

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 18 | NÚMERO 3 | NOV 2021



ISSN 1668-8341
CÓRDOBA- ARGENTINA

Es para nosotras y nosotros una gran alegría presentarles el tercer número de la revista del año 2021. Con este ciclo, superamos la larga tradición de publicaciones semestrales para mudarnos al ritmo cuatrimestral.

Muchas personas han contribuido con su esfuerzo en este nuevo logro:

- Nuestro Equipo Editorial, que este año ha sumado tres nuevos miembros: Lisandro Utz (de Córdoba), Cecilia Auat Chein (de Santiago del Estero) y María Florencia Grande Ratti (de Buenos Aires). Redoblamos, de esta manera, la apuesta de fortalecer las redes entre provincias.
- El Equipo de Revisores, también con nuevas incorporaciones durante este año,
- Nuestros lectores, que han superado el número de consultas en nuestro sitio oficial y que también nos acompañan en nuestras redes sociales.
- Las y los autores, que nos eligen para difundir sus publicaciones depositando así su confianza en nosotros.

Entendemos que la Medicina Familiar y General, así como todos los trabajos relacionados a la Atención Primaria de la Salud, supone un fuerte compromiso para con el derecho a la salud de los pueblos y comunidades. En un escenario de pandemia, con las vacunas disponibles en la mayoría de los países, nos animan a pensar en el fin de esta etapa.

Así mismo queremos destacar el esfuerzo de las Asociaciones Locales y de la Federación para llevar a cabo el XIX Congreso Nacional de FAMFYG donde quedó de manifiesto; en las conferencias, charlas y trabajos presentados; que la salud la construimos entre todos y que nuestra participación es necesaria para el crecimiento de la especialidad.

Deseamos que el año 2022 que se acerca, nos encuentre fortaleciendo los sistemas de salud locales y que la centralidad de nuestro sector en el escenario sociopolítico (tan evidente en los momentos de picos y curvas) permita disminuir las inequidades en salud de nuestras comunidades.

Esperamos contar con sus testimonios (escritos en forma de investigaciones, actualizaciones, relatos de experiencia, ensayos) para seguir creciendo. Es nuestro propósito promover y amplificar las voces de los protagonistas: el equipo de APS y a través suyo el de la comunidad y de nuestros pacientes, que son el eje de nuestra práctica.

Equipo Editorial

Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN EL EMBARAZO.

BARBERY CARDONA, V.....PAG. 3-14

ARTÍCULO ORIGINAL

CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: ROL DE PROFESIONALES DE SALUD.

BONINO, P M.....PAG 16-24

ACTUALIZACIONES BREVES

"IMPORTANCIA DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN". REPORTE DE CASO.

ROMERO, R.....PAG. 26-29

CARTA A LA EDITORA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ABORDAJE DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Ciudad de Córdoba. 2019.

PERESINI, V.....PAG. 30-37

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN EL EMBARAZO.

SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM IN PREGNANCY

Vanessa Barbery Cardona^a ; Christian Camilo Barbery Cardona^b.

a: Médico Especialista en Medicina Familiar – Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

b: Médico General – Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia – Clínica Santa Barbara Palmira, Colombia.

Contacto: Vanessa Barbery Cardona.

Correo:
vanessabarberi@gmail.com

Recibido: 23/09/2021.

Aceptado: 10/11/2021.

RESUMEN

Las alteraciones de la función tiroidea incluida el hipotiroidismo subclínico son unas de las patologías más frecuentes durante el embarazo, y se asocian a importantes complicaciones maternas, fetales y neonatales. Se han desarrollado múltiples guías de práctica clínica por sociedades internacionales en busca de unificar el enfoque diagnóstico y terapéutico de las patologías tiroideas durante la gestación, sin embargo hay evidencia insuficiente sobre la realización de tamizaje y aún más sobre las intervenciones terapéuticas en caso del hipotiroidismo subclínico, se presenta la siguiente revisión de la literatura para vislumbrar a la luz de información actualizada como realizar el abordaje integral de las pacientes gestantes con hipotiroidismo subclínico.

PALABRAS CLAVE: Hipotiroidismo, Subclínico, Gestación.

ABSTRACT

Alterations in thyroid function, including subclinical hypothyroidism, are one of the most frequent pathologies during pregnancy, and are associated with important maternal, fetal, and neonatal complications. Multiple clinical practice guidelines have been developed by international societies in search of unifying the diagnostic and therapeutic approach of thyroid pathologies during pregnancy, however there is insufficient evidence on screening and even more on therapeutic interventions in case of subclinical hypothyroidism, the following review of the literature is presented to envision in the light of updated information how to carry out a comprehensive approach to pregnant patients with subclinical hypothyroidism.

KEYWORDS: Hypothyroidism, Subclinical, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Desde las últimas dos décadas se incrementó el interés por investigar los resultados de gestaciones con madres que tenían hipotiroidismo subclínico. Actualmente hay evidencia de que la hipofunción tiroidea materna, puede asociarse a daño en el desarrollo cerebral fetal^(1,2) Así mismo, se ha relacionado el hipotiroidismo subclínico en gestantes con mayor riesgo de parto prematuro, desprendimiento de placenta, ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales, preeclampsia, bajo peso al nacer, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, pequeño para la edad gestacional, hipertensión gestacional, entre otros.^(3,4)

Esta patología se define como concentraciones séricas elevadas de hormona estimulante de tiroides (TSH) pero con niveles normales de tiroxina libre sérica (T4L)^(5,6). En la mayoría de los casos este tipo de trastornos tiroideos suelen ser asintomáticos o con síntomas muy inespecíficos, por lo cual su diagnóstico es principalmente bioquímico. Una evaluación de los niveles de TSH y T4L al inicio de la gestación, nos permite identificar y tratar a la madre, evitando la mayoría de las consecuencias indeseables de la disfunción tiroidea en madre e hijo⁽⁵⁾.

Sin embargo, su pronóstico presenta gran dificultad: los resultados adversos perinatales asociados al hipotiroidismo subclínico son menos frecuentes comparadas con gestantes con hipotiroidismo clínico de manifiesto, pero mayores que en gestantes sin alteración de la función tiroidea aunque sin el rigor suficiente de la evidencia científica que los demuestre^(7,8), lo que implica un reto en cuanto a su manejo para las pacientes que son diagnosticadas durante la gestación, determinar si se hace necesario implementar un tratamiento con la intencionalidad de disminuir resultados adversos perinatales y del neurodesarrollo a largo plazo o si por lo contrario se esté incidiendo en sobrediagnóstico y sobretratamiento^(9,10). Para lo cual se presenta la siguiente revisión de la literatura, con el objetivo de actualizar las recomendaciones a la luz de información actualizada sobre cómo realizar el abordaje integral de las pacientes gestantes con hipotiroidismo subclínico.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de la literatura en diferentes bases de datos, las cuales contenían datos en diferentes idiomas según la búsqueda, como PUBMED, ClinicalKey, SciELO, ScienceDirect, EBSCO y Google Académico. La búsqueda se realizó usando las palabras claves. Posteriormente, se filtraron las categorías del MeSH, según el idioma (inglés y español), revistas indexadas de alto impacto, artículos de revisión, guías de práctica clínica

y ensayos clínicos y meta análisis, permitiendo que la búsqueda tuviera un tiempo máximo de 20 años desde su publicación. En la búsqueda inicial se encontró un total de 45650 artículos potencialmente útiles 26548 de texto completo y 19102 publicaciones académicas, Al establecer filtro por especialidad o materia se limitó a un número total de artículos de 1432, se adicionaron nuevos filtros quedando 94 artículos que se revisaron y finalmente se seleccionaron 52 que aportan de forma más relevante a la investigación. El total de artículos analizados fue de 52 que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión. La búsqueda se realizó entre los meses de octubre del 2019 y marzo 2020.

FUNCION TIROIDEA EN EL EMBARAZO

Dentro de los distintos cambios que sufre el organismo para poder gestar una nueva vida se conoce que el feto repercute de forma determinante en cuanto a la función tiroidea respecta; un reto de esfuerzo a la función tiroidea⁽¹¹⁾

La glándula responde aumentando un 10% su tamaño durante el embarazo, así mismo la producción de hormonas tiroideas aumenta hasta un 50%, dicho incremento es especialmente significativo en el primer trimestre⁽¹²⁾. El aumento de la función tiroidea se necesita como inductor del desarrollo del feto, ya que la glándula fetal no sintetiza hormonas hasta la décima semana de gestación. El sistema nervioso precisa la adecuada función tiroidea de la madre para su adecuado desarrollo, principalmente en el primer trimestre^(3,5).

Estos cambios son el resultado de diferentes procesos que inician tempranamente con la gonadotropina coriónica humana (β -hCG), que tiene marcada homología estructural con la TSH, y es la responsable de la estimulación de la glándula inicialmente⁽¹²⁾. Esta tiene su pico máximo en el primer trimestre de la gestación, haciendo disminuir de forma proporcional los niveles de TSH, esta supresión de los niveles ocurre en más del 25% de los embarazos, y elevando de forma indirecta los niveles de T3 y T4. Al presentarse la caída fisiológica de los niveles de β -hCG, se regularizan los niveles de las hormonas tiroideas^(13,14,15).

Adicionalmente, durante la gestación hay un aumento del 50% en los requerimientos de yodo debido a dos factores que son: aumento del aclaramiento renal y la transferencia trasplacentaria. Lo que conlleva también a alteraciones de la funcionalidad tiroidea e incremento de los aportes de este en la dieta⁽¹³⁾

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El hipotiroidismo subclínico es definido como TSH

por encima del valor de referencia con niveles normales de T4 libre ⁽¹⁵⁾. Según datos del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) La prevalencia del hipotiroidismo subclínico en el embarazo es del 1.7% de las embarazadas ⁽¹⁶⁾, sin embargo es importante tener en cuenta que la prevalencia varía de acuerdo con los criterios diagnósticos, el trimestre del embarazo, el estado nutricional de yodo materno, así como de la edad y la raza ⁽¹⁵⁾. Para Colombia *Espitia FJ* y *Orozco L* en un estudio realizado entre el 2014 al 2017 se incluyeron 579 gestantes se encontró que la prevalencia de hipotiroidismo en el grupo estudiado fue de 38,75 % (n = 181), 22,69 % (n = 106) con hipotiroidismo clínico, 15,99 % (n = 75) con hipotiroidismo subclínico ⁽¹⁷⁾. A nivel mundial, la causa más común de hipotiroidismo es la deficiencia de yodo. En las regiones con suficiente yodo, las causas más comunes son la tiroiditis autoinmune y el hipotiroidismo iatrogénico después del tratamiento para el hipertiroidismo ⁽¹⁸⁾.

TAMIZAJE PARA PATOLOGÍA TIROIDEA

Es un tema controversial la pertinencia en efectuar tamizaje en pacientes en edad reproductiva con deseos de embarazo o recién embarazadas, a través de la medición de los niveles de TSH y/o T4L, con la

finalidad de detectar una falla tiroidea no reconocida ⁽¹⁹⁾. Las sociedades internacionales han identificado que la suplencia hormonal del hipotiroidismo subclínico materno no ha demostrado resultados en mejorar la función neurocognitiva de los productos de dichas gestaciones, por lo tanto no recomiendan el tamizaje universal de patología tiroidea ^(19,20,21) (**Tabla 1**), y se ha limitado solo a aquellas mujeres sintomáticas o con algún factor de riesgo para la patología (**Tabla 2**) ⁽²⁰⁾.

Sin embargo hay una creciente en recomendaciones de la mayoría de autores miembros de la Sociedad de Endocrinología y de la Asociación Europea de Tiroides en realizar cribado universal de TSH a la embarazada antes de la semana 9 de gestación o en la primera visita, ya que si solo se hiciera a las mujeres de riesgo, se perderían el 50 % de las afectadas con patología tiroidea incluido el hipotiroidismo clínicamente manifiesto que si tiene efectos deletéreos en la gestación ⁽²²⁾.

Tabla 1. Resumen de recomendaciones asociaciones internacionales.

Asociación Americana de Tiroides (ATA) ⁽²¹⁾	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) ⁽¹⁹⁾	Sociedad de Endocrinología ⁽²⁰⁾
<p>No se hizo recomendación a favor o en contra de la detección universal de TSH al comienzo o antes de la concepción</p> <p>Enfoque de búsqueda de casos recomendado (Recomendación fuerte)</p>	<p>No se recomienda la detección universal durante el embarazo (Recomendación fuerte)</p>	<p>No se recomienda un cribado universal antes del embarazo (Recomendación fuerte)</p> <p>El comité no pudo llegar a un acuerdo con respecto a las recomendaciones de detección para todas las mujeres recién embarazadas</p> <p>Se recomienda un enfoque de búsqueda de casos basado en el historial médico, el examen físico o los datos bioquímicos previos (Recomendación fuerte)</p>

Fuente: Creación propia.

Tabla 2. Perfiles de pacientes recomendados para la búsqueda de casos de enfermedad tiroidea dirigida en mujeres que buscan embarazo o recién embarazadas ⁽²⁰⁾

Mujeres mayores de 35 años
Mujeres con antecedentes familiares de enfermedad tiroidea autoinmune o hipotiroidismo
Mujeres con bocio
Mujeres con anticuerpos contra la tiroides, principalmente anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea positivos previos
Mujeres con síntomas o signos clínicos sugestivos de hipofunción tiroidea
Mujeres con Diabetes Mellitus Tipo 1 u otros trastornos autoinmunes
Mujeres con infertilidad
Mujeres con antecedentes de aborto espontáneo o parto prematuro
Mujeres con irradiación terapéutica previa de cabeza o cuello o cirugía previa de tiroides
Mujeres que viven en una región con presunta deficiencia de yodo

Tomado de: Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: Endocrine Society Clinical Practice Guideline

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PACIENTE GESTANTE CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO.

El diagnóstico clínico se basa en una serie de manifestaciones inespecíficas resumidas en la **Tabla 3** que nos permiten cribar clínicamente las pacientes que potencialmente se benefician de métodos diagnósticos definitivos ⁽¹⁷⁾. Por otro lado, el diagnóstico definitivo se realiza mediante las determinaciones séricas de los niveles de TSH y T4L. Otras pruebas diagnósticas como la medición de anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (TPOAb) son útiles en caso de hipotiroidismo subclínico para definir la pauta terapéutica ⁽¹⁹⁾.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas del hipotiroidismo ⁽¹⁷⁾

	Síntomas	Signos
Generales	Intolerancia al frío Astenia Aumento de peso	Hipotermia
Neurológicos	Pérdida de memoria Cambios del estado de ánimo	Somnolencia, Bradilalia Bradipsiquia, Psicosis, Disminución de la audición, Ataxia
Neuromusculares	Debilidad Dolor articular	Retrasos en la fase de relajación de los reflejos osteotendinosos, calambres, rigidez articular, Sd. Túnel del carpo
Gastrointestinales	Náuseas Estreñimiento	Macroglosia Ascitis
Cardiorrespiratorios	Disminución de la tolerancia al ejercicio	Bradycardia, HTA leve a moderada, Derrame pericárdico, Derrame Pleura
Ginecológicos y Sexuales	Disminución de la libido	Alteraciones de la fertilidad, Alteraciones menstruales
Piel y Faneras	Piel áspera y fría Pérdida de cabello	Piel seca, Edema facial, Cabello áspero y quebradizo, Uñas estriadas y quebradizas

Tomado de: Prevalencia y caracterización clínica del hipotiroidismo, en gestantes del Eje Cafetero (Colombia), 2014-2017

Una de las principales determinantes que aplica un fuerte sesgo estadístico a nivel internacional son los puntos de corte de TSH según el trimestre de gestación ⁽⁴⁾. En el año 2011 la Asociación Americana de Tiroides (ATA) recomendó un límite superior para TSH en el embarazo de 2.5 mU/L para el primer trimestre y 3.0 mU/L para el resto del embarazo (**Tabla 4**), sin embargo lo que ha mostrado la evidencia es que el intervalo de TSH

en el embarazo puede ser más amplio, ya que se observó que esos niveles descritos eran demasiado bajos para el 90% de las cohortes de embarazadas lo que conllevaba a mayores tasas de diagnóstico y tratamiento (12,21). Estos valores se han establecido de forma independiente en diversas regiones sin tener en cuenta la diversidad poblacional y la ingesta de yodo en la dieta materna, datos importantes para establecer unos puntos de corte trimestral de TSH más objetivos y acordes.

Tabla 4. Valores de referencia TSH en el embarazo ⁽²¹⁾

Trimestre	Valor TSH (mUI/L)
1ro	0,1 – 2,5
2do	0,2 – 3,0
3ro	0,3 – 3,0

Fuente: Creación propia.

Para el año 2017 la ATA después del estudio de más de 60.000 mujeres embarazadas con amplia diversidad geográfica y étnica donde se incluían mujeres sin TPOAb positivos, además de una estimación de la ingesta de yodo, determinaron que había una tendencia a la baja de la TSH durante el embarazo, mucho menor de lo esperado, por lo que se supone que los valores diagnósticos podrían ser más amplios, y se apreció que 4.0mU/L sería un valor apropiado como límite superior de TSH en el embarazo después de la séptima semana de gestación ⁽²¹⁾. Este valor se ha adoptado como parámetro clínico diagnóstico a pesar de que asociaciones como la Sociedad de Endocrinología y de la Asociación Europea de Tiroides no lo han actualizado en sus guías. ⁽²³⁾

Si se encuentra entonces la TSH sobre el límite superior normal se procede a la medición de T4L y TPOAb ^(20,21,24). Para la T4 y T3 Total, como incrementan casi hasta un 50% en el embarazo, sus valores de referencia se calculan a partir del segundo trimestre multiplicando por 1,5 los de la población general ⁽²²⁾. Para la T4L con técnicas de inmunoensayo el rango inferior en el primer trimestre es 0,86 a 1,90 ng/dL, aunque es un valor que no está totalmente estandarizado ^(22,25).

EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS ADVERSOS PERINATALES Y SU PREVENCIÓN CON SUPLEMENTACIÓN CON TIROXINA.

En el 2011 se realizó un meta-análisis, en el que se buscaba recopilar los estudios hasta la fecha que valoraban los resultados adversos del hipotiroidismo en gestantes ⁽²⁶⁾. Se encontró que las pacientes con este diagnóstico de hipotiroidismo subclínico contaban con mayor riesgo de sufrir resultados adversos como preeclampsia y mortalidad perinatal. Por su parte las pacientes gestantes con anticuerpos tiroideos se asociaron con subfertilidad, aborto espontáneo recurrente, parto prematuro y alteración de la función tiroidea postparto ⁽²⁷⁾. Sin embargo, para la fecha no encontraron estudios donde se valoraran los

resultados adversos según respuesta a tratamiento ^(26,28). Situación que para el 2013 se estudió en una revisión por parte de la organización Cochrane determinando el efecto del tratamiento en la incidencia de los resultados adversos obstétricos y perinatales, entre los evaluados, preeclampsia, parto pre término, aborto, hipertensión gestacional y abrupcio de placenta ^(29,30,31). Sin embargo, los autores no encontraron resultados estadísticamente significativos en los estudios que permitan sugerir iniciar tratamiento antes o durante el embarazo ⁽³²⁾.

En un artículo de revisión en el 2014, donde se estudió los resultados perinatales relacionados con madres que padecían hipotiroidismo subclínico, no se encontraron resultados significativos, debido principalmente a que las muestras eran insuficientes, además de que los valores para diagnosticar el hipotiroidismo subclínico variaron en cada estudio, pero conservando todos puntos de corte superiores a 2.5 mU/L, sus resultados fueron ambiguos, puesto que en una proporción equilibrada se encontraron estudios que no reportaban resultado adverso perinatal alguno ⁽³³⁾. Sin embargo, en un estudio se halló una relación de 3 a 1 de partos prematuros en pacientes con hipotiroidismo subclínico comparado con pacientes sin la patología ⁽⁵⁾.

Hipotiroidismo subclínico y otras comorbilidades durante la gestación:

Se ha estudiado la relación entre hipotiroidismo subclínico y diabetes gestacional. Se conoce que los aumentos excesivos de tiroxina o su deficiencia puede alterar considerablemente el metabolismo de la glucosa y la secreción de insulina, lo que a su vez puede precipitar la resistencia periférica a la insulina, intolerancia a la glucosa y dislipidemia en la población en general ⁽³⁴⁾, efectos que son reversibles al controlar adecuadamente la alteración primaria tiroidea. Para el caso del hipotiroidismo subclínico en mujeres en embarazo se desconoce en qué proporción pueden afectar la gestación y los resultados perinatales.

Fisiológicamente durante el embarazo que no curse con patologías asociadas, se produce un aumento en la resistencia a la acción de la insulina por lo que partiendo de la premisa anterior sobre la injerencia que tienen las hormonas tiroideas sobre el metabolismo de la glucosa es posible suponer que se pueda desarrollar diabetes gestacional teniendo como causal un desbalance de la función tiroidea, como el hipotiroidismo subclínico ⁽³⁵⁾. Este tipo de cambios han sido demostrados ampliamente inclusive después de realizar ajustes propios para la edad materna, raza y peso, factores que por sí mismo mantienen una fuerte alteración tanto de la función tiroidea como del metabolismo de la glucosa, es decir, que las pacientes con hipotiroidismo subclínico poseen mayor riesgo que las pacientes eutiroideas de desarrollar diabetes gestacional, riesgo mucho mayor en las mujeres hispanas ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾.

Asimismo, se conoce que las hormonas tiroideas ejercen actividad sobre el árbol vascular, pudiendo producir cambios de la presión arterial sistémica ⁽³⁸⁾. Su expresión se da mediante la exposición crónica a la alteración de la función tiroidea, por ello no eran claras las alteraciones que derivan del hipotiroidismo subclínico durante la gestación ⁽³⁹⁾. En la actualidad, se cuenta con un estudio que afirma una relación entre el hipotiroidismo subclínico y el desprendimiento de placenta con un riesgo incrementado en tres veces; lo que indirectamente sería una prueba de las alteraciones vasculares que puede causar esta alteración de la tiroides en particular ⁽⁵⁾ y como afección directa sobre el sistema cardiovascular se tiene un estudio que contó con cerca de 20000 pacientes, donde se halló un riesgo mayor de preeclampsia severa en pacientes con hipotiroidismo subclínico que en pacientes eutiroideas, riesgo que persiste estadísticamente significativo después de realizar los ajustes con otros factores de riesgos independientes como la paridad, la raza, la edad y el peso ⁽³⁹⁾.

Hipotiroidismo subclínico y el feto:

Se ha determinado que la función tiroidea materna durante el embarazo temprano es un determinante importante del desarrollo del cerebro fetal ya que este es incapaz de producir T4 antes de las 12 a 14 semanas de gestación ^(40,41). En un estudio donde se evaluó si el tratamiento con levotiroxina en mujeres con hipotiroidismo subclínico o hipotiroxinemia (TSH normal pero bajo T4L) durante el embarazo mejoraba la función cognitiva de sus hijos a un seguimiento de 5 años, se separaron en dos grupos a las gestantes, uno de ellos de control manejado con placebo, el otro grupo manejado con suplementación de levotiroxina, y se encontraron que en el grupo que recibió la

suplencia con levotiroxina el coeficiente intelectual de los niños fue 97 (IC del 95%, 94 - 99) versus un coeficiente intelectual de 94 (IC del 95%, 92 - 96) en el grupo placebo (P = 0,71), no encontraron diferencias significativas entre los grupos en ningún otro resultado neurocognitivo o en la incidencia de eventos adversos, que fue baja en ambos grupos ⁽⁴²⁾. En otro estudio se encontraron hallazgos similares, con la diferencia que en los neonatos de madres con hipotiroidismo subclínico presentaron una disminución del puntaje de APGAR al nacer, sin embargo los autores reconocen que esta escala es multifactorial y que además no se realizó un análisis enfocado en estimar si este hallazgo contaba con significancia estadística ⁽⁴³⁾.

Por otro lado, es necesario analizar los estudios que tratan de demostrar que los valores normales de TSH, varía su concentración sérica normal dependiendo de la etnia y de factores ligados a la zona geográfica ⁽⁴⁴⁾. Lo que implica que, de guiarse por rangos propuestos por sociedades internacionales, según el área y etnia sería la variabilidad del diagnóstico de hipotiroidismo, sea clínico o subclínico ⁽⁴⁾.

TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO POR PACIENTE

Muchos estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado un mayor riesgo de complicaciones del embarazo asociadas con concentraciones de TSH materna ligeramente elevadas, especialmente en mujeres con TPOAb positivo. ^(39,45) Sin embargo, solo un pequeño número de estudios ha investigado el impacto del tratamiento con LT4 sobre las complicaciones del embarazo en esas mujeres ^(46,47).

Al intentar llegar a una conclusión se infiere que no se cuenta con los suficientes hallazgos con poder estadístico para realizar una recomendación general ya que estos son contradictorios frente a los resultados obstétricos y perinatales, además de la variabilidad en el establecimiento de límites claros de TSH diagnóstica ^(48,49,50). Se conoce por algunos estudios que la suplementación con hormona tiroidea en pacientes gestantes con hipotiroidismo subclínico no modifica significativamente los resultados adversos ya mencionados, siendo esto principalmente controversial para el caso de alteraciones del neurodesarrollo, partiendo de que de que luego de la semana 10 de gestación sea poco probable modificar los efectos causados por la exposición del feto a la hipotiroxinemia ^(5,42,51).

Muchos estudios han estratificado el riesgo impartido por el hipotiroidismo de acuerdo con el estado de TPOAb y muestran consistentemente que este riesgo es mayor en las mujeres con positividad de estos ⁽²⁰⁾. Sin embargo, a pesar de las limitaciones de los ensayos clínicos disponibles de la terapia LT4 en este grupo de gestantes, los datos tomados en conjunto parecen sugerir un beneficio del tratamiento, espe-

cialmente en lo que respecta a la reducción del aborto espontáneo en mujeres con TPOAb positivo, por lo tanto, parece razonable recomendar o considerar el tratamiento con LT4 para subgrupos específicos de mujeres embarazadas con hipotiroidismo subclínico ⁽²¹⁾. La orientación para el manejo del hipotiroidismo subclínico difiere entre las organizaciones internacionales como se ve en la **tabla 5**.

Tabla 5. Recomendaciones sobre el uso de la terapia de reemplazo de tiroides en mujeres con hipotiroidismo subclínico en el embarazo.

Asociación Americana de Tiroides (21) (ATA)	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (19) (ACOG)	Sociedad de Endocrinología (20)
<p>Recomendado para mujeres con títulos positivos de TPOAb con TSH superior al LSN específico para el embarazo (<i>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</i>)</p> <p>Recomendado para mujeres con títulos negativos de TPOAb con TSH >10mU/L (<i>Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad</i>)</p> <p>Se considera en mujeres con TSH > 2.5 mU / L, pero menor al LSN específico para el embarazo (<i>Recomendación débil, evidencia de calidad moderada</i>)</p> <p>Se considera en mujeres TPOAb negativas y con concentraciones de TSH mayores que el rango de referencia específico del embarazo y por debajo de 10.0 mU / L. (<i>Recomendación débil, evidencia de baja calidad</i>)</p>	<p>No se hizo una recomendación específica sobre el uso de la terapia de reemplazo de tiroides en mujeres con hipotiroidismo subclínico</p>	<p>Recomendado para mujeres con títulos positivos de TPOAb para mejorar resultados obstétricos (<i>Endocrine Society Grado B</i>) y para el resultado neurológico (<i>Endocrine Society Grado I</i>).</p> <p>Recomendado para mujeres con títulos negativos de TPOAb para resultados obstétricos (<i>Endocrine Society Grado C</i>) y para resultado neurológicos de la descendencia (<i>Endocrine Society Grado I</i>)</p>

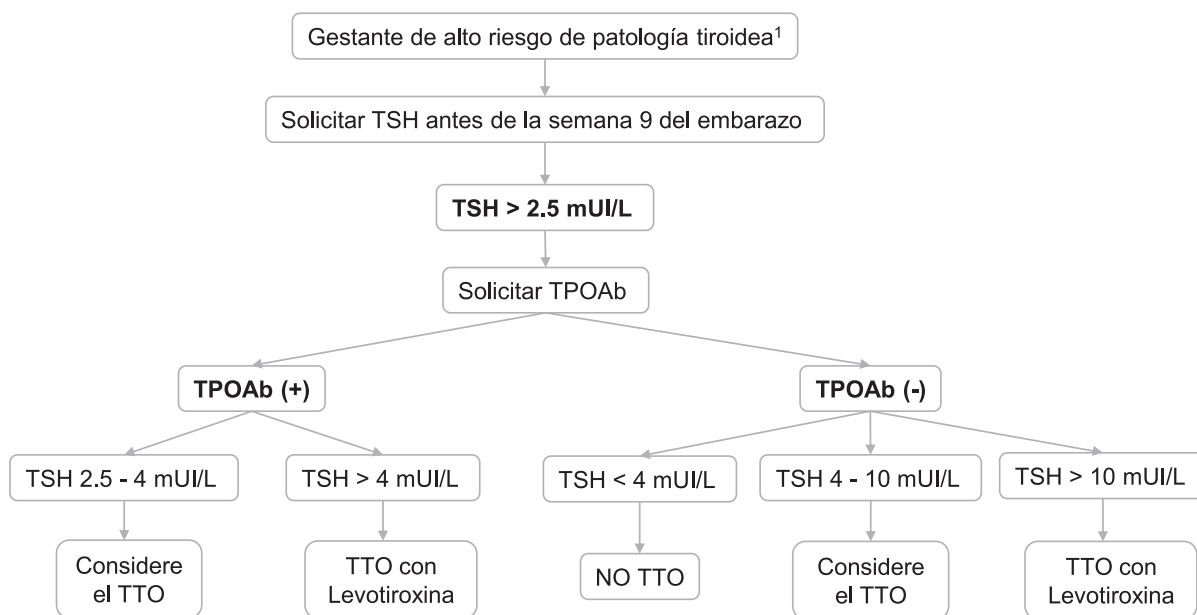
Fuente: Creación propia.

Al inicio del tratamiento también es importante considerar que no hay claridad en cuanto a la dosis de levotiroxina: sin embargo existe la recomendación de iniciar con una dosis de 1ug/Kg/día ⁽⁵²⁾. Durante el embarazo los requerimientos de hormonas tiroideas se incrementan por lo que es claro evaluar que pueden iniciarse con valores de levotiroxina sódica más altos que en la población no embarazada (19). Un estudio evaluó la utilidad de iniciar dosis de 75 ug/día a gestantes, encontrando que era una dosis suficiente, inclusive podría llegar a ser menor al nivel terapéutico para llegar a los valores recomendados por trimestre por las principales sociedades en endocrinología y tiroideas (10). El abordaje diagnóstico y terapéutico se resume en la Figura 1.

SEGUIMIENTO

La supervisión de la TSH y T4L se debe realizar cada 4 semanas, después del inicio de la terapia de suplementación si esta está indicada. Una vez se logren los valores objetivos se deben continuar controles entre la semana 24 a 28 y entre la semana 32 a 34 (18). Los niveles de TPO no requieren de seguimiento, su positividad en la prueba inicial es suficiente para enfocar el plan terapéutico y su variabilidad no tiene implicaciones en el seguimiento y pronóstico de la enfermedad (17)

FIGURA 1. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA GESTANTE CON RIESGO DE PATOLOGÍA TIROIDEA.



TSH: Hormona estimulante de tiroides, TPOAb: Anticuerpos Anti-Peroxidasa Tiroidea, TTO: Tratamiento, 1: Perfiles de pacientes descritos en la Tabla 1. Fuente: Creación propia

CONCLUSIÓN

Durante la gestación son frecuentes los trastornos tiroideos, y se hace importante su identificación temprana tanto de los casos clínicamente manifiestas como los estados subclínicos, dado que la carencia hormonal materna, así como la autoinmunidad positiva tienen consecuencias directas sobre las condiciones de salud maternas y sobre el desarrollo neurológico fetal. Efectuar un tamizaje de esta patología aún sigue siendo motivo de controversia, sin embargo algunos autores lo consideran pertinente en paciente con factores de riesgo asociados que se deben de buscar de forma activa. Es importante para el médico de atención primaria, siendo este el primer contacto de la paciente con los servicios de salud conocer el enfoque diagnóstico y terapéutico de estas patologías para actuar de forma oportuna y correcta individualizando las condiciones de cada paciente y limitando complicaciones a futuro. Cabe resaltar que es difícil definir con precisión un límite de TSH universal por encima del cual se debe iniciar la terapia con LT4 para todas las mujeres embarazadas. Más bien, las decisiones sobre el tratamiento con LT4 deben basarse tanto en la medición de la función tiroidea como en el estado de TPOAb. Es importante destacar que se requieren en nuestra población estudios para delimitar los niveles TSH en rangos de normalidad basados en características que pueden interferir en los valores séricos de esta como lo son el estado de yodo de la población, el índice de masa corporal, la geografía y el origen étnico tal como lo recomiendan las guías internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macchia CL, Flórez JAS. Hipotiroidismo en el embarazo [Internet]. Vol. 58, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007. p. 316–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.443>

2. Akram FH, Johansson B, Möllerström G, Landgren B-M, Stavreus-Evers A, Skjöldebrand-Sparre L. Incidence of Subclinical Hypothyroidism and Hypothyroidism in Early Pregnancy. *J Womens Health*. 2017 Nov;26(11):1231–5.

3. Vaidya B, Anthony S, Bilous M, Shields B, Drury J, Hutchison S, et al. Detection of Thyroid Dysfunction in Early Pregnancy: Universal Screening or Targeted High-Risk Case Finding? [Internet]. Vol. 92, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2007. p. 203–7. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1210/jc.2006-1748>

4. Maraka S, Ospina NMS, O’Keeffe DT, Espinosa De Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, et al. Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid*. 2016 Apr;26(4):580–90.

5. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Byrd W, Leveno KJ, et al. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol*. 2005 Feb;105(2):239–45.

6. Riestenberg CK, Harris I. IVF and Pregnancy Outcomes in Patients With Treated Versus Untreated Subclinical Hypothyroidism [17G] [Internet]. Vol. 127, *Obstetrics & Gynecology*. 2016. p. 63S. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000483901.84257.b4>

7. Abalovich M, Gutierrez S, Alcaraz G, Maccallini G, Garcia A, Levalle O. Overt and Subclinical Hypothyroidism Complicating Pregnancy [Internet]. Vol. 12, *Thyroid*. 2002. p. 63–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/105072502753451986>

8. Themeli Y, Mustafaraj K, Habibaj J. Pregnancy outcomes in women with subclinical hypothyroidism [Internet]. *Endocrine Abstracts*. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1530/endoabs.35.p975>

9. Karcaaltincaba D, Ozek MA, Ocal N, Calis P, Inan MA, Bayram M. Prevalences of subclinical and overt hypothyroidism with universal screening in early pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2020 Mar;301(3):681–6.

10. Penin M, Trigo C, López Y, Barragáns M. Tratamiento del hipotiroidismo subclínico en gestantes con una dosis fija diaria de 75µg de tiroxina [Internet]. Vol. 61, *Endocrinología y Nutrición*. 2014. p. 347–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2014.01.011>

11. Mestman JH. Diagnosing Mild Thyroid Dysfunction in Early Pregnancy and Defining Its Impact on Complications of Pregnancy Needs to Be Revisited [Internet]. Vol. 27, *Clinical Thyroidology*. 2015. p. 56–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/ct.2015;27.56-58>

12. Wiles K. Management for women with subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Drug Ther Bull*. 2019 Feb;57(2):22–6.

13. Vila L, Lucas A, Santiago P. Tiroides y embarazo [Internet]. Vol. 24, *FMC - Formación Médica*

- Continuada en Atención Primaria. 2017. p. 358–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2016.10.002>
14. García AMS, Rodríguez FJM, Muñoz EB. Tiroides y embarazo [Internet]. Vol. 23, FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016. p. 92–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2015.05.011>
15. Yalamanchi S, Cooper DS. Thyroid disorders in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015 Dec;27(6):406–15.
16. Practice Bulletin No. 148 [Internet]. Vol. 125, Obstetrics & Gynecology. 2015. p. 996–1005. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000462945.27539.93>
17. Vista de Prevalencia y caracterización clínica del hipotiroidismo, en gestantes del Eje Cafetero (Colombia), 2014-2017 [Internet]. [cited 2020 Sep 16]. Available from: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/543/707>
18. Carney LA, Quinlan JD, West JM. Thyroid disease in pregnancy. *Am Fam Physician*. 2014 Feb 15;89(4):273–8.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 148: Thyroid disease in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015 Apr;125(4):996–1005.
20. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Aug;97(8):2543–65.
21. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar;27(3):315–89.
22. Pediátrica REE. Revista Española Endocrinología Pediátrica - El hipotiroidismo en la gestante: guía clínica para prevenir alteraciones en el desarrollo cerebral del hijo [Internet]. [cited 2020 Sep 16]. Available from: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=262&idlangart=>
23. Mintziori G, Goulis D. European Thyroid Association guidelines in comparison with the American Thyroid Association and Endocrine Society practice guidelines for the screening and treatment of hypothyroidism during pregnancy [Internet]. *HORMONES*. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.14310/horm.2002.1554>
24. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *Eur Thyroid J*. 2014 Jun;3(2):76–94.
25. Sastre-Marcos J, Val-Zaballos F, Ruiz-Ginés MÁ, Saura-Montalbán J, Veganzones-Pérez M. Valores de referencia y cribado universal de la función tiroidea en el primer trimestre de la población de mujeres gestantes del área de Toledo [Internet]. Vol. 62, Endocrinología y Nutrición. 2015. p. 358–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.04.001>
26. Van den Boogaard E, Vissenberg R, Land JA, van Wely M, Ven der Post JAM, Goddijn M, et al. Significance of (sub)clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016 Jun;22(4):532–3.
27. Abalovich M, Mittelberg L, Allami C, Gutierrez S, Alcaraz G, Otero P, et al. Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity in women with infertility. *Gynecol Endocrinol*. 2007 May;23(5):279–83.
28. Vissenberg R, van den Boogaard E, van der Post JA, Fliers E, Bisschop PH, Goddijn M. Treatment of (sub) clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review [Internet]. Vol. 90, Journal of Reproductive Immunology. 2011. p. 148–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jri.2011.06.033>
29. Negro R, Formoso G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006 Jul;91(7):2587–91.
30. Rotondi M, Mazziotti G, Sorvillo F, Piscopo M, Cioffi M, Amato G, et al. Effects of increased thyroxine dosage pre-conception on thyroid function during early pregnancy. *Eur J Endocrinol*. 2004 Dec;151(6):695–700.
31. Yassa L, Marqusee E, Fawcett R, Alexander

- EK. Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the THERAPY) trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Jul;95(7):3234–41.
32. Reid SM, Middleton P, Cossich MC, Crowther CA, Bain E. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism pre-pregnancy and during pregnancy [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007752.pub3>
33. Negro R, Stagnaro-Green A. Diagnosis and management of subclinical hypothyroidism in pregnancy [Internet]. Vol. 349, *BMJ.* 2014. p. g4929–g4929. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4929>
34. Maffei MVM, Cabral SAB, Cruz FVS. Disfunción tiroidea en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ¿Una asociación frecuente? [Internet]. Vol. 3, *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna.* 2016. p. 33–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03\(01\)33-041](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(01)33-041)
35. Yorg JAJ, Pretell EA, Ovelar E, Sánchez Bernal S, Mendoza L, Jara Mark A, et al. Diabetes gestacional, hipotiroidismo y concentración urinaria de yodo en embarazadas. Yodurias en escolares en Paraguay: Exceso de yodo en la sal y riesgo de hiper e hipotiroidismo [Internet]. Vol. 43, *Revista chilena de nutrición.* 2016. p. 54–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182016000100008>
36. Tudela CM, Casey BM, McIntire DD, Cunningham FG. Relationship of subclinical thyroid disease to the incidence of gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 2012 May;119(5):983–8.
37. Gong L-L, Liu H, Liu L-H. Relationship between hypothyroidism and the incidence of gestational diabetes: A meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016 Apr;55(2):171–5.
38. Marsiglia G I. Enfermedad tiroidea asociada a otras enfermedades sistémicas. *Gac Méd Caracas.* 2005;113(4):453–65.
39. Wilson KL, Casey BM, McIntire DD, Halvorson LM, Gary Cunningham F. Subclinical Thyroid Disease and the Incidence of Hypertension in Pregnancy [Internet]. Vol. 119, *Obstetrics & Gynecology.* 2012. p. 315–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e318240de6a>
40. Pop VJ, Kuijpers JL, van Baar AL, Verkerk G, van Son MM, de Vijlder JJ, et al. Low maternal free thyroxine concentrations during early pregnancy are associated with impaired psychomotor development in infancy. *Clin Endocrinol.* 1999 Feb;50(2):149–55.
41. Kooistra L, Crawford S, van Baar AL, Brouwers EP, Pop VJ. Neonatal effects of maternal hypothyroxinemia during early pregnancy. *Pediatrics.* 2006 Jan;117(1):161–7.
42. Casey BM, Thom EA, Peaceman AM, Varner MW, Sorokin Y, Hirtz DG, et al. Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hypothyroxinemia in Pregnancy [Internet]. Vol. 72, *Obstetrical & Gynecological Survey.* 2017. p. 464–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ogx.0000521861.32334.43>
43. Männistö T, Vääräsmäki M, Pouta A, Hartikainen A-L, Ruokonen A, Surcel H-M, et al. Perinatal Outcome of Children Born to Mothers with Thyroid Dysfunction or Antibodies: A Prospective Population-Based Cohort Study [Internet]. Vol. 94, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2009. p. 772–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2008-1520>
44. Olmos RD, Figueiredo RC de, Aquino EM, Lotufo PA, Bensenor IM. Gender, race and socioeconomic influence on diagnosis and treatment of thyroid disorders in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Braz J Med Biol Res.* 2015 Aug;48(8):751–8.
45. Liu H, Shan Z, Li C, Mao J, Xie X, Wang W, et al. Maternal subclinical hypothyroidism, thyroid autoimmunity, and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Thyroid.* 2014 Nov;24(11):1642–9.
46. Korevaar TIM. Evidence-Based Tightrope Walking: The 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid.* 2017 Mar;27(3):309–11.
47. Rao M, Zeng Z, Zhou F, Wang H, Liu J, Wang R, et al. Effect of levothyroxine supplementation on pregnancy loss and preterm birth in women with subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2019 May 1;25(3):344–61.
48. Maraka S, Singh Ospina NM, Mastorakos G, O’Keeffe DT. Subclinical Hypothyroidism in Women

Planning Conception and During Pregnancy: Who Should Be Treated and How? J Endocr Soc. 2018 Jun 1;2(6):533–46.

49. Dong AC, Stephenson MD, Stagnaro-Green AS. The Need for Dynamic Clinical Guidelines: A Systematic Review of New Research Published After Release of the 2017 ATA Guidelines on Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Front Endocrinol . 2020 Apr 7;11:193.

50. Cooper DS, Pearce EN. Subclinical Hypothyroidism and Hypothyroxinemia in Pregnancy

- Still No Answers. N Engl J Med. 2017 Mar 2;376(9):876–7.

51. Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S, Paradise R, Maina A, Rees R, et al. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. N Engl J Med. 2012 Feb 9;366(6):493–501.

52. Santhanam P. Levothyroxine Dose and Measurement of TSH [Internet]. Vol. 128, The American Journal of Medicine. 2015. p. e13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.03.027>.




Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:

 www.facebook.com/aequusmf

 [aequusmf](https://www.instagram.com/aequusmf)

 [@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)

 fundacionaequus.wordpress.com



Cada vez más especialidades.
Cada vez más comodidad.

Cada vez mejor.

Cam Doctor se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

Para acceder a **Cam Doctor**, descargá la app móvil o ingresá desde nuestra web.

El servicio está disponible los 365 días del año, de 8 a 24 hs.

Medifé
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO FINOCHIETTO**

Consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia: rol de profesionales de salud.

Alcohol use during pregnancy and breastfeeding: health professionals' role.

Autores: Pablo Martín Bonino^a ; Florencia Caneto^b, Sofía Lucero Arguinzoniz^c, Graciana Nocetti^d, Nicolás Martín Salvia^e, Belén del Valle Vera^f, Deborah Martínez Villarreal^g, Darío Gigena Parker^h.

a: Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y Nudge Argentina. Lic. En Psicología ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-4160-3719>

b: Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi-UNC-CONICET). Dra. en Psicología ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-9249-6573>

c: Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y Nudge Argentina. Lic. en Psicología ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-4229-9181>

d:Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Lic. en Economía ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-2736-5937>

e: Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y Nudge Argentina. Lic. en Economía. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-9851-2287>

f: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi-UNC-CONICET). Dra. en Psicología ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-7840-9493>

belen.vera@unc.edu.ar

g: Banco Interamericano del Desarrollo, Behavioral Economics Group. Magister en Economía. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-4550-9199>

h: Gobierno de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública. Médico Especialista en Psiquiatra y Magister en Drogadependencia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3317-355X>

Contacto:

Pablo Martín Bonino.

E-mail:

pablombonino@yahoo.com.

Recibido: 12/10/2021

Aceptado: 08/11/2021

Este artículo contó con el apoyo de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

RESUMEN

Dada la prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia y la implicancia de esta práctica para la salud de los/as bebés, se indagó sobre la información que comparten profesionales de la salud a mujeres (embarazadas o en período de lactancia) sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional transversal mediante una encuesta en línea. Completaron la encuesta completa 86 profesionales de la salud (*Medad*=43.22, *DS*=9.10) y 32 sólo las preguntas sobre consumo y lactancia (*n* total para encuesta de lactancia=118 profesionales; *Medad*=44.5, *DS*=8.77). Los resultados arrojaron que la mayoría de los/as profesionales destaca la importancia de abordar el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, pero hay quienes permiten el consumo de alcohol durante estos períodos, a pesar de considerarse de riesgo entre moderado y alto para el/la bebé. Se concluye, entonces, que hay una necesidad de mayor formación profesional en el tema.

PALABRAS CLAVES: consumo de bebidas alcohólicas; embarazo; lactancia.

ABSTRACT

The high prevalence of alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding has been reported. The use of alcohol during pregnancy and breastfeeding is prejudicial for babies' health. This study inquired about the information that health professionals share with women about alcohol use during pregnancy and breastfeeding. Therefore, a cross-sectional observational study was conducted using an online survey. 86 health professionals (*Mean*=43.22, *SD*=9.10) completed the full survey and 32 health professionals completed only the questions about breastfeeding and alcohol use (total sample for these questions=118, *Mean*=44.5, *SD*=8.77). The results showed that almost every professional highlights the importance of approaching alcohol use during pregnancy and breastfeeding, but some allow alcohol use during these periods despite the fact that a large group considered that alcohol use has moderate to high risk for the baby. The conclusions of the study are that results showed the need for more professional training on alcohol drinking risk during pregnancy and breastfeeding.

KEYWORDS: alcohol drinking; pregnancy; lactation.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la necesidad de prevenir los daños provocados por el consumo de alcohol en poblaciones jóvenes y de mujeres, sobre todo en aquellas en etapa gestacional⁽¹⁾, ya que la prevalencia global del consumo de alcohol durante el embarazo se estimó en 9.8%⁽²⁾.

El alcohol es la única sustancia asociada a un síndrome congénito específico. El trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) es un término amplio que se utiliza para describir la variedad de presentaciones y deficiencias que resultan de la exposición prenatal al alcohol, incluidas las discapacidades físicas, conductuales, emocionales, adaptativas y neurocognitivas^(3,4). Se estima que una de cada 67 mujeres que consumen alcohol durante el embarazo darán a luz a un bebé con Síndrome de Alcohol Fetal (SAF -la más severa y más visiblemente identificable forma del TEAF-), lo que se traduce en unas 119 000 personas nacidas con SAF en el mundo cada año⁽⁵⁾. Además, beber durante el embarazo también puede ser un factor de riesgo para otros resultados adversos, incluidos el aborto espontáneo y la muerte fetal⁽⁶⁾. Por otra parte, el consumo de alcohol durante la lactancia, afecta la producción y calidad de la leche materna y, también afecta los patrones del sueño y el sistema inmune en recién nacidos y nacidas⁽⁵⁾.

Asimismo, hay una falta de información a las mujeres sobre los efectos del alcohol en el embarazo y la lactancia, sobre todo desde profesionales de la salud. En un estudio reciente en España (n= 426), con mujeres gestantes, se encontró que el 43% de las entrevistadas afirmaron no haber recibido consejo sanitario alguno sobre el consumo de alcohol durante el embarazo⁽⁷⁾. A nivel local, sólo un estudio de 17 años de antigüedad evalúa en 167 mujeres el consejo médico sobre el consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo. En este estudio, sólo el 46.7% informaron que su médico o médica les había aconsejado sobre el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo, e incluso menos (25.7%) recibieron este tipo de consejos durante la lactancia⁽⁸⁾. Sin embargo, no hay antecedentes locales ni regionales que indaguen esta temática en profesionales de la salud.

Existen guías con recomendaciones respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, dirigidas a profesionales de la salud⁽⁹⁻¹³⁾. Sin embargo, todavía existe un debate considerable respecto a los daños que genera la ingesta de dosis bajas de alcohol durante el embarazo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, lo que puede generar confusión entre la evidencia de la investigación y las prácticas sugeridas, e incluso información diferente en las guías clínicas recomendadas por diferentes organismos. Esto puede llevar a una desinformación en quienes trabajan con mujeres embarazadas o en período de lactancia.

A pesar de las controversias, los organismos internacionales de salud recomiendan una política de alcohol cero durante el embarazo^(11,17), por no haberse determinado si hay una cantidad segura. Al respecto, en un estudio reciente con 400 profesionales de la salud y estudiantes del área, se encontró que sólo el 50% aconseja una política de “alcohol cero” a mujeres gestantes que atienden⁽¹⁸⁾. Por otro lado, Coons et al.⁽¹⁹⁾ reportan cifras más alentadoras. De 884 profesionales de la salud, el 73.2% informó haber hablado de los riesgos del alcohol durante el embarazo, el 62.4% estuvo de acuerdo con la práctica de decirle a las pacientes que bebieran con moderación y el 87.9% recomendó que las mujeres embarazadas se abstuvieran por completo de consumir alcohol durante el embarazo⁽¹⁹⁾. Algo similar sucede en el período de lactancia, ya que, a pesar de las recomendaciones, hay profesionales que no abordan el tema^(20, 21). Al respecto, algunos organismos hacen recomendaciones de limitar la ingesta de alcohol y/o esperar dos horas después de beber para reanudar la lactancia o descartar la leche producida después de la ingesta de sustancias⁽²²⁾.

En este contexto, el presente estudio se propuso:

- 1- Describir, en una muestra de profesionales de la salud que trabajan diariamente con mujeres embarazadas o en período de lactancia: (a) la información que le comparten a las mujeres sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia; (b) el nivel de información que creen tener sobre el tema; (c) la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia; y (d) la percepción que tienen sobre la conducta de consumo de las mujeres embarazadas o en período de lactancia;
- 2- Analizar, en una muestra de profesionales de la salud: (a) la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y el nivel de información profesional acerca de los riesgos del alcohol en el embarazo y, (b) la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y la percepción de riesgo del consumo de alcohol en el embarazo;
- 3- Analizar, en una muestra de profesionales de la salud: (a) la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia y la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo, (b) la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia y la percepción de riesgo del consumo de alcohol durante la lactancia y; (c) la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia y el nivel de información profesional acerca de los riesgos del consumo de alcohol en la lactancia.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional transversal mediante encuestas⁽²³⁾. Los datos fueron recolectados

en junio del 2020. Los datos se recolectaron mediante una encuesta online por la plataforma SurveyMonkey®, que permitió obtener la información necesaria de manera simple y económica. La invitación a participar de la encuesta se difundió por la página web de una dependencia pública (Provincia de Córdoba, Argentina) dirigida a profesionales de la salud que trabajen diariamente con mujeres embarazadas o en período de lactancia. Aunque 165 profesionales respondieron la encuesta, 47 encuestas fueron descartadas por: (i) no cumplir con los criterios de inclusión (ser profesionales de la salud y trabajar diariamente con mujeres embarazadas o en período de lactancia [n=18]), (ii) estar incompletas (n=25), (iii) no brindar consentimiento (n=4). En total, 86 profesionales (M de edad=43.22, DS=9.10; profesiones= 70.9% médicos/as, 20.9% enfermeros/as, 8.2% trabajadores/as sociales, psicólogos/as y otros; el 52.3% con más de 16 años de recibidos/as) completaron la encuesta completa y 32 profesionales de la salud completaron sólo las preguntas sobre consumo y lactancia (n total para encuesta de lactancia=118 profesionales de la salud; profesiones= 74.6% médicos/as, 17.8% enfermeros/as, 7.6% psicólogos/as, trabajadores sociales u otros/as; el 60.2% con más de 16 años de recibidos/as; M de edad=44.5, DS=8.77).

INSTRUMENTOS

Datos sociodemográficos e información profesional: edad, años de recibido/a (menos de tres años, tres a seis años, seis a nueve años, entre 10 y 15 años, más de 16 años), profesión (medicina, trabajo social, psicología, enfermería, nutrición, otro), práctica diaria con embarazadas (sí/no), práctica diaria con mujeres en período de lactancia (sí/no).

Prácticas y opiniones de profesionales de salud sobre el consumo de alcohol durante el embarazo

Siguiendo estudios previos (5,7), se generó el siguiente conjunto de preguntas:

1- Importancia de abordar el tema: Te pedimos que nos indiques del 1 al 10, siendo 10 el puntaje más alto y 1 el puntaje más bajo ¿cuán importante es abordar el consumo de alcohol durante el embarazo? (escala del 1 al 10, de nada importante a extremadamente importante);

2- Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo: ¿Con qué frecuencia abordás el tema del consumo de alcohol durante el embarazo? (1 =cuando surge el tema a 5= todos los controles);

3- Recomendaciones sobre el consumo durante el embarazo: cuando hablas con tus pacientes embarazadas sobre el consumo de alcohol, ¿qué le recomendás? (les permito tomar a discreción; les permito tomar en forma moderada [medio vaso, un cuarto de vaso], no les permito tomar ninguna can-

tidad de alcohol, no les efectuó recomendación sobre el consumo de alcohol);

4- Percepción del riesgo para el bebé por el consumo de alcohol en el embarazo: Pensando en el bebé ¿cuál es el riesgo que existe si la mamá embarazada consume alcohol en pequeñas cantidades (como sorbitos)? (nulo, bajo, moderado, alto, extremo);

5- Nivel de información (del profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo: ¿Crees que tenés información suficiente sobre los riesgos para el/la bebé, si la mamá embarazada consume alcohol, inclusive en pequeñas cantidades? (sí, estoy seguro/a de tener información suficiente; no estoy seguro/a de tener información suficiente; no, no tengo información suficiente);

6- Percepción del consumo de alcohol de las embarazadas (desde 0= no consumen alcohol durante el embarazo a 5=la mayoría consume).

Prácticas y opiniones de profesionales de salud sobre el consumo de alcohol durante la lactancia

Se utilizó el mismo set de preguntas que el de prácticas y opiniones de profesionales de salud sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, pero orientado a la lactancia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la difusión de la encuesta se informó que la participación era voluntaria, que los datos recolectados serían anónimos y confidenciales y utilizados para diseñar campañas preventivas con el fin de mejorar la salud de las personas gestantes/lactantes y sus bebés y para investigación.

Para participar profesionales de la salud brindaron su consentimiento informado (incluido en la primera página de la encuesta). Además, el estudio se realizó respetando los lineamientos éticos para la investigación con humanos señalados por la Asociación Psicológica Americana, la declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales (Argentina). Los procedimientos fueron revisados y aprobados por el comité de ética interno de la institución a cargo de la investigación (este estudio se enmarca dentro de las prácticas de esta institución que pretenden generar políticas públicas basadas en evidencia).

ANÁLISIS DE DATOS

Para responder al objetivo uno, se llevaron a cabo análisis descriptivos (frecuencias) para examinar las prácticas y opiniones de profesionales de la salud sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Para responder al objetivo dos, se llevó a cabo una prueba chi cuadrado (χ^2) para analizar

la asociación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y el nivel de información profesional sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo y una prueba de correlaciones por rangos de Spearman (ρ , utilizado para variables categóricas ordinales) para analizar la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo y la percepción de riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol durante el embarazo. Para responder al objetivo específico tres, se llevó a cabo una prueba chi cuadrado (χ^2) para analizar la asociación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia y el nivel de información profesional sobre los riesgos del consumo de alcohol en lactancia y se llevaron a cabo pruebas de correlaciones por rangos de Spearman (ρ , utilizado para variables categóricas ordinales) para analizar la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en la lactancia y la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo y entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en la lactancia y la percepción de riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol en la lactancia. Para todos los análisis de datos se utilizó el SPSS 24 (el valor de p fijado fue .05).

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los resultados descriptivos de las prácticas y opiniones de profesionales de la salud sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Como puede observarse, la mayoría destaca la importancia de abordar el tema, aproximadamente dos tercios consideran que el consumo de alcohol durante el embarazo o la lactancia tiene un riesgo entre moderado y alto para el/la bebé, aproximadamente dos cuartos alegan no permitir consumir alcohol a sus pacientes embarazadas o en período de lactancia, pero sólo un pequeño porcentaje (23.3% y 32.2%, embarazo y lactancia respectivamente) de profesionales suele abordar el tema en todos los controles. Además, un porcentaje considerable de profesionales (entre el 20 y el 25%) permite el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia o no emite recomendación al respecto. Por otra parte, sólo entre el 44% (que atienden pacientes embarazadas) y 36% (que atienden pacientes en período de lactancia) señalan estar convencidos/as de tener la información suficiente sobre el tema.

Tabla 1

Descriptivos de las prácticas y opiniones de profesionales de la salud sobre el consumo de alcohol durante el embarazo (n=86) y la lactancia (n=118)

Consumo de alcohol y embarazo		Consumo de alcohol y lactancia	
	%		%
Importancia de abordar el tema		Importancia de abordar el tema	
Extremadamente importante	81.8	Extremadamente importante	78.0
Entre relativa importancia y extrema importancia	16.7	Entre relativa importancia y extrema importancia	21.2
Baja importancia	1.5	Baja importancia	.8
Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo		Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en la lactancia	
En todos los controles	23.3	En todos los controles	32.2
Una vez	23.3	Una vez	15.3
Dos veces	4.7	Dos veces	3.4
Entre 3 y 4 veces	15.1	Entre 3 y 4 veces	9.3
Cuando surge el tema	33.7	Cuando surge el tema	39.8
Recomendaciones sobre el consumo durante el embarazo		Recomendaciones sobre el consumo durante la lactancia	
No les permito tomar	80.2	No les permito tomar	74.6

No efectuo recomendación	9.3	No efectuo recomendación	8.5
Les permito moderadamente	1.2	Les permito moderadamente/a discreción	4.2
Les permito tomar sorbitos	9.3	Les permito tomar sorbitos	12.7
Percepción del riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol en el embarazo		Percepción del riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol en la lactancia	
Nulo	3.5	Nulo	2.5
Bajo	18.6	Bajo	16.9
Moderado	27.9	Moderado	24.6
Alto	44.2	Alto	44.9
Extremo	5.8	Extremo	11.0
Nivel de información (del profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo		Nivel de información (del profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en la lactancia	
Estoy segura/o de tener la información	44.2	Estoy segura/o de tener la información suficiente	36.4

La Tabla 2 muestra las relaciones entre el abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y durante la lactancia y el riesgo percibido para el/la bebé por el consumo de alcohol en el embarazo y en la lactancia.

Tabla 2

Relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y durante la lactancia y la percepción del riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol durante el embarazo y durante la lactancia.

	Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo	Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en la lactancia
Percepción del riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol en el embarazo	.19	----
Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo	-----	.69***
Percepción del riesgo para el/la bebé por el consumo de alcohol en la lactancia	----	.31***

Nota: *** $p \leq .001$

La Tabla 3 muestra la asociación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y durante la lactancia y nivel de información (del o de la profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo y en la lactancia.

Tabla 3

Asociación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y durante la lactancia y nivel de información (del o de la profesional) sobre los riesgos del consumo en el embarazo y durante la lactancia.

	Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en el embarazo (n=86)						Frecuencia de abordaje del consumo de alcohol en la lactancia (n=118)					
	TC	1vz	2Vs	3Vs	CS	χ^2	TC	1ve	2Vs	3Vs	CS	χ^2
Nivel de información (del/ la profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo	20.99**						-					
Sí, tengo información suficiente	14	6	2	10	6		-	-	-	-	-	
No tengo información suficiente	1	2	1	0	4		-	-	-	-	-	
No estoy seguro/a de tener la información suficiente	5	12	1	3	19		-	-	-	-	-	
Nivel de información (del/la profesional) sobre los riesgos del consumo de alcohol en la lactancia	-						19.57*					
Sí, tengo información suficiente	-	-	-	-	-		21	6	2	7	7	
No tengo información suficiente	-	-	-	-	-		3	2	0	1	7	
No estoy seguro/a de tener la información suficiente	-	-	-	-	-		14	10	2	3	33	

Nota: la tabla presenta la cantidad de observaciones por celda. TC: en todos los controles, 1vez: una vez, 2Vs: dos veces, 3Vs: tres o cuatro veces; CS: cuando surge el tema. ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$.

DISCUSIÓN

Numerosos trabajos previos han mostrado que existe una gran desinformación entre las mujeres embarazadas y en período de lactancia sobre los efectos del consumo de alcohol durante estos períodos, en gran parte porque esta información no es proporcionada por los profesionales de salud ^(7,8,21,24). Por lo tanto, en primer lugar, el presente estudio pretendió indagar en una muestra de profesionales de la salud que trabajan diariamente con mujeres embarazadas o en período de lactancia acerca de la información que le comparten a las mujeres sobre el consumo de alcohol durante el embarazo así como el nivel de información que creen tener sobre el tema, la percepción de riesgo para el bebé por el consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia y la percepción que tienen sobre la conducta de consumo de las mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Al respecto, se encontró que la mayoría (cercano al 100%) considera que es extremadamente o moderadamente importante abordar el tema del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Sólo un mínimo porcentaje no considera relevante abordar el tema. Además, 6 de cada 10 profesionales señalan que sus pacientes son consumidoras de alcohol. Sin embargo, sólo uno de cada cuatro profesionales y tres de cada diez profesionales suele abordar el tema en todos los controles que realizan a mujeres embarazadas y lactantes, respectivamente. Mientras que, tres de cada diez profesionales que atienden mujeres embarazadas y cuatro de cada diez que atiende mujeres en período de lactancia sólo aborda el tema cuando surge, a pesar de considerar que el consumo de alcohol en estas condiciones tiene un riesgo moderado o alto para el bebé. Esto implica, que no se tiene como rutina discutir los riesgos del consumo durante el embarazo ^(18, 25) y la lactancia ^(20, 21).

Por otra parte, un elevado porcentaje de profesionales alegan no permitir consumir a sus pacientes embarazadas o en período de lactancia, lo que se encuentra en consonancia con resultados previos ⁽¹⁹⁾ y con las recomendaciones internacionales ^(11,17). Sin embargo, es necesario hacer notar que un porcentaje considerable de profesionales permite el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia o no emite recomendación al respecto. En esta línea, se ha señalado que los conocimientos de profesionales de la salud sobre el tema son escasos ⁽²⁵⁾ y que, por ello, algunos profesionales prefieren no discutir estos temas con sus pacientes. Al respecto, en este estudio, sólo entre el 44% (que atienden pacientes embarazadas) y 36% (que atienden pacientes en período de lactancia) señalan estar convencidos/as de tener la información suficiente sobre el tema. Estos resultados señalan la necesidad de formación profesional en el tema.

Asimismo, el presente estudio pretendió analizar la relación entre la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo por profesio-

sionales de la salud y la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia por profesionales de la salud, encontrándose una correlación significativa fuerte y positiva entre estas variables. Esto implica que quienes informan a las pacientes sobre los riesgos del consumo en el embarazo también lo hacen con mujeres en período de lactancia.

Además, se analizó el riesgo percibido por el/la profesional de la salud por el consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia y la frecuencia de abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia y se encontró que quienes perciben un mayor riesgo en estos comportamientos son quienes informan al respecto con más frecuencia. Al respecto, no encontramos antecedentes en profesionales de la salud, pero un estudio reciente con más de 400 mujeres embarazadas ⁽²⁶⁾ demostró que un mayor consumo en el embarazo fue predicho por un menor riesgo percibido del consumo de alcohol en esta etapa y por un menor grado de consejo profesional al respecto. Es decir, se remarca la importancia de un mensaje profesional claro y constante recomendado el no consumo y destacando los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia.

Finalmente, se pretendió analizar la asociación entre la frecuencia con la que los/as profesionales de la salud le comparten información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia y el nivel de información que profesionales creen tener acerca de los riesgos asociados al consumo de alcohol en estas etapas. Se hallaron asociaciones significativas. Específicamente, quienes dicen tener la información suficiente sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo abordan el tema principalmente en todos los controles o al menos de tres a cuatro veces. Mientras que, quienes dicen no estar seguros de tener la información suficiente sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo abordan el tema principalmente cuando surge o una vez. Este resultado se replica en el abordaje del consumo de alcohol durante la lactancia. Pareciera, entonces, que es necesario que los y las profesionales sientan seguridad de la información que manejan sobre el tema para abordarlo de manera sostenida. Nuevamente, se remarca la necesidad de mayor información/formación profesional sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia ^(25, 27).

Este estudio debe entenderse en el marco de algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra y su conformación. En segundo lugar, se abarca principalmente a médicos y médicas. Futuros estudios deberían incluir una muestra más amplia de otros tipos de profesionales. Además, se debe considerar el sesgo de la deseabilidad en la respuesta.

CONCLUSIONES

Este estudio es una buena primera aproximación a una temática que tiene implicancias en el desarrollo infantil y que es poco estudiada en el contexto local

y regional. Este estudio, como resultados previos en otros contextos^(25,27), muestra que a mayor información y formación profesional mayor es el abordaje y la prevención que hacen del consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia. El consumo de alcohol en el embarazo puede generar discapacidades físicas, conductuales, emocionales, adaptativas y neurocognitivas^(3,4), Síndrome de Alcohol Fetal⁽⁵⁾ y, además, puede ser un factor de riesgo para el aborto espontáneo y la muerte fetal⁽⁶⁾. Por otra parte, el consumo durante la lactancia afecta el bienestar de recién nacidos y nacidas⁽⁵⁾. Ahí radica la necesidad de promover en el ámbito de salud la información de los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, así como políticas sanitarias de “consumo cero” durante el embarazo y la lactancia. Además, esta información debe alcanzar tanto a profesionales de la salud como a las mujeres (embarazadas o en periodo de lactancia) y su núcleo cercano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genova: Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf
2. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017; 5(3):290-299.
3. Cook J L, Creen C R, Lilley C M, Anderson S M, Baldwin M E, Chudley A E...Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network. Fetal alcohol spectrum disorder: A guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*. 2016;188:191-197.
4. Lees B, Mewton L, Jacobus J, Valadez E A, Stapinski L A, Teesson M, ... Squeglia L M. Association of prenatal alcohol exposure with psychological, behavioral, and neurodevelopmental outcomes in children from the adolescent brain cognitive development study. *Am J Psychiatry*. 2020;177(11):1060-1072.
5. Brown R A, Dakkak H, Seabrook J A. Is breast best? Examining the effects of alcohol and cannabis use during lactation. *J Neonatal Perinatal Med*. 2018;11(4):345-356.
6. Bailey B A, Sokol R J. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Res Health*. 2011;34(1): 86.
7. Mendoza R, Morales-Marente E, Palacios M S, Rodríguez-Reinado C, Corrales-Gutiérrez I, García-Algar Ó. Health advice on alcohol consumption in pregnant women in Seville (Spain). *Gac Sanit*. 2020;34(5):449-458. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.11.008.
8. Pepino M Y, Mennella J A. Advice given to women in Argentina about breast-feeding and the use of alcohol. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16:408-414.
9. Ministerio Israelí de Salud. Fetal Alcohol Syndrome. 2021. Disponible en https://www.health.gov.il/Subjects/addictions/Alcohol/FETAL_ALCOHOL_SYNDROME/Pages/FETAL_ALCOHOL_SYNDROME.aspx
10. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile. Mujeres y tratamiento de alcohol y otras drogas embarazo, puerperio y lactancia. 2016. Disponible en https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documento_embarazo.pdf (consultado el 30/3/21).
11. National Institute of Health (NIH). La bebida y el embarazo. EEUU. 2006. Disponible en <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/la-bebida-y-su-embarazo-drinking-and-your-pregnancy> (consultado 17/03/2021).
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy By World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO Press. 2014. ISBN: 9789241548731. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en.
13. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Curso Embarazo y Alcohol. (s/f). Disponible en <https://www.secretariadeadicciones.com/embarazo-y-alcohol> (consultado el 20/3/2021).
14. Charness M E, Riley E P, Sowell E R. Drinking during pregnancy and the developing brain: is any amount safe?. *Trends Cogn Sci*. 2016;20(2): 80-82.
15. Nathanson V, Jayasinghe N, Roycroft G. Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? No. *BMJ*. 2007;335(7625):857. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39356.489340.AD>
16. O'Brien P. (2007). Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? Yes. *BMJ*. 2007;335(7625):856. doi: <https://doi.org/10.1136/sbmj.080100>
17. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Impacto del consumo de alcohol en la salud de las mujeres. S/F. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=infografias-7758&alias=35123-impacto-consumo-alcohol-salud-mujeres-123&Itemid=270&lang=es (consultado el 17/03/2021).
18. Messina M P, D'Angelo A, Battagliese G, Coriale G, Tarani L, Pichini S, ... & FASD Study

Group. Fetal alcohol spectrum disorders awareness in health professionals: implications for psychiatry. Riv Psichiatr.2020;55(2):79-89. doi: 10.1708/3333.33022.

19. Coons K D, Clement A L, Watson S L. Are rural and urban Ontario health care professionals aware of fetal alcohol spectrum disorder? A secondary data analysis of the fetal alcohol syndrome survey for health professionals. J Dev Disabl. 2017;23(1):76-91.

20. Giglia, R. The provision of alcohol and breastfeeding information by maternal health practitioners in the Australian setting. Or quite simply 'do the carers care?'. Australian Midwifery News. 2019;19(2):48-49.

21. Giglia R C, Symons M, Shaw T. The provision of alcohol and breastfeeding information by maternal health practitioners in the Australian setting. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019;59(2):258-264. doi: 10.1111/ajo.12837

22. Reece-Stremtan S, Marinelli K. A. ABM clinical protocol# 21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Breastfeed Med. 2015;10(3):135-141. doi: 10.1089/bfm.2015.9992

23. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Int J Morphol. 2014;32(2):634-645. doi:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>

24. Department of Health. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines Development Group to the UK Chief Medical Officer. 2016. Disponible en https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_reportJan2016.pdf (consultado el 30/3/21)

25. Crawford-Williams F, Steen M, Esterman A, Fielder A, Mikocka-Walus, A. “If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence”: knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy. Women Birth. 2015;28(4):329-335. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.003>

26. Corrales-Gutierrez I, Mendoza R, Gomez-Baya D, & Leon-Larios F. Understanding the Relationship between Predictors of Alcohol Consumption in Pregnancy: Towards Effective Prevention of FASD. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(4):1388. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041388>

27. Payne J, Elliott E, D'Antoine H, O'Leary C, Mahony A, Haan E, Bower C. Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. Aust N Z J Public Health. 2005;29(6):558-564. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2005.tb00251.x>

Logo of Fundación MF: PARA EL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Conocé nuestro sitio web www.fundacionmf.org.ar

FUNDACION MF

Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

E EVIDENCIA Revista online de actualización en la práctica ambulatoria. 	PROFAM Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria lider en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica.	MF MF SALUD Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general.	SAN PANTALEÓN Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Bolognesi.
---	--	--	---

HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria



PROFAM

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2021



Actualización para médicos
que centran su práctica en
la atención ambulatoria.



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria.
Tres modalidades de cursada: superior, semipresencial y tradicional.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso PROFAM Niños.
- Curso Intervenciones en cesación tabáquica.
- Curso Cuidados paliativos en atención primaria.

"Importancia de la disponibilidad de la Ecografía en el Primer Nivel de Atención". Reporte de Caso.

Case report: "Importance of the availability of ultrasound scans in Primary Health Care"

Autor: Dumrauf Sebastian^a y Romero Rocio^a

Afiliaciones de los autores:

a: Residente de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, Secretaría de Salud de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

Autor de correspondencia:

Rocío Romero.

Correo electrónico:

romerorocio_@hotmail.com

Conflicto de Intereses:

Los autores de la presente revisión declaran no presentar conflictos de interés.

Recibido: 20/10/2021

Aceptado: 15/11/2021

RESUMEN

La ecografía de pie de cama se ha abierto paso en diferentes escenarios como método para disminuir la incertidumbre diagnóstica. Existen ya numerosas publicaciones que dan cuenta que el uso de ecografía aumenta la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Este reporte de caso intenta poner en evidencia como la ecografía accesible en el primer nivel puede resolver un proceso de moderada complejidad diagnóstica, evitando demoras, y así también mayores complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Ultrasonografía, Atención primaria de salud, trombosis de la vena.

ABSTRACT: Bedside ultrasonography has made its way into different settings as a method to reduce diagnostic uncertainty. There are already numerous publications that show that the use of ultrasonography increases the resolution capacity of the first level of care. This case report tries to show how accessible ultrasound at the first level can solve a process of moderate diagnostic complexity, avoiding delays, and thus also greater complications.

KEY WORDS: Ultrasonography; Primary Health Care; Venous Thrombosis

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la ecografía se ha abierto paso como una prueba de imagen esencial en múltiples especialidades médicas para disminuir la incertidumbre en el diagnóstico, evitando o definiendo la necesidad de derivaciones a un segundo nivel de atención. La anamnesis y el examen físico son partes primordiales del proceso diagnóstico de cualquier enfermo. En ese contexto la ecografía guiada por un Médico/a de Familia (tanto así como por un especialista en Clínica Médica, Medicina General o Pediatría) no tiene la intención de proveer un diagnóstico preciso, sino más bien de convertirse en una herramienta de aproximación. La "ecografía de pie de cama" o "ecografía clínica" tiene como objetivo acercar la técnica al lugar y momento, dándole la ventaja de ofrecer respuesta asistencial inmediata al correlacionar los resultados con la situación clínica.

Hablar de ecografía en el primer nivel de atención no es un asunto innovador en otros países del mundo, en donde Médicos/as de Familia y Generalistas cuentan con formación en el uso de dicha herramienta. Hace ya aproximadamente 3 décadas en las que se vienen publicando una gran cantidad de situaciones clínicas habituales en las que la utilización de la ecografía por el/la Médico/a de Familia aumentaría la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

El primer nivel de atención de la salud es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud, etc.; se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

«La Atención Primaria de la Salud (APS) es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».

REPORTE DE CASO:

CONTEXTO: El centro de Salud Leonor Capelli de Ing White, es un centro asistencial de primer nivel, perteneciente a la Secretaría de Salud de Bahía Blanca, en Buenos Aires. El mismo se encuentra ubicado a 10

Km del centro de referencia de segundo nivel, el Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero.

El centro de salud cuenta con laboratorio, radiografía y ecografía como métodos diagnósticos. Los mismos están disponibles en horario matinal de lunes a viernes. Con excepción de la ecografía, ya que se cuenta con profesionales en imágenes solo 2 veces a la semana.

CASO CLÍNICO: Se trata de un usuario masculino de 19 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, y que niega hábitos tóxicos. Acude a consulta con Medicina Familiar por dolor de tipo urente, intensidad 7/10, localizado en cara interna de brazo izquierdo, con irradiación parcial a axila de 24 horas de evolución. Inició espontáneamente, niega traumatismo o actividad física que involucre dicho miembro. En las últimas 12 horas consultó en servicio médico de urgencias, donde fue interpretado de origen musculoesquelético y se indicó diclofenac intramuscular 75 mg con alivio parcial de la sintomatología. Niega atenuantes. No ha padecido covid, y el triage institucional fue negativo.

Al examen físico paciente longilíneo, en buen estado general, sin facie dolorosa. Se observa leve asimetría al comparar ambos miembros (el brazo afectado fue referido como miembro dominante), con eritema tenue difuso en cara interna del brazo. Se inspecciona movilidad, refiriendo dolor a la extensión y abducción del brazo y a la flexión del antebrazo sobre el brazo, sin impedir dichos movimientos. El dolor se reproduce ante la palpación de masas musculares del biceps y tríceps izquierdos, y de la región axilar. No se palpan adenopatías. Se decide medir comparativamente ambos brazos obteniéndose una diferencia de 3cm. No se constata Godet.

Dada la anamnesis realizada y el examen físico, el dolor no impresiona de origen neuropático/traumático/infeccioso. Se sospecha Trombosis Venosa Profunda (TVP). Teniendo en cuenta los factores de riesgo de trombosis venosas (como aquellos tenidos en cuenta en el score de Padua) el paciente tiene un bajo riesgo de TVP según sus antecedentes; la escala de Wells arroja una probabilidad MODERADA de que esté presentando una TVP. Se realiza Ecografía y Doppler, con el objetivo de descartar TVPMS, proceso sumamente infrecuente. La misma evidenció obstrucción del tercio inferior de la vena yugular externa, subclavia, axilar, basilíca y tercio proximal de vena mediana del codo, conformándose el diagnóstico de TVP de MSD. Se comunica el diagnóstico al paciente y se interconsulta con el hematólogo de referencia para coordinar su derivación al Centro de Segundo Nivel referente de la localidad, debido a la baja disponibilidad de camas de internación por el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

DISCUSIÓN

La trombosis venosa profunda de los miembros superiores (TVPMS) se refiere a trombosis de las venas braquial, subclavia y/o axilar y corresponden a menos del 10% de todos los casos de TVP. Cuando la TVP de extremidades superiores ocurre, suele ser secundaria a la colocación de un catéter venoso central o estados protrombóticos. La TVPMS primaria, de presentación espontánea, sin factores desencadenantes aparentes (trombosis idiopática), es una patología poco frecuente que representa un tercio de las trombosis de los miembros superiores (1-2 casos cada 100.000 habitantes). En estos pacientes la prevalencia de anomalías de la coagulación parece ser mayor, que en el resto de los pacientes sin TVP.

Debido a que no se cuenta con escalas de probabilidad clínica para TVPMS, la sospecha se basó en adaptar las características del examen físico a la escala de Wells para miembro inferior.

La sensibilidad de la ecografía-Doppler en el territorio venoso proximal alcanza un 95% en las TVP sintomáticas, con una especificidad de un 98%. Si bien esta sensibilidad fue evaluada en ecografías guiadas por especialistas en imágenes y que es bien conocido que la ecografía es un método operador dependiente, su utilidad como ecografía clínica o de pie de cama puede en un contexto de probabilidad intermedia ayudar a aprobar o descartar el diagnóstico.

La ecografía fue realizada por una profesional de imágenes, lo que fue posible por azar ya que el usuario consultó un día y horario en el que contábamos con dicha posibilidad en el centro de Salud. Haber podido realizar el diagnóstico en el primer nivel de atención facilitó la derivación al segundo nivel asistencial, que frente a la ocupación de camas por el contexto de COVID 19 se encontraba con saturación del sistema, rechazando las derivaciones de situaciones no urgentes.

CONCLUSIÓN

El reporte de este caso intenta poner en evidencia como la ecografía accesible en el primer nivel de atención puede contribuir en la resolución de un proceso de moderada complejidad diagnóstica, con bajo costo, evitando demoras, como así también mayores complicaciones. En esta línea, creemos que la formación de médicos y médicas del primer nivel en el uso de esta tecnología como herramienta de apoyo en la toma de decisiones, es fundamental. La experiencia en otros países en la capacitación de las especialidades clínicas en ecografías de pie de cama sienta las bases para introducir el uso de estas tecnologías en los programas formativos de Médicos y Médicas de Familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Manuel Frias. Ecografía en atención primaria: Disminuyendo la incertidumbre en nuestra práctica clínica diaria. 2015. SEMERGEN. Disponible en: <https://atuencuentro.wordpress.com/2015/11/03/ecografia-en-atencion-primaria-disminuyendo-la-incertidumbre-en-nuestra-practica-clinica-diaria/>
2. I.M. Sánchez Barrancos. Ecografía y atención primaria. *Aten primaria*. 2017; 49(7) :378-380. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875928/pdf/main.pdf>
3. Vignolo Julio, M. Vacarezza, C. Álvarez, A. Sosa. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la Salud. *Arch. Med. Interna* 2011; XXXIII (1): 11-14. Disponible: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
4. Atención Primaria de la Salud. Centro de Prensa. WHO. Abril 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
5. Rossi EB. Trombosis venosa profunda primaria de miembro superior. *SEMERGEN* 2015; 41(4):e15-e17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314002378?via%3Dihub>
6. Trombosis venosa profunda en miembros superiores: rol del laboratorio. *Hematología*. Vol 20 Número Extraordinario del XII Congreso del Grupo CAHT: 44-49, 2016. Disponible en: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/05-vol-20-congre-2016.pdf>
7. S. Diaz Sanchez. Trombosis venosa profunda. *AMF* 2018;14(9):533-538. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2311

Les Invitamos a formar parte



ACOMFYG

ASOCIACIÓN CORDOBESA
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

para asociarse comunicarse a

asociarseacomfyg@gmail.com

  ACOMFYG

WWW.ACOMFYG.COM.AR

 @ACOMFYGCBA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ABORDAJE DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Ciudad de Córdoba. 2019.

Hypertension, approach from a gender perspective. Cordoba city. 2019.

Autores: Virginia Peresini¹, Gabriel Esteban Acevedo²

1. Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Argentina. virperesini81@hotmail.com.
Número de registro ORCID:
0000-0001-5093-2955

2. Facultad de Ciencias Médicas, UNC; Centro de Investigación CeGeSST, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Argentina. geacevedo_esp@fcm.unc.edu.ar.
Número de registro ORCID:
0000-0002-2324-4046

Los autores citados concibieron y diseñaron el trabajo que aquí se presenta. Virginia Peresini participó principalmente en la redacción del artículo, Gabriel Esteban Acevedo en la revisión crítica sustancial de su contenido científico y académico. Durante el trabajo de campo, los autores coordinaron la recolección, el análisis y la interpretación de los datos, participaron en la discusión de los protocolos de trabajo, la recolección y el análisis de los datos. Los autores citados tuvieron la oportunidad de leer y aprobar la versión final del manuscrito y autorizar el envío de este manuscrito para su publicación. Ambos son responsables de todos los aspectos del manuscrito asegurando que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todas las partes del manuscrito fueron adecuadamente investigadas y resueltas.

Autor de correspondencia:
Virginia Peresini

Correo electrónico:
virperesini81@gmail.com

Fuentes de financiamiento:
Becas doctorales PROFOIN de la secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas.
RD-2019-1822-E-UNC-FCM.

Declaración de conflicto de Intereses:
No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Número de registro de investigación otorgado por el Registro Nacional de Investigaciones en Salud RENIS N°: IS002773

Recibido: 20/10/2021.
Aceptado: 30/11/2021.

RESUMEN

Introducción: Determinantes sociales y de género, así como las características del barrio de residencia se vinculan con la hipertensión arterial (HTA). **Objetivo:** Examinar asociaciones de HTA por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba, año 2019. **Método:** Estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal. Muestra aleatoria (n = 380) adultos usuarios de un hospital público. Se realizaron mediciones objetivas de tensión arterial y una entrevista sobre características sociodemográficas e indicadores de género. **Se realizaron análisis, bivariado y multivariado:** modelos regresión logística simple y múltiple; estratificados por género. Resultados: Identificamos determinantes sociales como el género asociadas con la HTA; así las mujeres quienes dedicaron mayor tiempo al trabajo no remunerado tuvieron mayores probabilidades de presentar HTA (OR 1,01; IC 95% 1,00- 1,02). Aunque en nuestro estudio la HTA fue mayor en hombres (53,43% vs 36,51% en mujeres); la presentación de HTA en mujeres se asoció a roles de género. La HTA en este espacio segregado fue superior a la prevalencia nacional. **Conclusión:** HTA varía según el nivel socioeconómico, género, nivel de privación social del barrio.

PALABRA CLAVE: Hipertensión, determinantes sociales de la salud, género.

ABSTRACT

Introduction: Social and gender determinants, as well as the characteristics of the neighborhood of residence are linked to hypertension (HT). **Objective:** To examine associations of HT by gender in a socio-segregated population of the city of Córdoba, year 2019. **Method:** Cross-sectional, quantitative, observational epidemiological study. Random sample (n = 380) adult users of a public hospital. Objective measurements of blood pressure and an interview on sociodemographic characteristics and gender indicators were carried out. **Bivariate and multivariate analyzes were performed:** simple and multiple logistic regression models; stratified by gender. **Results:** We identified social determinants such as gender associated with hypertension, women who dedicated more time to unpaid work were more likely to present hypertension (OR 1.01; 95% CI 1.00-1.02). Although in our study, HT was higher in men (53.43% vs 36.51% in women); unlike men, the presentation of HT in women was associated with gender roles. HT in this segregated socio-space was higher than the national prevalence. **Conclusion:** HT varies according to the socioeconomic level, gender, level of social deprivation of the neighborhood.

KEYWORDS: Hypertension, Social Determinants of Health, gender.

INTRODUCCIÓN

Más de la mitad de la carga mundial de morbilidad se atribuye a enfermedades no transmisibles (ENT) siendo la hipertensión el principal factor de riesgo para muertes por enfermedades cardiovasculares. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta en América, alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta¹.

Se conoce además que existe una significativa asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la mayor carga de enfermedad (CE) por las Enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo². En este sentido, fuerte evidencia apoya una asociación positiva entre bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y ENT. Las personas con menos recursos socioeconómicos tienden a presentar un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares³. Más allá del papel del nivel socioeconómico individual (NSE), el NSE a nivel de área o de vecindario también se asocia con ENT y sus factores de riesgo (FR). Entre estos, la urbanización se ha convertido en uno de los principales determinantes de la creciente carga de ENT y sus FR⁴. América Latina ha experimentado una marcada ampliación de la brecha entre los grupos de mayores y menores ingresos y en este contexto ha evidenciado paralelamente un incremento de la prevalencia de esta problemática. En Argentina a lo largo de los últimos años es posible identificar una tendencia en aumento de, las ENT que, si bien afecta a todos los grupos etarios y sectores sociales, se evidencia con mayor contundencia en los grupos con posición social más desfavorable⁵.

Según la última Encuesta Nacional de factores de riesgo ENFR en Argentina, la prevalencia de HTA fue de 46,6%. Esta prevalencia fue mayor entre los varones con respecto de las mujeres (55,7% vs. 38,7%), aumentó con la edad y el grupo con menor nivel de instrucción presentó una frecuencia 1,6 veces más elevada con respecto al de mayor nivel educativo (65,2% y 40,1% respectivamente)⁶. Según estimaciones la probabilidad de padecer HTA en poblaciones adultas residentes en áreas urbanas aumenta con la edad especialmente en la población femenina, se relaciona positivamente con la obesidad y es más frecuente en individuos sin cobertura de salud⁷. Según proyecciones una mujer de edad promedio con hábitos y condiciones socioeconómicas favorables tiene una probabilidad estimada de padecer HTA en torno al 1%; sin embargo, aún con la misma edad si sus hábitos o condiciones de vida son poco favorables, el riesgo de padecer HTA aumenta casi 7 puntos porcentuales⁸. En el país, la HTA mostró además desigualdades asociadas al nivel educativo, así una menor educación a nivel individual se asoció con mayores probabilidades de hipertensión en ambos sexos, estas diferencias resultaron más marcadas en

las mujeres que en hombres⁹.

Al respecto, la OMS señala que las desigualdades basadas en el género atraviesan todo el entramado social y se articulan con otros determinantes de tipo estructural como nivel socioeconómico, nivel educativo y la etnia; todos ellos influyen en las condiciones de vida material y la posibilidad de adoptar estilos de vida saludable¹⁰. La mayor implicancia de las mujeres en el cuidado se ha señalado como un elemento clave para entender el impacto de los roles de género sobre las desigualdades en salud. La literatura reciente demuestra que la interacción de los determinantes socio estructurales con el sistema de género potencia estas desigualdades de modo que el estatus socioeconómico tiene un efecto modificador sobre el impacto del cuidado en la salud¹¹.

Resulta entonces inexorable, para el abordaje de las ECNT, particularmente la HTA, la valoración conjunta de diferentes ejes de desigualdad, tales como la posición social y el género. En nuestro medio, solo muy recientemente comenzaron a publicarse estudios que integran los diferentes ejes de desigualdad, teniendo en cuenta las características de los entornos barriales en el estudio de los factores de riesgo cardiovascular, documentando además la relación de estas problemáticas conforme al área de residencia¹². Sin embargo, son escasas las investigaciones que han abordado el conjunto de estos factores en áreas urbanas socio-segregadas de Córdoba. En función de ello, el objetivo de este estudio fue analizar los determinantes sociales de la ocurrencia la hipertensión arterial por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina).

MÉTODO

Diseño del estudio e instrumento de recolección de datos: Estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal. A partir de la población de usuarios/as de los consultorios de admisión del Hospital Príncipe de Asturias, hospital público de segundo nivel de la ciudad de Córdoba, en el año 2019. La recolección de datos primarios se llevó a cabo a partir de un instrumento adaptado del instrumento validado utilizado en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2018. Se realizaron mediciones antropométricas de peso, talla, circunferencia de cintura (CC).

Población de estudio: Se seleccionó una muestra aleatoria (muestreo aleatorio simple), de 380 usuarios/as de los consultorios de admisión durante mayo y septiembre de 2019.

Variables dependientes: La variable de desenlace fue a) Hipertensión arterial: cuando la presión arterial sistólica media (PAS) sea > 140 mm Hg o la presión arterial diastólica media (PAD) sea > 90 mm

Hg en 3 mediciones de presión arterial.

Variable independiente: Las variables de exposición fueron: Nivel de instrucción (hasta primario incompleto, primario completo y secundario incompleto, secundario completo y más); ii) Nivel socioeconómico (alto, medio, bajo); iii) Situación laboral (ocupado, desocupado, inactivo); iv) Rama de actividad (trabaja en sectores de alta productividad, trabaja en sectores de baja productividad), v) Cobertura de salud (con obra social o prepaga, solo cobertura pública), vi) Situación conyugal (casado o en pareja, separado/a divorciado/a o viudo/a); vii) Tiempo en horas semanales dedicado al trabajo no remunerado (trabajos de reproducción o doméstico); tiempo total de trabajo (trabajo remunerado, más el no remunerado).; viii) Tiempo en horas de trabajo semanales totales (trabajo remunerado, más el no remunerado).; ix) Personas con necesidad de cuidados en el hogar; x) Percepción de ingresos propios.

Otras covariables: Se incluyó además la edad (años) como variable de ajuste y los análisis se estratificaron por género hacemos referencia a la autopercepción de género (femenino, masculino, transgénero masculino, transgénero femenino y no identificado con los géneros femenino, masculino y trans).

Análisis estadístico: Inicialmente se realizó un estudio exploratorio, se calcularon medidas resumen de posición y dispersión, y se realizaron pruebas Chi cuadrado para variables categóricas y pruebas T para la diferencia de medias en distribuciones independientes. Luego, para valorar asociaciones entre las variables de interés (variables independientes) y la ocurrencia de hipertensión arterial, se estimaron modelos regresión logística simple y múltiple. Las variables cuantitativas continuas fueron estandarizadas. Todos los análisis fueron estratificados por género, y fueron realizados empleando el software Stata v14.

Aspectos éticos: Los/as participantes firmaron previamente un consentimiento informado dando su conformidad para participar del estudio. Este protocolo de estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas y se encuentra en el Registro Provincial de Investigaciones en Salud, Ministerio de Salud. Registro N° 3506 (Fecha: 06/06/18).

RESULTADOS

En este estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal, desarrollado en el período 2019 en un área socio segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina) participaron un total de 380 personas (49,74 % de ellas mujeres y 49,74 %

hombres). Dos personas se identificaron como trans género masculino (0,52%).

El promedio de edad de la población de estudio fue de 48,88 (DS=15,39) años en mujeres, con un rango entre los 18 y 83 años, y de 43,33 (DS=14,89) años en varones, con un rango entre los 18 a 79 años (Tabla 2).

En relación a la hipertensión arterial, según indicadores de auto reporte el 91,53 % de las mujeres y el 85,19% de los hombres mayores de 18 años y más refirió haberse medido la presión arterial (PA) en los últimos dos años. El indicador fue mayor en las mujeres (91,53 % vs. 85,19 % en varones). Entre aquellos que se midieron alguna vez en la vida la PA, el 54,7 % refirió que un profesional de la salud le dijo que tenía la PA elevada (prevalencia de presión arterial por autorreporte). La PA elevada por autorreporte fue mayor en mujeres 58,73% vs el 50,79% en varones ($p < 0,05$) (Tabla 1).

En cuanto a las mediciones objetivas directas de PA, se observó que el 44,73 % de las personas evaluadas tuvo la PA elevada, resultando mayor en los varones con respecto a las mujeres (53,43% vs 36,51%) ($p < 0,05$) (Tabla 1).

La HTA combinada (definida como la combinación de las personas que tuvieron la PA elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron con PA elevada y tomaron algún medicamento) fue del 57,67% en varones vs 49,2% en mujeres (Tabla 1). Se analizó, además, si los pacientes que refirieron padecer HTA presentaban controlada o no su tensión arterial (TA), es sabido que la TA no controlada incrementa el riesgo cardiovascular total. En este sentido se observó que el 26,9% de las mujeres y el 34,9% de los hombres presentan HTA no controlada ($p < 0,05$) (Tabla 1).

Solo dos participantes se identificaron como transgénero masculino. Por la imposibilidad de aplicar pruebas estadísticas inferenciales con escaso número de casos, para estas personas solo se describimos sus características principales. Una de las personas tenía 22 años, era soltero, estudiante de nivel secundario, sin cobertura de salud. La segunda persona tenía 38 edad, respecto de su situación conyugal, era soltero/a, presentó presentaba estudios primarios completos, laboralmente se desempeñaba en sectores de baja productividad y no contaba con cobertura de salud. Ninguna de las dos personas se encuentra bajo tratamiento para la TA, ambos registraron medidas de TA dentro de parámetros normales.

Tabla 1 Hipertensión arterial por auto reporte y según mediciones física según género, Córdoba, 2019.

	Género	
	Mujeres	Varones
<i>Total</i>	189	189
Presión arterial		
<i>Hipertensión por autor reporte</i>	111* (58,73)	96 (50,79)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05	
<i>Hipertensión arterial según mediciones físicas</i>	69 (36,51)	101* (53,43)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05	
<i>Hipertensión arterial combinada</i>	97 (51,32)	111 (58,73)
		> 0,05
Control de Presión Arterial en hipertensos		
<i>HTA controlado</i>	61* (32,3)	31 (16,4)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05	
<i>HTA No controlado</i>	51 (26,9)	66* (34,9)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05	

* χ^2 = chi cuadrado.

La edad promedio de las mujeres y varones que presentaron hipertensión arterial fue mayor que en aquellas personas que no presentaron HTA ($p < 0,05$). (Tabla 2). El promedio de tiempo en horas dedicadas al trabajo no remunerado fue significativamente mayor en mujeres con hipertensión arterial que en aquellas sin hipertensión ($p < 0,05$) (Tabla 2).

El promedio de mujeres que presentan HTA en hogares con personas con necesidad de cuidados fue mayor en mujeres que en hombres (31,88 % vs 26,73%); siendo inversa la relación en hombres entre la presencia de HTA y la existencia de personas con necesidades de cuidado en el hogar ($p < 0,05$) (Tabla 2). Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, se observó además en ambos géneros, que quienes presentaron hipertensión pertenecen en mayor proporción a un nivel socioeconómico bajo y desarrollan su actividad laboral en sectores de baja productividad para el mercado. (Tabla 2). También se observaron estas diferencias en relación al nivel educativo siendo mayor la cantidad de mujeres con hipertensión en aquellas que refirieron niveles educativos bajos (Tabla 2).

Tabla 2. Variables sociodemográficas según hipertensión arterial y género. Córdoba 2019.

	Mujeres		Varones	
	Hipertensión Si	No n 120 (63,49%)	Hipertensión Si	No n 88 (46,65%)
<i>Edad, media (DE)</i>	50,53 (14,34)	43,21 (15,39)	47,13 (13,66)	38,96 (15,12)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05		< 0,05	
<i>Situación conyugal</i>				
<i>Casado o en pareja</i>	41 (59,42)	76 (63,33)	61 (60,40)	49 (55,68)
<i>Separado, soltero o viudo</i>	28 (40,48)	44 (36,67)	40 (39,60)	39 (44,32)
<i>p valor (χ²)</i>	0,59		0,51	
<i>Nivel de instrucción</i>				
<i>Hasta primario incompleto</i>	12 (17,39)	15 (12,50)	10 (9,90)	11 (12,50)
<i>Primario completo y secundario incompleto</i>	36 (52,17)	56 (46,67)	69 (68,32)	46 (52,27)
<i>Secundario completo y más</i>	21 (30,43)	49 (40,83)	22 (21,78)	31 (35,23)
<i>p valor (χ²)</i>	0,31		0,07	
<i>Nivel socioeconómico</i>				
<i>Bajo</i>	55 (79,71)	91 (75,83)	84 (83,17)	68 (77,27)
<i>Medio</i>	12 (17,39)	25 (20,83)	16 (15,84)	19 (21,59)
<i>Alto</i>	2 (2,90)	4 (3,33)	1 (0,99)	1 (1,14)
<i>p valor (χ²)</i>	0,82		0,59	
<i>Situación laboral</i>				
<i>Ocupado</i>	30 (43,48)	54 (45)	77 (76,24)	64 (72,73)
<i>Desocupado</i>	9 (13,04)	17 (14,17)	13 (12,87)	12 (13,64)
<i>Inactivo</i>	30 (43,48)	49 (40,83)	11 (10,89)	12 (13,64)
<i>p valor (χ²)</i>	0,93		0,82	
<i>Rama de actividad</i>				
<i>Trabaja en sectores de baja productividad</i>	67 (97,10)	111 (92,50)	73 (72,28)	60 (68,18)
<i>Trabaja en sectores de alta productividad</i>	2 (2,90)	9 (7,50)	28 (27,72)	28 (31,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,19		0,53	
<i>Ingresos propios</i>				
<i>Sí</i>	54 (78,26)	95 (79,17)	82 (81,19)	73 (82,95)
<i>No</i>	15 (21,74)	25 (20,83)	19 (18,81)	15 (17,05)
<i>p valor (χ²)</i>	0,88		0,75	
<i>Cobertura de salud</i>				
<i>Con obra social o prepaga</i>	21 (30,43)	30 (25)	22 (21,78)	16 (18,18)
<i>Solo cobertura pública</i>	48 (69,57)	90 (75)	79 (78,22)	72 (81,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,41		0,53	
<i>Personas con necesidad de cuidados en el hogar</i>				
<i>Sí</i>	22 (31,88)	47 (39,17)	27 (26,73)	38 (43,18)
<i>No</i>	47 (68,12)	73 (60,83)	74 (73,27)	50 (56,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,31		0,029	
<i>Horas/semana de trabajo no remunerado (DE)</i>	47,56 (31,47)	37,72 (28,03)	14,31 (13,43)	13,80 (14,54)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05		0,80	
<i>Horas / semana de trabajo totales (DE)</i>	57,24 (29,77)	50,47 (29,21)	44,75 (24,73)	44,27(22,29)
<i>p valor(prueb t de Student)</i>	0,12		0,88	

DE=desviación estándar χ^2 = chi cuadrado.

La Tabla 3 muestra los resultados de la estimación de las medidas de asociación entre la hipertensión arterial con variables de exposición seleccionadas (educación, situación conyugal, situación laboral, rama de actividad, nivel socioeconómico, cobertura de salud y tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado) y de ajuste. No se incluyeron aquellas variables de exposición que presentaban gran faltante de datos o aquellas que presentaban alta correlación. Se observó aquí en cuanto a los indicadores de inequidad de género, que las mujeres que dedican mayor tiempo promedio en horas al trabajo no remunerado, exhibieron mayores probabilidades de presentar hipertensión arterial (OR1,01; IC 95% 1,00- 1,02) (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de asociación entre las variables de exposición e hipertensión arterial por género. Córdoba, 2019.

	Mujeres Hipertensión arterial n = 69 (36,51%)	Hombres Hipertensión arterial n = 101 (53,44%)
<i>Situación conyugal</i>		
Casado/a o en pareja	1,00	1,00
Separado/a, soltero/a o viudo/a	1,27 (0,63- 2,56)	1,37 (0,70- 2,66)
<i>Nivel de instrucción</i>		
Hasta primario incompleto,	1,00	1,00
Primario completo y secundario incompleto	1,16 (0,45- 2,93)	2,90 (1,02-8,23)
Secundario completo y más	0,99 (0,34 – 2,82)	1,49 (0,46- 4,78)
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Alto	1,00	1,00
Medio o bajo	0,93 (0,14 – 5,96)	0,73 (0,03-13,66)
<i>Situación laboral</i>		
Ocupado	1,00	1,00
Desocupado	0,65 (0,22- 1,88)	1,52 (0,57-4,02)
Inactivo	0,69 (0,33- 1,44)	0,50 (0,18- 1,37)
<i>Rama de actividad</i>		
Trabaja en sectores de baja productividad	1,00	1,00
Trabaja en sectores de alta productividad	0,40 (0,77- 2,09)	0,79 (0,40-1,56)
<i>Cobertura de salud</i>		
Solo cobertura pública	1,00	1,00
Con obra social o prepaga	0,83 (0,38 - 1,81)	1,37 (0,59 – 3,20)
<i>Tiempo en horas de trabajo no remunerado (z score)</i>		
	1,01 (1,00- 1,02)	0,99 (0,00 – 2,31)

Modelos ajustados por edad (años). DE=desviación estándar.

DISCUSIÓN

En esta investigación analizamos determinantes sociales de la hipertensión arterial por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina). Indagamos sobre asociaciones entre hipertensión arterial y diferentes indicadores socioeconómicos y de género.

En nuestro estudio, identificamos que, las mujeres que dedican en promedio mayor cantidad de horas al trabajo no remunerado (TNR), presentaron mayores probabilidades de presentar hipertensión arterial. En consonancia con los aportes de la bibliografía relativa a la temática del trabajo de reproducción desarrollado por las mujeres al interior del hogar en nuestro estudio observamos que el promedio de horas dedicadas al TNR que implica tareas de cuidado, limpieza, cocina, etc. al interior del hogar, es desarrollado fundamentalmente por mujeres, presentando así el cuidado informal un perfil altamente feminizado, y presentando las mujeres que asumen esta función un menor nivel socioeconómico¹³. Conforme a que la frecuencia y el tiempo dedicados por las mujeres a las tareas del hogar y de cuidado son mayores que los de los hombres, las cuidadoras declaran mayores tasas

de sedentarismo, a la vez que menos horas de sueño y menos descanso, que los hombres. Posiblemente, la menor dedicación de las cuidadoras al ejercicio físico y al descanso explicaría, en nuestro estudio, la mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial en aquellas mujeres que dedican en promedio más horas al TNR. También ha sido descrita la menor prevalencia de prácticas preventivas entre las mujeres, relacionando el menor tiempo dedicado al autocuidado con el mayor riesgo de problemas físicos y mentales¹⁴.

La edad promedio de las personas que presentaron HTA fue mayor que en aquellas que no presentaron estas condiciones ($p < 0,05$). En nuestro estudio al igual que ocurre a nivel nacional la HTA fue mayor en hombres (53,43% vs 36,51% en mujeres). Por otra parte, tanto en hombres como en mujeres encontramos que el promedio general de personas con HTA resultó 4 puntos porcentuales más elevada que la prevalencia nacional (49,3 varones vs 32,6 en mujeres). En nuestro estudio se analizó además la HTA combinada, ya que resulta la aproximación epidemiológica más robusta para poder establecer una estimación más cercana a la realidad, y que pudo obtenerse gracias a la incorporación de las mediciones objetivas; esta resultó 6 puntos porcentuales

superior a la prevalencia nacional (53,43% vs 46,6 de la población adulta en Argentina)¹⁵. Se observaron además diferencias significativas en relación al control de la HTA, presentando los hombres HTA no controlada en mayor proporción que las mujeres (34,9 vs 26,9), estas diferencias de género pueden asociarse a las prácticas de cuidado más extendidas en mujeres vinculadas a la atención de la salud materno infantil.

Los resultados de este estudio se encuentran en consonancia con lo que demuestra la evidencia respecto a la prevalencia de HTA y las características del espacio social de residencia; así es que aquellas personas que viven en vecindarios con un NSE más bajo tenían una presión arterial media más alta¹⁶. Así el bajo nivel socioeconómico está asociado con las desigualdades en salud en términos de acceso a cuidado, mayor riesgo de incidentes de ENT, y muerte prematura. Los factores a nivel de área o vecindario pueden afectar la salud a través de varios mecanismos, incluidos los efectos sobre los comportamientos de salud y los procesos relacionados con el estrés, independientemente del nivel socioeconómico a nivel individual¹⁷. A fin de explicar estos hallazgos retomamos una hipótesis que plantea que la posición socioeconómica baja y la vida en vecindarios desfavorecidos pueden exponer a las personas a entornos menos propicios para una alimentación saludable y la actividad física, principales factores de riesgo de HTA¹⁸.

Respecto al nivel educativo, no hallamos relaciones significativas entre el nivel educativo y la presencia de HTA en esta población, sin embargo, podemos observar el bajo nivel educativo alcanzado en ambos sexos, donde más del 70 % de las personas con HTA no completaron estudios secundarios. Según reportes de la bibliografía consultada, encontramos que una menor educación a nivel individual se asoció con mayores probabilidades de hipertensión. Considerando educación superior en el vecindario, esta se asoció menores probabilidades de hipertensión en las mujeres. Los datos de la bibliografía muestran además una asociación inversa entre educación y prevalencia de HTA en mujeres, ésta en el nivel de educación inferior fue significativamente más alto que en los hombres¹⁹.

Este trabajo presenta ciertas limitaciones que resulta necesario mencionar. Una de ellas es que la población bajo estudio es aquella que resulta usuaria regular del sistema de salud, por lo tanto incorpora algunas estrategias al cuidado de su salud y puede no reflejar completamente a la población general del entorno barrial, también el escaso tamaño de la muestra, y el hecho de trabajar con una población de un área socioeconómicamente desfavorecida, implican que el gradiente socioeconómico y educativo individual no es muy amplio, con lo cual resulta más complejo evidenciar asociaciones. Las principales fortalezas de nuestro estudio residen en el hecho de haber manejado el mismo instrumento utilizado en las sucesivas ENFR, lo cual nos permite contrastar nuestros resultados con lo que ocurre a nivel nacional. Otra fortaleza radica en que se llevó a cabo un

trabajo de toma de tensión arterial es la toma de tensión arterial, lo cual permite contar con mediciones objetivas y precisas para la valoración de este factor de riesgo cardiovascular. En Córdoba no hay estudios que incluyan una población de un área similar a esta, lo cual también resulta una fortaleza.

CONCLUSIÓN

En este estudio, se identificaron determinantes sociales y de género como horas dedicadas al trabajo no remunerado asociadas con la hipertensión arterial en mujeres; y se proporcionó evidencia sobre cómo estas asociaciones variaban por edad en un área socio segregada. Además, nuestro estudio demostró que existen diferencias en la presentación de HTA entre espacios urbanos socio segregados respecto a las cifras que reporta la prevalencia nacional. Teniendo en cuenta el proceso de urbanización en curso de Argentina, los esfuerzos para abordar problemáticas relacionadas con las ENT y sus factores de riesgo, deben ser sensibles al contexto y al género, y deben centrarse en los grupos sociales más desfavorecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial, datos clave. 2021 Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
2. The Lancet. GBD 2017: a fragile world. Lancet [Internet]. 2018; 392(10159):1683. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7)
3. Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G, et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: An overview of systematic reviews. BMC Public Health [Internet]. 2015; 15(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2227-y>
4. Allender S, Foster C, Hutchinson L, Arambepola C. Quantification of Urbanization in Relation to Chronic Diseases in Developing Countries: A Systematic Review. J Urban Heal [Internet]. 2008 Nov 18;85(6):938–51. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11524-008-9325-4>
5. Viego V, Temporelli K. Socioeconomic status and self-reported chronic diseases among Argentina's adult population: Results based on multivariate probability models. J Public Health Res. 2017;6(1):56–63.
6. Ferrante D, Jörgensen N, Langsam M, Marchioni C, Torales S, Torales R. Inequalities in the Distribution of Cardiovascular Disease Risk Factors in Argentina. A Study from the 2005, 2009 and 2013 National Risk Factor Survey (NRFS). Rev Argent Cardiol. 2016;84(2):133–9.
7. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015. Tercera encuesta Nacional de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. [Internet]. Buenos Aires Argentina; 2015. [Citado 10 Julio 2017]. Disponible: http://www.msal.gob.ar/encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

8. Natividad Viego V, Luján Temporelli K. Socioeconomic and environmental determinants of blood hypertension in the Argentinian adult population. Rev Cuba Salud Publica. 2016;42(1):27–36. OPS: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

9. Tumas, N; Rodríguez, S; Bilal, U; Ortigoza, A; Diez Roux A. Urban social determinants of non-communicable diseases risk factors in Argentina [Internet]. Health & Place. 2021. p. 102611. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102611>

10. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. [Internet] 2007 [Citado 10 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/>

11. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, María Begiristáin J, José Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit. 2008;22(5):443–50.

12. Diez Roux A V., Mair C. Neighborhoods and health. Ann N Y Acad Sci. 2010;1186:125–45.

13. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18(Supl.2):83–92.

14. Faur E. y Pereyra F. Gramáticas del cuidado. En Piovani J I, Salvia A. La Argentina en el siglo XXI. Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social. 2 da ed. Argentina: Siglo veintiuno Editores; 2018. p.

497-534).

15. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Cuarta encuesta Nacional de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. [Internet]. Buenos Aires Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2019. [citado 1 dic 2020]. Disponible: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

16. Ross, N.A., Tremblay, S., Khan, S., Crouse, D., Tremblay, M., Berthelot, J.M, 2007. Body mass index in urban Canada: Neighborhood and metropolitan area effects. American Journal of Public Health, 97, 500–508. doi:10.2105/AJPH.2004.060954

17. Diez Roux, A. V., Slesinski, S. C., Alazraqui, M., Caiaffa, W. T., Frenz, P., Jordán Fuchs, R., Miranda, J. J., Rodríguez, D. A., Dueñas, O., Siri, J., Vergara, A. V., 2018. A Novel International Partnership for Actionable Evidence on Urban Health in Latin America: LAC-Urban Health and SALURBAL. Global Challenges, 3(4), 1800013, <https://doi.org/10.1002/gch2.201800013>

18. Kivimäki M, Vahtera J, Tabák AG, Halonen JI, Vineis P, Pentti J, et al. Neighbourhood socioeconomic disadvantage, risk factors, and diabetes from childhood to middle age in the Young Finns Study: a cohort study. Lancet Public Heal. 2018;3(8):e365–73.

19. Diez Roux, A.V., Green Franklin, T., Alazraqui, M. et al., 2007. Intraurban variations in adult mortality in a large Latin American city. Journal of Urban Health, 84, 319–333. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9159-5>

PRÓXIMAMENTE
PRÓXIMAMENTE
PRÓXIMAMENTE

SE VIENE
LA QUINTA EDICIÓN
DEL
MANUAL PROFAM

¡Estale atento!

WWW.PROFAM.ORG.AR