

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA

YANINA CASTILLO COSTA<sup>1</sup>, ALEJANDRA ÁVALOS ODDI<sup>1</sup>, MATÍAS PAVESI<sup>1</sup>, PASCUAL VALDEZ<sup>2</sup>,  
JAVIER POLLAN<sup>2</sup>, MATÍAS MIROFSKY<sup>2</sup>, CLAUDIA SCALISE<sup>3</sup>, FERNANDO RÍOS<sup>4</sup>, HORACIO TREVISANI<sup>5</sup>,  
MARCELO THOMES<sup>6</sup>, PABLO E. SONZINI ASTUDILLO<sup>7</sup>, VÍCTOR MAURO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), <sup>2</sup>Sociedad Argentina de Medicina, <sup>3</sup>Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), <sup>4</sup>Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), <sup>5</sup>Sociedad Argentina de Nefrología, <sup>6</sup>Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE), <sup>7</sup>Asociación Argentina de Cirugía, Buenos Aires, Argentina

**Dirección postal:** Yanina Castillo Costa, Sociedad Argentina de Cardiología, Azcuénaga 980, 1115 Buenos Aires, Argentina

**E-mail:** yanu\_c@hotmail.com

**Recibido:** 25-III-2024

**Aceptado:** 1-VII-2024

### Resumen

**Introducción:** El objetivo de este análisis fue evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos en médicos especialistas y establecer si existen diferencias por sexo, edad y especialidad.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, de corte transversal mediante una encuesta anónima autoadministrada realizada a médicos especialistas de todo el país. Se recabaron datos sociodemográficos y de síndrome de *burnout* (SBO) y FRCV por autorreporte. Se consideró exceso de peso si el índice de masa corporal (IMC) era  $\geq$  a 25. Se excluyeron los registros sin peso y/o altura.

**Resultados:** Participaron 2925 médicos especialistas, 67.5% mujeres y 84% tenía entre 40 y 60 años. La prevalencia de SBO fue del 75%. Los factores de riesgo convencionales más prevalentes fueron los antecedentes heredofamiliares (AHF) 57%, el exceso de peso (53%), el sedentarismo (44%), seguidos por dislipemia 21%, tabaquismo 16.5%, hipertensión 16% y diabetes 4%. Los varones tuvieron significativamente más FRCV que las mujeres a excepción del tabaquismo y el sedentarismo que fueron similares en ambos sexos.

**Discusión:** Los médicos especialistas presentan una prevalencia importante de FRCV modificables, que se asocian también al AHF, presente en más de la mitad de los médicos. Estos factores afectan más a los varones, los intensivistas y a los mayores de 60 años.

**Palabras clave:** especialidades médicas, factores de riesgo, prevención, *burnout*

### Abstract

*Cardiovascular risk factors of medical specialists in Argentina*

**Introduction:** The objective was to analyze the prevalence of classic CVRFs in specialist doctors and establish if there are differences by sex, age and specialty.

**Materials and methods:** Observational, cross-sectional study carried out through an anonymous self-administered survey of specialist doctors throughout the country. Sociodemographic and CVRF data were collected by self-report. Excess weight was considered if the body mass index (BMI) was  $\geq$  25. Records without weight and/or height were excluded.

**Results:** A total of 2925 specialist doctors participated, 67.5% women and 84% between 40 and 60 years old. The prevalence of SBO was 75%. The most prevalent conventional risk factors were family history (AHF) 57%, excess weight (53%), sedentary lifestyle (44%), followed by dyslipidemia 21%, smoking 16.5%, hypertension 16% and diabetes 4%. Men had significantly more CVRF than women except for smoking and sedentary lifestyle, which were similar in both sexes.

**Discussion:** Specialist physicians have a high prevalence of modifiable CRFs, which are also associated with AHF, present in more than half of the physicians. The prevalence is higher in men, intensivists and those over 60 years of age.

**Key words:** medical specialties, risk factors, prevention, *burnout*

## PUNTOS CLAVE

- Los médicos especialistas presentan una alta prevalencia de factores de riesgo modificables como el sedentarismo, el exceso de peso y el estrés laboral crónico. Es llamativa también la alta asociación de los mismos a los antecedentes hereditarios de enfermedad cardiovascular, lo que ubica a los médicos especialistas en una situación especial de riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. Los médicos terapeutas, los varones y los mayores de 60 años son los más afectados. Falta de registro, postergación, agotamiento físico y emocional o quizá todos ellos operan de manera sinérgica para que los médicos no puedan priorizar el cuidado de su salud.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en el mundo<sup>1, 2</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alcanzará a 25 millones de personas al año para el 2030. A pesar de que su incidencia ha disminuido por el abordaje de los factores de riesgo convencionales<sup>3-8</sup>, recientemente se observa una tendencia al alza, tal como lo describe el último reporte de la Asociación Americana del Corazón (AHA)<sup>4</sup>, producto probablemente del aumento en los índices de diabetes, el aumento de la edad de la población y la inequidad social, entre otros factores. Es preocupante también que se reporta que el 80% de las muertes CV ocurrirán en países de bajos/medianos ingresos como el nuestro<sup>9</sup>.

El Consorcio Mundial de Riesgo Cardiovascular, publicó recientemente un metaanálisis de estudios de cohorte que incluyó más de un millón y medio de personas de distintos países, mostró a través del análisis que más de la mitad de las enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres son atribuibles a 5 grandes factores de riesgo modificables: el índice de masa corporal, la presión arterial sistólica, el colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad, el tabaquismo y la diabetes<sup>10</sup>. Otro factor muy relevante, aunque no modificable, es el antecedente hereditario (AHF) de ECV y, en este sentido, la prevalencia de AHF en los médicos podría no ser igual a la de la población general ya que es

posible que la historia familiar haya jugado algún rol en la elección de la carrera o la especialidad.

Consideramos importante evaluar el perfil de riesgo de los médicos especialistas. Para ello, analizamos los datos reportados por los médicos especialistas incluidos en la encuesta SAC de *Burnout 2023 ¿Estás quemado?*

Los objetivos fueron analizar la prevalencia de los principales FRCV modificables y de los AHF en médicos especialistas y establecer si existen diferencias por sexo, edad y especialidad.

## Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, diseñado por el Consejo de Aspectos Psicosociales y el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, y realizado mediante una encuesta anónima, de participación voluntaria y con preguntas cerradas desarrollada en REDCap (Anexo). Se distribuyó por mail y mediante un link abierto entre colegas médicos y en las redes sociales de las Sociedades Científicas de las diferentes especialidades médicas que aceptaron participar. Se recopiló información sobre sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio profesional, presencia de FRCV bajo tratamiento farmacológico o autorreportados y sobre la impresión subjetiva de SBO. Se interrogó la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), dislipemia (DLP), tabaquismo (TBQ), AHF, sedentarismo y enfermedad cardiovascular establecida. La presencia de FRCV fue por autorreporte y no se utilizaron definiciones preestablecidas considerando que todos los participantes eran médicos. La edad se consignó por franjas etarias preestablecidas (menos de 30, de 31 a 40 años, de 41 a 50, de 51 a 60 y más de 61 años).

Se excluyeron los pacientes en los que no se podía calcular el índice de masa corporal (IMC) por falta de datos. Se definió exceso de peso si el IMC era  $\geq$  a 25. Los datos obtenidos fueron volcados a un Excel y analizados mediante EPI info Versión 7 y STATA versión 13.

## Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes y se las comparó con test de chi cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera. La variable cuantitativa edad se operacionalizó en rangos de edad (como variable ordinal) para realizar los test estadísticos. Para evaluar la asociación entre variables nominales se utilizó el test Chi2 de Pearson,

Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango intercuartilo (RIC) y se las comparó con el test

de Mann Whitney. Se consideró significativa un nivel de  $p$  a dos colas igual o menor de 0.05.

### Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología a través de la plataforma PRIISA.BA del ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Dado que se trató de una encuesta anónima, autoadministrada, de participación voluntaria, no se requirió consentimiento informado. La encuesta se llevó a cabo en concordancia con las normas nacionales e internacionales de protección de sujetos en investigación como Declaración de Helsinki última versión, resolución ministerio de salud nacional 1480/2011, ley CABA 3301, resolución ANMAT 6677/10 y modificaciones 4008 y 4009. La privacidad de los datos estuvo garantizada por el anonimato de la población incorporada en el cuestionario electrónico.

### Resultados

Completaron la encuesta 2999 médicos especialistas, 74 fueron excluidos por falta de reporte del peso y/o de la altura. Quedaron 2925 respuestas para el análisis. De ellos, 67.5% fueron mujeres, 84% tenía entre 40 y 60 años (4.5% menores de 30 años y 11.5% mayores de 60). El 65% tenía más de 10 años de ejercicio profesional (menos de 10 años: 34.8%, entre 10 y 20 años: 31.9% y más de 20 años: 33.3%).

Los especialistas que participaron fueron un 33% médicos clínicos, 21% gineco-obstetras, 10.8% cardiólogos, 5.6% terapistas, 5% pediatras,

4.75% nefrólogos, 2.6% cirujanos, 2.6% gastroenterólogos, 6.8% ejercían otras especialidades y un 8.38% no reportaron su especialidad en la encuesta. La prevalencia de SBO fue del 75%.

Los factores de riesgo clásicos más prevalentes fueron los antecedentes heredofamiliares (AHF) 57.4%, sedentarismo (44%) y exceso de peso (52.7%) seguidos de dislipemia (DLP) 21.2%, tabaquismo (TBQ) 16.5%, hipertensión arterial (HTA) 16.4% y diabetes (DBT) 4.32%. El 5% reportó enfermedad cardiovascular establecida. La presencia de factores de riesgo por especialidad se observa en la Tabla 1.

En el análisis por rangos etarios se observa que la prevalencia de HTA; DLP, DBT y exceso de peso, aumenta con la edad, permaneciendo sin cambios el tabaquismo y sedentarismo (Tabla 2).

Los varones tuvieron significativamente más FRCV en forma global que las mujeres a excepción del tabaquismo y el sedentarismo que fueron similares en ambos sexos (Tabla 3). Al corregir por rangos etarios, se observa que los hombres son los que tienen más prevalencia de exceso de peso, HTA y dislipemia y las mujeres más SBO (excepto en la categoría de los de 51-60 años donde si bien hubo una tendencia, a mayor SBO en mujeres, la misma no alcanzó la significación estadística). No hay diferencias por edad y sexo en la prevalencia de tabaquismo, sedentarismo y AHF, excepto en la banda de edad entre 41 y 50 años, donde el AHF fue más frecuente en las mujeres (Tabla 4).

**Tabla 1** | Factores de riesgo cardiovascular en médicos especialistas (en porcentaje)

	N°	%	TBQ	HTA	DBT	DLP	ECV	SBO	AHF	Sedentarismo	Exceso de peso
Global	2925	100	16.5	16.4	4.3	21.2	5	75	57.4	44	52.7
Clínica	962	33	15	14	3.4	20.7	3.3	75	62.3	42	50.5
Cardiología	315	10.8	11	14	3.6	22	4.2	76	41.3	41	51.4
Cirugía	77	2.6	21	17	1.3	18.4	6.5	68	59.7	37	63.6
Gineco/obstetricia	602	21	20	22	5.3	20.4	6.4	78	59.5	48.7	51.2
Nefrología	139	4.8	19	18	4.4	26	6.6	75	60.9	37	55.4
Gastroenterología	75	2.6	16	13	5.6	26.3	2.6	72	42.1	41	47.4
Pediatría	145	5	15	8	5	14	2.8	79	58.6	50	52
Cuidados intensivos	164	5.6	23	15	3	21.6	4	74	62.8	53	68.9
Otras	200	6.8	18	14	7	21.3	10.2	71	48.7	43	53.5
No reportados	245	8.4	15	22	5	24.6	7.8	69	58.6	45	51.4

TBQ: tabaquismo; HTA: hipertensión arterial; DBT: diabetes; DLP: dislipemia; ECV: enfermedad cardiovascular; SBO: síndrome de burnout; AHF: antecedentes heredofamiliares

**Tabla 2** | Factores de riesgo clásicos de acuerdo a la edad

	<30 N: 129 (4.4%)	31-40 N: 947 (32.4%)	41-50 N: 868 (29.7%)	51-60 N: 644 (22.1)	>60 N:332 (11.4%)	Chi de tendencia (p)
TBQ	14.7	17.8	17.2	13.4	17.5	6.4 (NS)
HTA	3.0	5.0	9.0	26.6	52.7	507 (<0.001)
DLP	11.7	8.0	15.9	34.8	50.8	360 (<0.001)
Exceso de peso	34.1	45.0	53	60.2	66.6	80.7 (<0.001)
Sedentarismo	51.9	44.7	44.2	43.0	40.9	4.9 (NS)

TBQ: tabaquismo; HTA: hipertensión arterial; DLP: dislipemia

**Tabla 3** | Factores de riesgo de acuerdo al sexo

	Varones	Mujeres	p
HTA	26.7	11.2	<0.001
DLP	31.7	16.3	<0.001
DBT	6.0	3.5	<0.001
Tabaquismo	16.3	16.4	0.51
AHF	54.0	59.0	<0.001
Exceso de peso	73.7	42.2	<0.001
Sedentarismo	42	45	0.07

HTA: hipertensión arterial; DLP: dislipemia; DBT: diabetes; TBQ: tabaquismo; AHF: antecedentes heredofamiliares

Los encuestados con AHF (57.4%) tuvieron más prevalencia de HTA (20 vs. 10%, <0.001), DLP (24.8 vs. 16%, p<0.001), DBT (5.88 vs. 2.12%, p<0.001), exceso de peso (57 vs. 47%, p<0.001), sedentarismo (46.6 vs. 40%, p<0.001) y SBO (77.4 vs. 73.1%, p<0.001).

La prevalencia más alta de AHF se dio en los médicos terapeutas (62.8%), clínicos (62.3%), nefrólogos (60.9%) y gineco-obstetras (59.5%) seguidos por los cirujanos (59.7%) y pediatras (58.6%) y la más baja en los cardiólogos (41.3%) y gastroenterólogos (42.1%) (p tendencia <0.001).

Los encuestados con exceso de peso (52.7%) tuvieron más HTA (24% vs. 8.3%; p<0.001), más DLP (27.95% vs. 13.6%; p<0.001), más DBT (6.6% vs. 1.8%; p<0.001), más sedentarismo (51.9% vs. 35.4%; p<0.001), más AHF (56.7% vs. 52.7%; p<0.001) y similar prevalencia de SBO subjetivo (75 vs. 73.3%; p 0.32). La prevalencia más alta de exceso de peso por especialidad se dio en UTI (68.9%) y cirugía (65.4%) seguidos por los nefrólogos (55.4%), los cardiólogos (51.4%), clínicos

(50.5%), gineco-obstetras (51.3%), pediatras (52.1%) y gastroenterólogos (47.4%) (p 0.03).

Los especialistas sedentarios fueron más hipertensos (17.5 vs. 15.1%; p 0.03) diabéticos (6.3% vs. 2.6%; p<0.001), dislipémicos (23.5% vs. 18.8%; p<0.001), tabaquistas (19% vs. 14.5%; p<0.001), con más exceso de peso (62.1% vs. 45.4%; p<0.001) y más AHF (60.6% vs. 54.7%; p<0.001). Los encuestados sedentarios también informaron más SBO (80.4% vs. 69.4%; p<0.001). Las especialidades con más sedentarismo fueron los de UTI (53%), pediatría (50%), ginecoobstetricia (48.8%) seguidas de clínica médica (42.7%), gastroenterología (40.8%), cardiología (40.7%), nefrología (37%) y cirugía (36.8%) (p 0.03).

## Discusión

Está demostrado que un médico que fuma tiene menos tendencia a aconsejar el cese tabáquico a sus pacientes<sup>11</sup>. De la misma manera podría influir el sedentarismo o el exceso de peso del profesional en las recomendaciones que haga a

**Tabla 4** | Factores de riesgo de acuerdo a rango etario y sexo (en porcentajes)

Rango etario	FRC	Global n: 2903 (%)	Varones n: 1959 (%)	Mujeres n:944 (%)	p
Edad < 30		N:129	N:33 (25.6%)	N:96 (74.4%)	
	HTA	3	6	2	0.26
	DBT	1.6	0	2	0.54
	DSL	11.7	15	10.5	0.33
	AHF	45.0	39.4	46.9	0.54
	SBO	85.8	78.8	88.3	0.24
	TBQ	14.7	11.3	17.9	0.32
	Exceso de peso	34.1	51.5	28.3	0.01
	Sedentarismo	51.9	60.6	49.0	0.17
Edad entre 31 y 40		N:947	N:262 (27.8%)	N:681 (72.2%)	
	HTA	5	9.2	3.4	<0.001
	DBT	1.3	1.5	1.5	0.74
	DSL	8.0	12.6	6.2	<0.001
	AHF	50.4	48.1	51.3	0.42
	SBO	80.2	73.3	82.9	<0.001
	TBQ	17.8	17.0	18.8	0.49
	Exceso de peso	44.9	41.6	58.4	<0.001
	Sedentarismo	44.6	42.5	45.4	0.46
Edad entre 41 y 50		N:868	N:263 (30.6%)	N:587 (69.4%)	
	HTA	8,7	13.4	6.5	<0.001
	DBT	3.5	3.0	3,7	0.69
	DLP	15.9	22.8	12.0	<0.001
	AHF	61.4	55	64.2	<0.001
	SBO	75.3	66.7	79.1	<0.001
	TBQ	17.00	19.9	15.7	0.16
	Exceso de peso	52.8	72.6	44.0	<0.001
	Sedentarismo	44.21	43.1	44.7	0.70
Edad entre 51 y 60		N:627	N:207 (32.5%)	N:430 (60.7%)	
	HTA	26.6	39	20,5	<0.001
	DBT	6.04	9.4	4.5	0.019
	DLP	34.5	49.5	27.3	<0.001
	AHF	65.6	65.5	65.6	1.00
	SBO	72.4	67.5	74.8	0.057
	TBQ	13.4	10.9	14.6	0.25
	Exceso de peso	59.9	82.5	49.1	<0.001
	Sedentarismo	43.1	39.2	45.0	0.19
Edad >61		N: 332	N:176 (52.8%)	N:151 (46.2%)	
	HTA	53.2	60.9	44.4	0.003
	DBT	12.8	13.9	11.4	0.50
	DLP	51.1	53.5	48.3	0.37
	AHF	57.2	52.1	63.3	0.053
	SBO	53.5	47.8	60.4	0.025
	TBQ	17.1	15.7	18.8	0.55
	Exceso de peso	66.7	79.0	52.3	<0.001
	Sedentarismo	40.6	39.8	41.6	0.81

FRC: factores de riesgo convencionales; HTA: hipertensión arterial; DBT: diabetes; DLP: dislipemia; AHF: antecedentes heredofamiliares; SBO: síndrome de burnout; TBQ: tabaquismo

sus pacientes acerca de los hábitos saludables, por lo cual es necesario analizar la prevalencia de estos factores de riesgo en los médicos en una primera instancia.

Es escasa la bibliografía mundial acerca de factores de riesgo cardiovascular en médicos y los artículos actuales disponibles son de otros continentes<sup>11-14</sup>. En Latinoamérica solo hay informes acerca de factores de riesgo en cardiólogos<sup>15-17</sup> o médicos jóvenes<sup>18</sup>, por lo cual consideramos importantes los resultados que presentamos con casi 3000 médicos de distintas especialidades y la mayoría comprendidos entre los 40 y 60 años.

La presencia autorreportada de AHF, que en nuestro estudio fue el FRCV más prevalente (oscilando entre el 41 y 63% dependiendo de la especialidad), podría condicionar la elección de la carrera y/o de la especialidad. El AHF no se describe en la 4ENFR por lo cual no podemos compararla con la prevalencia en la población general argentina. En un estudio norteamericano, el AHF definido por antecedente de infarto y/o accidente cerebrovascular en familiar de primer grado <50 años) era (entre 2007 y 2014) de 14.2% para los individuos de entre 40 y 59 años y de 15.1% para los de 60 o más años<sup>19</sup> y en un estudio más actual, con población norteamericana heterogénea, se autorreporta un 23.6% de antecedente heredofamiliar cardiovascular<sup>20</sup>. Una limitación de nuestro estudio es que no se propuso una definición rigurosa de AHF de tal manera que el reporte puede no ser comparable con otras series.

Los AHF en nuestro estudio se asociaron de manera significativa con otros factores de riesgo modificables (HTA, DLP, DBT, exceso de peso, sedentarismo y estrés laboral crónico). En un trabajo de EE. UU.<sup>20</sup>, el AHF se asoció a obesidad y diabetes, reflejando que algunos genes podrían estar involucrados en el desarrollo de distintas afecciones relacionadas con el desarrollo de enfermedad cardiovascular<sup>21</sup>.

El exceso de peso es un problema muy prevalente en todo el mundo, estrechamente asociado a múltiples riesgos para la salud y que contribuye directamente a la patogénesis y progresión de las ECV<sup>22-24</sup>. En el mundo occidental y especialmente en América Latina, la proporción de personas adultas con situación de sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las úl-

timas décadas<sup>25</sup> tal como sucede en Argentina, donde la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social<sup>26</sup>. Por cada 10 kg de aumento del peso corporal, aumenta un 12% el riesgo de enfermedad coronaria, empeorado por la frecuente coexistencia de la disfunción microvascular<sup>27</sup>. En una cohorte multinacional sudamericana, se analizó la contribución de los factores de riesgo modificables en el desarrollo de ECV y la mortalidad y se evidenció que una gran proporción podrían evitarse mediante el control de los factores de riesgo metabólicos y el consumo de tabaco, que son los principales factores de riesgo comunes para ambos resultados en la región<sup>28</sup>. El exceso de peso detectado en los médicos especialistas encuestados se asoció de manera significativa con otros factores de riesgo modificables (HTA, DLP, DBT y sedentarismo). El exceso de peso en médicos varía con los países analizados, oscilando entre un 33-50%<sup>29</sup>.

El comportamiento sedentario es un factor de riesgo conductual clave en las enfermedades cardiometabólicas por lo que los médicos recomendamos a la población general realizar actividad física para disminuir el riesgo de padecer HTA, DBT tipo 2 y sobrepeso y con ello las muertes por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares<sup>30-36</sup>. Sin embargo, y a pesar de ser conscientes de la importancia de la actividad física en la salud, que además de lo mencionado permite reducir la incidencia de padecer algunos tipos de cánceres, demencia, síntomas de ansiedad y depresión, mejora la función cognitiva y la funcionalidad física<sup>37</sup>, el sedentarismo en los especialistas no difiere del de la población general y cerca de la mitad no logra incorporarlo a sus hábitos. Lo mismo sucede en médicos de otros países<sup>38</sup>.

Si bien la hipertensión arterial sistólica es el principal factor de riesgo modificable a nivel mundial de muertes cardiovasculares prematuras atribuibles, con 10.8 millones (IC del 95%: 9.15-12.1 millones) de muertes cardiovasculares y 11.3 millones (IC del 95%: 9.59-12.7 millones) de muertes en general en 2021, y se ha relacionado especialmente con la cardiopatía isquémica y las muertes relacionadas con el ictus<sup>39,40</sup>, en

este trabajo se presentó en sexto lugar de prevalencia con el 16.4% lo que podría relacionarse con que solo un 11.4% de los médicos encuestados eran mayores de 60 años.

El colesterol LDL elevado ha persistido también como uno de los principales factores de riesgo modificables y es uno de los marcadores más estrechamente relacionados de ECV ateroesclerótica<sup>26</sup>. De los médicos especialistas encuestados, uno de cada 5 refiere trastornos lipídicos.

El consumo de tabaco, quinta causa real de muerte cardiovascular, y a la que se le atribuyeron 7.61 millones de muertes en general y 3.01 millones de muertes cardiovasculares en el 2021<sup>26</sup> fue menor en los médicos que en la población general de la 4ta ENFR (16.5% vs. 22.2%) e igual a lo comunicado en médicos especialistas en un meta-análisis reciente que incluyó 246 trabajos<sup>41</sup>. La sanción de la ley 26687 (anti tabaco) generó un fuerte impacto en la salud de la población argentina<sup>42,43</sup> lo que hace presumir mayor conciencia acerca de este importante FR modificable. De todas maneras, los médicos que fuman, tienen menor tendencia a hacer hincapié a los pacientes acerca de la importancia de dejar el hábito<sup>11</sup>.

Finalmente, la prevalencia global de SBO fue del 75%, sin diferencia por especialidad, fue más frecuente en mujeres y en especialistas con me-

nos de 10 años de ejercicio profesional. Padecer SBO también implica un riesgo mayor de desarrollar cardiopatía coronaria, como factor independiente<sup>44</sup>. Los factores estresantes psicosociales en el trabajo, como la tensión laboral y el desequilibrio esfuerzo-recompensa aumentan al doble el riesgo de sufrir cardiopatía coronaria, principalmente en hombres<sup>45</sup>. Además, en pacientes con enfermedad coronaria, el sufrimiento o distrés psicológico se asoció significativamente con un mayor riesgo de eventos adversos cardiovasculares<sup>46,47</sup>.

En esta encuesta, la prevalencia de FRC fue mayor en hombres, a excepción del tabaquismo y el sedentarismo y del SBO que fue más frecuente en mujeres.

Del análisis de nuestros datos no podemos inferir si esta realidad repercute en la salud de nuestros pacientes, pero sí pone en evidencia que los médicos especialistas están expuestos a un alto nivel de estrés crónico, con muchos antecedentes heredofamiliares, exceso de peso y sedentarismo. Condiciones que deben llamarnos a la acción.

---

**Agradecimientos:** A los 2999 médicos especialistas que contestaron desinteresadamente la encuesta.

---

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

---

## Bibliografía

1. Mensah GA, Roth G A, Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risk factors: 2020 and beyond. *J Am Coll Cardiol* 2019; 74: 2529-32.
2. Roth GA, Mensah GA, Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risks: a compass for global action. *J Am Coll Cardiol* 2020; 76:2980-1.
3. Crea F. The burden of cardiovascular risk factors: a global perspective. *Eur Heart J* 2022; 43: 2817-20.
4. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. 2024 Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation* 2024; 149: e347-e913.
5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023; 44: 3720-826.
6. Giunta G, Lavalle Cobo A, Brandani L, et al. Consenso de prevención cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* 2023; 91: 1-190.
7. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J* 2021; 42: 2439-54.
8. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J* 2021; 42: 2455-67.
9. World Health Organization. Atlas of heart disease and stroke. En: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/); consultado enero 2024.
10. Global Cardiovascular Risk Consortium, Magnussen C, Ojeda FM, et al. Global effect of modifiable risk factors on cardiovascular disease and mortality. *N Engl J Med* 2023; 389:1273-85.
11. García-Algara O, Pichinib S, Pacificic R, Castellanos

- D. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Atención Primaria* 2003; 32:481-91.
12. Jingi AM, Noubiap JJ. Cardiovascular risk factors awareness and prevalence among primary care physicians: an insight from the West region Awareness Initiative Survey to fight cardiovascular disease (WAIT-CVD) in Cameroon. *BMC Res Notes* 2015; 8: 762.
  13. Hu DY, Yu JM, Chen F, Sun YH, Jiang QW, CARE Survey Group. The chinese physicians' cardiovascular risk evaluation (CARE) survey: an assessment of physicians' own cardiovascular risks. *Heart Asia* 2010; 2: 89-94.
  14. Ambakederemo TE, Chikezie EU. Assessment of some traditional cardiovascular risk factors in medical doctors in Southern Nigeria. *Vasc Health Risk Manag* 2018; 14: 299-309.
  15. Mahler L, Sebo P, Favrod-Coune T, Moussa A, Cohidon C, Broers B. The prevalence of five lifestyle risk factors in primary care physicians: a cross-sectional study in Switzerland. *Prev Med Rep* 2022; 26: 101740.
  16. Teixeira MEF, Vitorino PVO, Amodeo C, et al. Cardiovascular risk factors in cardiology specialists from the Brazilian Society of Cardiology. *Arq Bras Cardiol* 2021; 116: 774-81.
  17. Crosa VL, Avalos Oddi A, Verdugo S, et al. Equidad laboral, violencia de género y factores de riesgo cardiovascular en especialistas en cardiología argentinos. *Rev Argent Cardiol* 2022; 90: 340-5.
  18. Pulenta H, Burgos LM, Cigalini I, et al. Factores de riesgo cardiovascular en residentes y cardiólogos argentinos. "Cómo se cuidan los que cuidan". Encuesta FRICCAR, CONAREC. *Rev CONAREC* 2018; 33: 308-12.
  19. Aquino B, Eladio José, Montiel CR, Ortiz Galeano I. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en médicos jóvenes del Hospital de Clínicas. *Rev virtual Soc Parag Med Int* 2022; 9: 25-34.
  20. Moonesinghe R, Yang Q, Zhang Z, Khoury MJ. Prevalence and cardiovascular health impact of family history of premature heart disease in the United States: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2014. *J Am Heart Assoc* 2019; 8: e012364.
  21. Rasooly D, Moonesinghe R, Littrell K, Hull L, Khoury MJ. Association between a first-degree family history and self-reported personal history of obesity, diabetes, and heart and blood conditions: Results from the All of Us Research Program. *J Am Heart Assoc* 2023; 12: e030779.
  22. Sociedad Argentina de Cardiología y Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso de prevención cardiovascular en infancia y adolescencia. *Rev Arg Cardiol* 2019; 87: 1-78.
  23. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, et al; Obesity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143: e984-e1010.
  24. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009; 9: 88
  25. Lavie CJ, Laddu D, Arena R, Ortega FB, Alpert MA, Kushner RF. Healthy weight and obesity prevention: JACC health promotion series. *J Am Coll Cardiol* 2018; 72: 1506-31.
  26. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. En América Latina y el Caribe En <https://www.unicef.org/lac/media/9316/file/PDF>; consultado enero 2024.
  27. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. En: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf); consultado enero 2024.
  28. Koliaki C, Liatis S, Kokkinos A. Obesity and cardiovascular disease: revisiting an old relationship. *Metabolism* 2019; 92: 98-107.
  29. Lopez-Jaramillo P, Joseph P, Lopez-Lopez JP, et al. Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *Eur Heart J* 2022; 43: 2841-51.
  30. Mahler L, Sebo P, Favrod-Coune T, Moussa A, Cohidon C, Broers B. The prevalence of five lifestyle risk factors in primary care physicians: a cross-sectional study in Switzerland. *Prev Med Rep* 2022; 26: 101740.
  31. Crea F. Physical exercise, inflammation, and hypertension: how to improve cardiovascular prevention. *Eur Heart J* 2022; 43: 4763-6.
  32. Ahmadi MN, Clare PJ, Katzmarzyk PT, Del Pozo Cruz B, Lee IM, Stamatakis E. Vigorous physical activity, incident heart disease, and cancer: how little is enough?. *Eur Heart J* 2022; 43: 4801-14.
  33. Dempsey PC, Rowlands AV, Strain T, et al. Physical activity volume, intensity, and incident cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2022; 43: 4789-800.
  34. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. En: <https://health.gov/>



- healthypeople/tools-action/browse-evidence-based-resources/2018-physical-activity-guidelines-advisory-committee-scientific-report; consultado enero 2024.
35. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CA, et al. Life's essential 8: updating and enhancing the american heart association's construct of cardiovascular health: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2022; 146: e18-e43.
  36. Tobaldini E, Fiorelli EM, Solbiati M, Costantino G, Nobili L, Montano N. Short sleep duration and cardiometabolic risk: from pathophysiology to clinical evidence. *Nat Rev Cardiol* 2019; 16: 213-24.
  37. Domínguez F, Fuster V, Fernández-Alvira JM, et al. Association of sleep duration and quality with subclinical atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73: 134-44.
  38. World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. En: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241599979>; consultado febrero 2024
  39. Bazan N, Laiño F, Valenti C, Echandía N, Rizzo L, Fratin C. Actividad física y sedentarismo en profesionales de la salud. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2019; 8: 1-12.
  40. Razo C, Welgan CA, Johnson CO, et al. Effects of elevated systolic blood pressure on ischemic heart disease: a burden of proof study. *Nat Med* 2022; 28: 2056-65.
  41. Vaduganathan M, Mensah GA, Turco JV, Fuster V, Roth GA. The global burden of cardiovascular diseases and risk: a compass for future health. *J Am Coll Cardiol* 2022; 80: 2361-71.
  42. Besson A, Tarpin A, Flaudias V, et al. Smoking prevalence among physicians: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 13328.
  43. InfoLeg. Información Legislativa. Ley 26.687. Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183207/>; consultado marzo 2024.
  44. Thomas D. Sevrage tabagique: un défi pour les cardiologues et les pneumologues. *Rev Mal Respir* 2019; 36: 527-37.
  45. Toker S, Melamed S, Berliner S, Zeltser D, Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosom Med* 2012; 74: 840-7
  46. Lavigne-Robichaud M, Trudel X, Talbot D, et al. Psychosocial stressors at work and coronary heart disease risk in men and women: 18-year prospective cohort study of combined exposures. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2023; 16: e009700.
  47. Garcia M, Moazzami K, Almuwaqqat Z, et al. Psychological distress and the risk of adverse cardiovascular outcomes in patients with coronary heart disease. *JACC Adv* 2024; 3: 100794.