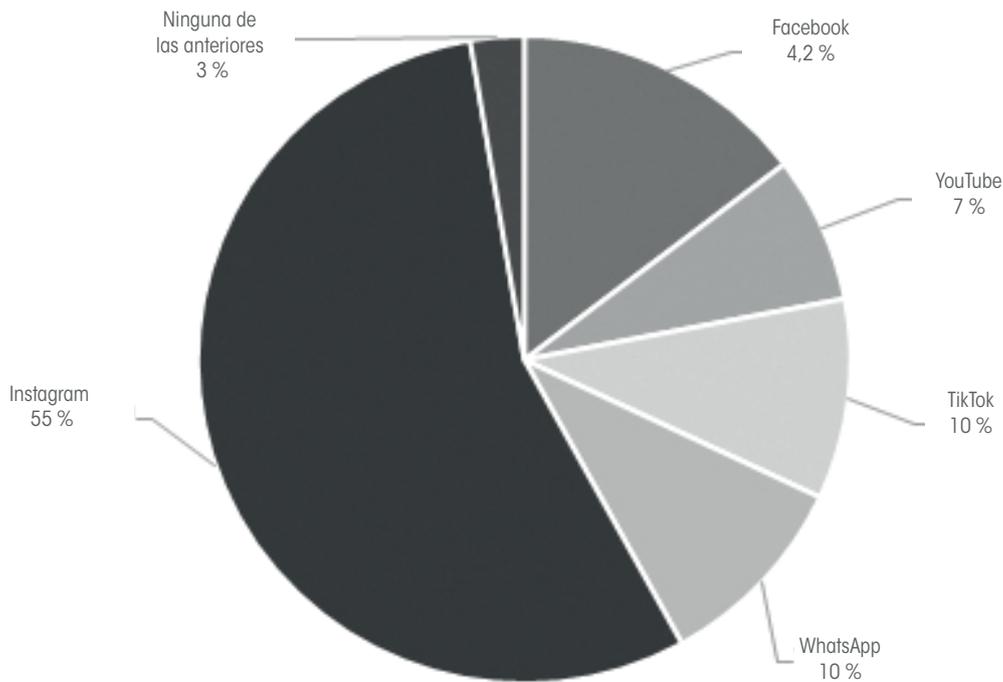


Figura 1. Redes sociales más utilizadas para informarse sobre nutrición

Se encontró relación estadísticamente significativa entre informarse con nutricionistas con matrícula habilitante y la edad de los participantes ($p = 0,035$), siendo los de edad entre 45 y 70 años quienes más lo hacían.

También se encontró relación estadísticamente significativa entre informarse con redes sociales y

la edad de los participantes ($p = 0,027$), siendo los de edad entre 31 y 44 años quienes más lo hacían (ver figura 2).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre informarse con sitios de internet y la edad de los participantes ($p = 0,204$) (ver figura 2).

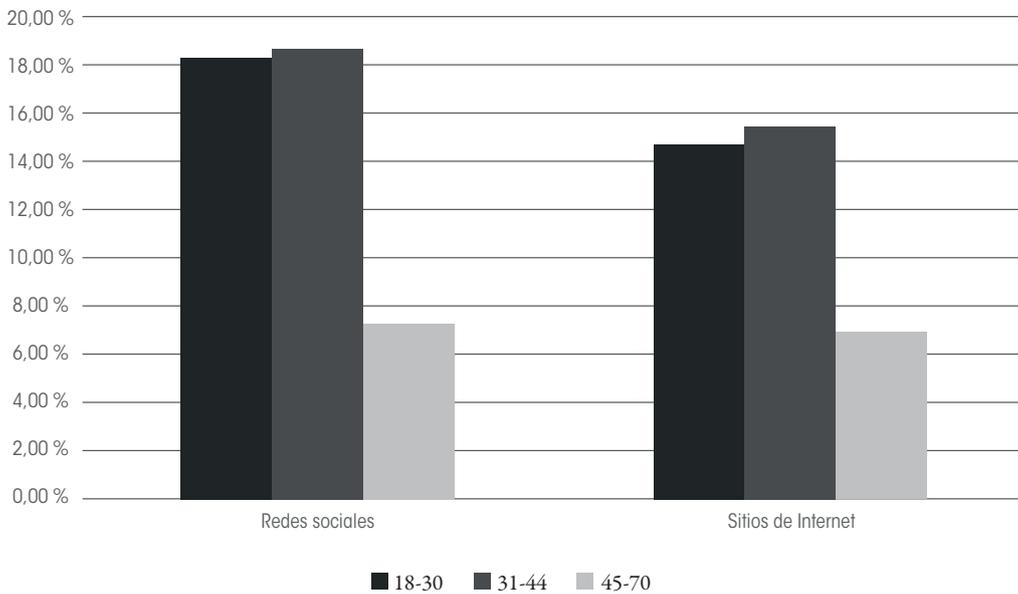


Figura 2. Informarse mediante redes sociales y sitios de internet según la edad

El 59,3 % (n = 307) indicó asegurarse de que las fuentes de información fueran profesionales capacitados en el área de la nutrición, mientras que el 10,6 % (n = 55) informó lo contrario. En cuanto a recurrir a un licenciado en nutrición para corroborar la información obtenida, el 24,7 % (n = 128) indicó que sí lo hace, mientras que el 37,3 % (n = 193) indicó que no lo hace.

La práctica de compartir información nutricional con otras personas fue referida como habitual en el 49,4 % (n = 265) de los casos, mientras

que el 37,5 % (n = 194) indicó hacerlo a veces. Al preguntar sobre compartir esta información mediante redes sociales, el 28,8 % (n = 149) afirmó que lo hacía.

En cuanto al nivel de confianza, de acuerdo con las fuentes de información más utilizadas, se encontró que nutricionistas con matrícula habilitante fue aquella que les generaba más confianza (93,8 %, n = 486), seguida de sitios de internet (15,4 %, n = 80) y redes sociales (11,8 %, n = 61) (ver figura 3).

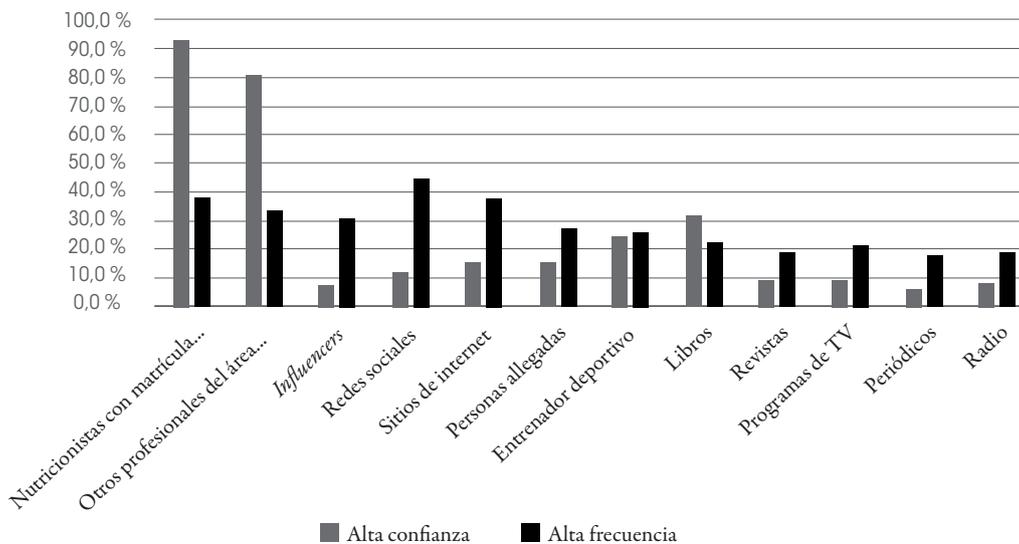


Figura 3. Nivel de confianza y frecuencia de información

Al preguntar cuán probable es poner en práctica la información sobre nutrición recibida de diferentes fuentes de información, se halló que los nutricionistas fueron aquellos a quienes más se les

refirió la probabilidad con extremadamente probable (31,5 %, n = 163) y muy probable (51,5 %, n = 267) (ver figura 4).

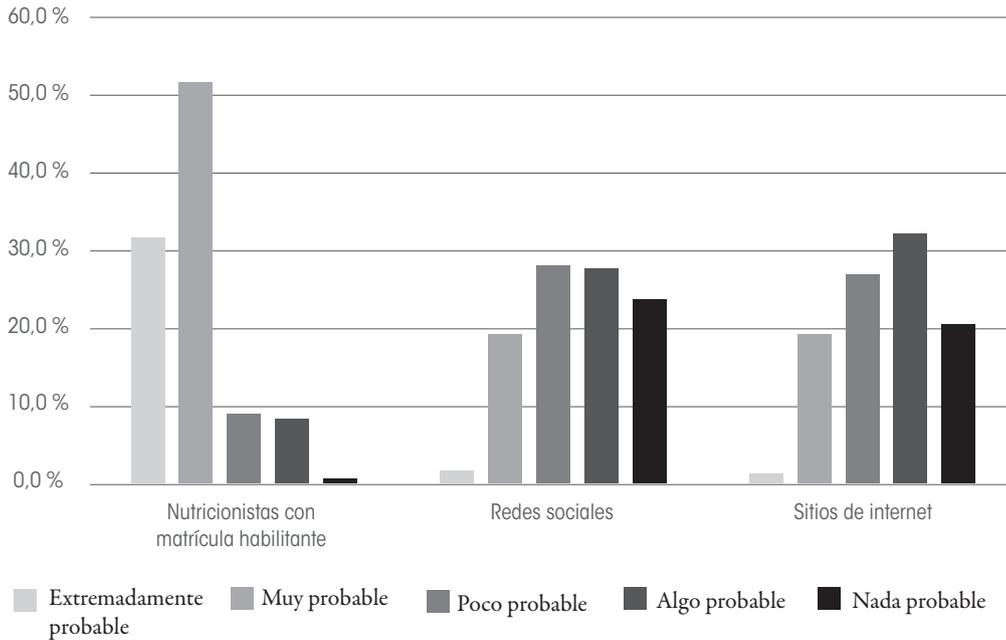


Figura 4. Probabilidad de poner en práctica la información recibida de las fuentes de información más utilizadas

Respecto a la percepción de la influencia que tienen las diferentes fuentes de información, los nutricionistas fueron aquellos a quienes más se les

refirió influencia con muchísimo (46,7 %, n = 242) y mucho (39,4 %, n = 204) (ver figura 5).

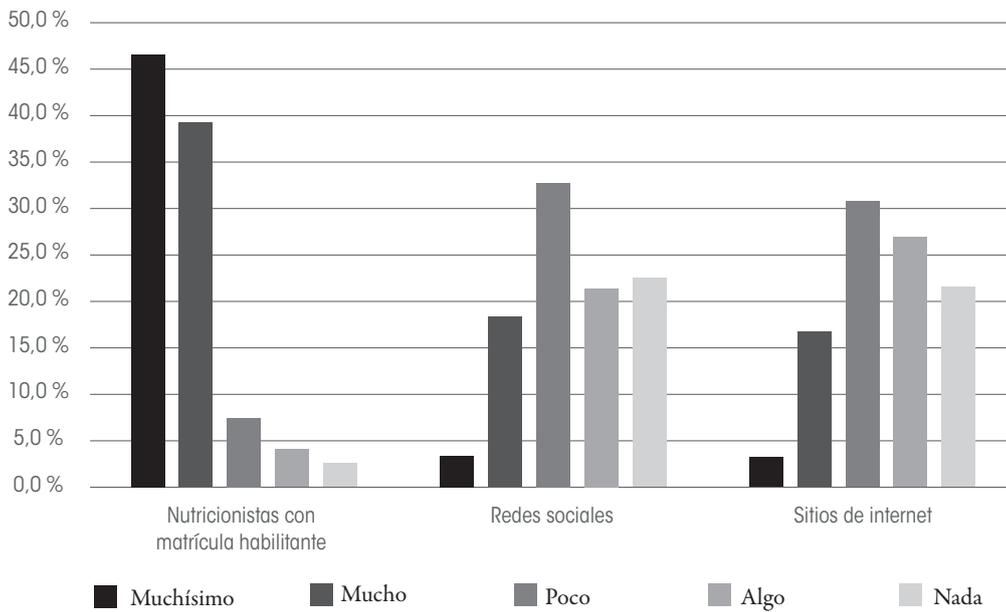


Figura 5. Percepción de la influencia en la alimentación

Al referir información sobre nutrición, se indicó a los nutricionistas como quienes han generado mayores cambios en la alimentación (78,6 %, n = 407), seguido por las redes sociales (25,1 %, n = 130) y los sitios de internet (23,7 %, n = 123).

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar las fuentes de información sobre nutrición y cuánto influyen estas en la toma de decisiones respecto a la alimentación de las personas mayores de 18 años de la ciudad de Viale durante el año 2023.

Los resultados muestran que las redes sociales y los sitios de internet son muy concurridos para obtener información nutricional, así como han presentado otros estudios (7,24).

Asimismo, la mayoría de las personas indicó asegurarse de que las fuentes de información fueran profesionales capacitados en el área de la nutrición, aunque se señaló una baja frecuencia para corroborar la información obtenida con un licenciado en nutrición. Por ende, es probable que sea recurrente creer en noticias falsas si no se toman las precauciones necesarias al analizar la información recibida. Así lo indica un comunicado de la Universidad de Chile, el cual brinda indicaciones para evitar la desinformación, como verificar la fuente que brinda la noticia, su temporalidad, etc. (25).

Según un estudio realizado en España, los jóvenes y adolescentes utilizan en gran medida los sitios digitales para informarse sobre diferentes temas, entre ellos la nutrición (26). Esto coincide con los resultados de este estudio, ya que se observó una alta frecuencia al informarse con redes sociales

entre las personas más jóvenes en comparación con las de mayor edad. Probablemente, esto se relaciona con los avances tecnológicos, con los cuales los jóvenes están más familiarizados (27).

En cuanto a compartir información sobre nutrición con otras personas, más de la mitad indicó hacerlo, mientras que un porcentaje menor refirió compartirlo a través de redes sociales. Se aprecian resultados similares en un estudio que evaluó la frecuencia de compartir publicaciones de comida en las redes sociales, siendo menor que la práctica de visualizarlo desde otras cuentas (23).

Los nutricionistas fueron la fuente de información a la que más confianza se refirió al momento de informar sobre nutrición, siendo la segunda fuente de información más utilizada para esto, mientras que los sitios de internet y las redes sociales tuvieron porcentajes significativamente más bajos de confianza, aun cuando fueron parte de las tres fuentes de información más utilizadas para informarse sobre nutrición. Esto se contradice con un estudio realizado con adolescentes, quienes además de utilizar redes sociales y sitios de internet para informarse, tenían alta confianza en ellos (9).

Probablemente, las mujeres tengan más interés en informarse sobre nutrición, ya que formaron parte de la mayoría de la muestra.

Conclusión

Para concluir, en este estudio se observa que las personas se informan en gran medida a través de las redes sociales y de sitios de internet, sobre todo en las poblaciones más jóvenes, aunque sí mostraron un alto nivel de confianza en fuentes asociadas a profesionales de la salud. Esto es importante tenerlo en cuenta para trabajar en estos sitios como licenciados en nutrición.

Además, se muestra la práctica común de comparar con otras personas la información obtenida sobre

nutrición, sumado a que no es común que corroboren la información que poseen con nutricionistas.

Una fortaleza de este trabajo es que anteriormente no se ha estudiado este asunto en profundidad en Argentina, lo que lo convierte en un tema original. Por esto también es importante continuar con estas investigaciones. Es recomendable motivar a la población con beneficios a cambio de participar de la encuesta, como información y materiales novedosos sobre salud.

Referencias bibliográficas

1. Urrialde R. Evolución de la información relacionada con la alimentación y la nutrición: retos de adaptación para y por el consumidor. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019;36(n.º extra 3):13-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334628631_Evolution_of_information_about_feeding_and_nutrition_Challenges_for_and_by_the_consumer
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Educación alimentaria y nutricional [Internet]. 2023 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/aba9ec85-dde3-4b24-98cc-62bcd5fc637/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud [Internet]. 2023 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
4. Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor de la FAO. La importancia de la educación nutricional [Internet]. 2012 [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.fao.org/ag/humannutrition/31778-0a72b16a566125bf1e8c3445cc0000147.pdf>
5. Nápoles Pérez L, Nieves Rodríguez García R. La educación nutricional para un adecuado estilo de vida. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo* [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/02/educacion-nutricional-vida.html>
6. Maceinaitė R, Žandaras Ž, Šurkienė G, Strukčinskienė B, Stukas R, Dobrovolskij V, et al. The need for information on nutrition among adolescents and adult knowledge regarding food consumption recommendations. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 10 de abril de 2023];29(3):236-43. Disponible en: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2021/03/13.pdf>
7. Adamski M, Truby H, M Klassen K, Cowan S, Gibson S. Using the Internet: Nutrition information-seeking behaviours of lay people enrolled in a massive online nutrition course. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2023];12(3):750. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/3/750>
8. Rahmawati W, van der Pligt P, Willcox JC, Worsley AF. Sources of nutrition information for Indonesian women during pregnancy: How is information sought and provided? *Public Health Nutr* [Internet]. 2021 [citado el 8 de abril de 2023];24(12):3859-69. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1368980021002317/type/journal_article
9. Armstrong M, Halim NK, Raeside R, Jia SS, Hyun K, Boroumand F, et al. How helpful and what is the quality of digital sources of healthy lifestyle information used by Australian adolescents? A mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 8 de abril de 2023];18(23):12844. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12844>
10. Geist CH. Nutrition knowledge and attitudes among college students. Oklahoma: Oklahoma State University; 2022 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://shareok.org/bitstream/handle/11244/335475/oksd_geist_HT_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Santana MBA, Da Silva DMGV, Echevarría-Guanilo ME, Lopes SGR, Romanoski PJ, Böell JEW. Self-care in individuals with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020 [citado el 8 de abril de 2023];41:e20190220. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100415&tlng=en
12. Kong W, Song S, Zhao YC, Zhu Q, Sha L. TikTok as a health information source: Assessment of the quality of information in diabetes-related videos. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 [citado el 8 de abril de 2023];23(9):e30409. Disponible en: <https://www.jmir.org/2021/9/e30409>
13. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*

- [Internet]. 2019 [citado el 18 de abril de 2023];24(1):125-36. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100125&tlng=pt
14. Vázquez-Espino K, Rodas-Font G, Farran-Codina A. Sport nutrition knowledge, attitudes, sources of information, and dietary habits of sport-team athletes. *Nutrients* [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2023];14(7):1345. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/7/1345>
 15. Snyder A, Neufeld HT, Forbes L. A mixed-methods investigation of women's experiences seeking pregnancy-related online nutrition information [Internet]. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 [citado el 8 de abril de 2023];20(1):377. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03065-w>
 16. Topham J, Smith N. One day of eating: Tracing misinformation in 'What I eat in a day' videos. *Journal of Sociology* [Internet]. 2023 [citado el 10 de abril de 2023];59(3):682-698. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14407833231161369>
 17. Marauri-Castillo I, Rodríguez-González MM, Armentia-Vizuete I, Marín-Murillo F. Estrategia exitosa de información sobre alimentación dirigida a "millennials": el caso de Carlos Ríos en Instagram. *ReMedCom* [Internet]. 2021 [citado el 10 de abril de 2023];12(1):253. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/111198/1/ReMedCom_12_01_18_esp.pdf
 18. Oliveira Mota JJ, Casseb de Almeida L, Sarges Neves VH, Da Barros Silva E, de Almeida Oliveira D. Analysis of posts contents on food posted by digital influencers on the Instagram social media. *Demetra* [Internet]. 2019 [citado el 31 de marzo de 2023];14(1):1-18. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=googlescholar&id=GALE|A610679375&cv=2.1&it=r&sid=AONE&asid=68a5a335>
 19. Klein DJ, Eck KM, Walker AJ, Pellegrino JK, Freidenreich DJ. Assessment of sport nutrition knowledge, dietary practices, and sources of nutrition information in NCAA Division III Collegiate Athletes. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado el 7 de mayo de 2023];13(9):2962. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/9/2962>
 20. Goodyear VA, Boardley I, Chiou S-Y, Fenton SAM, Makopoulou K, Stathi A, et al. Social media use informing behaviours related to physical activity, diet and quality of life during COVID-19: A mixed methods study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2023];21(1):1333. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11398-0>
 21. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19 [Internet]. 2020 [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic_spa.pdf
 22. López Veneroni F. De la pandemia a la infodemia: el virus de la infoxicación. *RMCPYS* [Internet]. 2021 [citado el 10 de abril de 2023];66(242). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/79330>
 23. Martínez Gayá MI, Carrero Bosch I. El efecto que ejercen las redes sociales en los hábitos de consumo alimentario: España vs. EE.UU [tesis]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2020 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/37344/El%20efecto%20de%20las%20RR.%20SS.%20en%20los%20habitos%20de%20consumo%20alimentario.%20Espana%20vs.%20EE.%20UU.%20Martinez%20Gaya%2c%20Maria%20Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 24. Goodyear VA, Armour KM, Wood H. Young people and their engagement with health-related social media: New perspectives. *Sport Educ Soc* [Internet]. 2019 [citado el 1 de octubre de 2023];24(7):673-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6859869/>

25. Andrés Peñailillo. En tiempos de mucha información, verifica lo que compartes [Internet]. Universidad de Chile; 2019 [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://uchile.cl/u159105>
26. Peñafiel C, Ronco M, Echegaray L. ¿Cómo se comportan los jóvenes y adolescentes ante la información de salud en Internet?. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2016 [citado el 17 de octubre de 2023];7(2):167-189. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3444/2081>
27. Delfino G, Sosa F, Zubieta E. Internet usage in Argentina: Gender and age as variables associated to the digital divide. Investigación y Desarrollo [Internet]. 2017 [citado el 17 de octubre de 2023];25(2):100-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26854666005>

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia por ayudarme en este proceso y apoyarme en mis decisiones.

Anexo 1

Formulario de consentimiento informado

Fuentes de información sobre nutrición y su influencia en adultos de Viale

Investigadoras: Flavia Marianela Schinke e Ivón Joary Padilla Pavón

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que se realizará con el propósito de identificar las fuentes de información sobre nutrición y cómo influyen estos en la toma de decisiones respecto a la alimentación en las personas mayores de 18 años de la población de Viale durante el año 2023.

Esta investigación será llevada a cabo por la alumna Flavia Marianela Schinke en Viale, Entre Ríos, bajo la supervisión de la directora de investigación Ivón Joary Padilla Pavón.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará datos socio demográficos, fuentes de información que consulta sobre nutrición, su percepción sobre la influencia de estas fuentes de información y nivel de confianza en las fuentes de información a la que recurre.

En caso de fuerza mayor, se podrá suspender o interrumpir sin consecuencias.

El participar de este estudio deberá dedicar **aproximadamente 10 minutos**.

El participar de este estudio no representa ningún costo, ni su colaboración será remunerada. El participante podrá retirarse del estudio sin perjuicio alguno sobre su salud y sin dar origen a ningún costo a su cargo.

El presente proyecto contribuirá al avance del conocimiento científico en la medida que se incentive la presencia de profesionales de la nutrición en los sitios donde las personas frecuentemente buscan información y de la manera en que lo hacen.

La identidad de cada participante será protegida al responder de forma anónima.

Si ha leído este documento, entiende haber sido debidamente informado de su contenido, de modo claro y comprensible para usted y ha decidido participar. Su participación es voluntaria y usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin penalidad alguna. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Puede obtenerla haciendo clic aquí.

También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Su opinión es valiosa para nosotros. Por cualquier consulta o reclamo puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la UAP, al mail comité.etica@uap.edu.ar. También puede comunicarse en cualquier momento con las investigadoras, Flavia Marianela Schinke al teléfono +54 3435355435 o a la dirección de correo electrónico flavia.schinke@uap.edu.ar, o con Ivón Joary Padilla Pavón a la dirección de correo electrónico ivon.padilla@uap.edu.ar.

¿Acepta participar de esta investigación?

Sí

No

Anexo 2

Encuesta de fuentes de información sobre nutrición

1. ¿Cuál es tu zona de residencia?
Viale, Entre Ríos
Otro
No responde
2. ¿Eres personal o estudiante del área de la salud?
Sí
No
No responde
3. ¿Eres mayor de 18 años?
Sí
No
No responde
4. Edad _____
5. Sexo
Femenino
Masculino
No responde
6. ¿Cuál es el máximo nivel de educación formal que has alcanzado?
Sin estudios o educación primaria incompleta
Educación primaria completa
Educación secundaria en curso o incompleta
Educación secundaria completa
Educación terciaria en curso o incompleta
Educación terciaria completa
Educación universitaria en curso o incompleta
Educación universitaria completa
No responde
7. Del 1 al 10, ¿cuánto te interesa la nutrición?
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Nada Muchísimo
8. ¿Tienes una o más enfermedades que influya/n en tu alimentación?
Sí
No
No sé
9. ¿Cuál de esta/s enfermedad/es padeces? (si es otra, especifica cuál)
Diabetes
Enfermedad celíaca
Hipertensión arterial
Alergias alimentarias
Enfermedad renal
Gastritis
Otra _____
10. ¿Con qué frecuencia te informas sobre nutrición?
Varias veces al día
A diario
Semanalmente
Ocasionalmente
Raramente
Nunca
11. ¿Se asegura de que las fuentes de información sobre nutrición a las que acude sean de personas u organismos que estén capacitados en esta área?
Sí
No
A veces
12. ¿Con qué frecuencia te informas sobre nutrición en cada una de las siguientes fuentes?

	Varias veces al día	A diario	Semanalmente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Nutricionistas con matrícula habilitante						
Otros profesionales del área de la salud						
<i>Influencers</i>						
Redes sociales						
Sitios de internet						
Personas allegadas						
Entrenador deportivo						
Libros						
Revistas						
Programas de TV						
Periódicos						
Radio						

13. ¿Cuánta confianza le tienes a cada una de las siguientes fuentes de información cuando informan sobre nutrición?

	Muchísimo	Mucho	Poco	Algo	Nada
Nutricionistas con matrícula habilitante					
Otros profesionales del área de la salud					
Influencers					
Redes sociales					
Sitios de internet					
Personas allegadas					
Entrenador deportivo					
Libros					
Revistas					
Programas de TV					
Periódicos					
Radio					

14. ¿En qué medida crees que las siguientes fuentes de información influyen en la toma de decisiones de tu alimentación?

OBJETIVO: CUANTO, NO COMO.

	Muchísimo	Mucho	Poco	Algo	Nada
Nutricionistas con matrícula habilitante					
Otros profesionales del área de la salud					
Influencers					
Redes sociales					
Sitios de internet					
Personas allegadas					
Entrenador deportivo					
Libros					
Revistas					
Programas de TV					
Periódicos					
Radio					

15. ¿Cuán probable es que pongas en práctica la información que recibes sobre nutrición de las diferentes fuentes?

	Extremadamente probable	Muy probable	Poco probable	Algo probable	Nada probable
Nutricionistas con matrícula habilitante					
Otros profesionales del área de la salud					
Influencers					
Redes sociales					
Sitios de internet					
Personas allegadas					
Entrenador deportivo					
Libros					
Revistas					
Programas de TV					
Periódicos					
Radio					

16. Si has recibido información sobre nutrición de alguna/s de las siguientes fuentes, ¿han generado cambios en las decisiones tomadas sobre tu alimentación?

	Sí	No	No sé
Nutricionistas con matrícula habilitante			
Otros profesionales del área de la salud			
Influencers			
Redes sociales			
Sitios de internet			
Personas allegadas			
Entrenador deportivo			
Libros			
Revistas			
Programas de TV			
Periódicos			
Radio			

17. Cuando recibes información sobre nutrición de una fuente que no sea un nutricionista, ¿lo corroboras con un licenciado en nutrición?

- Sí
- No
- A veces

18. Cuando recibes información sobre nutrición, ¿la compartes con otras personas?

- Sí
- No
- A veces

19. ¿Utilizas las redes sociales digitales para compartir información sobre nutrición?

- Sí
- No

20. Si utilizas redes sociales digitales para informarte sobre nutrición, ¿en qué red social consumes este tipo de contenido con más frecuencia?

- Facebook
- YouTube
- TikTok
- WhatsApp
- Instagram
- Twitter
- Ninguna de las anteriores

21. ¿Crees que han aumentado las redes sociales digitales tus conocimientos sobre nutrición?

- Sí
- No

22. ¿Sigues a nutricionistas con matrícula habilitante en redes sociales?

- Sí
- No
- No sé

23. ¿Sigues a *influencers* nutricionales en redes sociales?

(Consideramos *influencers* nutricionales a todos aquellos autoproclamados expertos en cuestiones de salud y alimentación que, a través de su elevada actividad en las redes sociales, ejercen una gran influencia sobre sus seguidores. Por ejemplo, perfiles en Instagram que sin ser profesionales en la materia hacen recomendaciones sobre alimentación.)

- Sí
- No