

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN RESIDENT PHYSICIANS OF THE SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA

KENNETH SCHMIDT¹, ANDREA TREVISAN², MILTON BUTTAZONI², IVANA BOLZAN², VALERIA BRODER², CRISTIAN IURNO², ARNOLDO KALBERMATTER², CAROLINA YANSON³, LUIS MANTILLA⁴, CARLOS SCHMIDT⁵

RESUMEN

Introducción. La principal causa de mortalidad y discapacidad en Argentina son las enfermedades cardiovasculares (ECV). Se conoce poca información sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en médicos residentes. Determinar su prevalencia en este grupo puede generar una mejoría en la prevención de estas enfermedades y en la educación de los pacientes.

Objetivo. Determinar la prevalencia de FRCV y calcular el riesgo cardiovascular (RCV) de los médicos residentes del Sanatorio Adventista del Plata, durante el año 2017 y compararlo con una población del mismo sexo y edad.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo transversal, correlacional. Se realizaron encuestas, medidas antropométricas y mediciones laboratoriales a 116 participantes, de los cuales 58 eran médicos residentes del Sanatorio Adventista del Plata y 58, personas de la comunidad pareados por sexo y edad (± 3) que no fueran médicos residentes. Resultados. El 50% de los participantes eran hombres, y la mediana de edad fue 30,6 años (DE: 4,1; RIC: 23-48 años). La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) autorreferenciada fue de 2,6%, y luego de su medición fue de 8,6% en los médicos residentes y 6,9% en la población general. La prevalencia de dislipidemia (DLP) autorreferenciada fue de 13,8% en los médicos residentes y 5,2% en la población general; al dosar el colesterol se observó un 53,4% de DLP en los médicos residentes y 43,1% en la población general, destacándose una proporción importante de sujetos que desconocían tener DLP (74% de los médicos residentes y 88% de la población general). No hubo casos de diabetes. El 33% de la población eran ex tabaquistas, pero sólo el 1% continuaba fumando actualmente. El 34% de los médicos residentes y 57% de la población general tenía sobrepeso u obesidad. El perímetro abdominal del 41% de los médicos residentes y 57% de la población general se encontraba fuera de límites normales. El sedentarismo fue de 62,1% en los médicos residentes y 39,6% de la población general ($p=0,03$). Al estratificar por sexo, esta diferencia fue significativa en el grupo de médicos residentes de sexo femenino respecto de las mujeres de la población general, no habiendo diferencia al evaluar solamente el sexo masculino. La ingesta de frutas y verduras, según la meta de 5 porciones al día de la organización mundial de la salud (OMS), se observó sólo en el 5% de los médicos residentes y 10% de la población general. El RCV medido a través del score de la OMS mostró una población de bajo RCV con solo un 1% de riesgo intermedio y 1% de riesgo alto. El 86% los médicos residentes y 84% de la población general tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular.

Conclusión. Se observó una alta carga de FRCV en los residentes, dentro de los cuales el principal fue el sedentarismo. Se observó mayor prevalencia de HTA, DLP, y bajo consumo de frutas y verduras, con gran desconocimiento de poseerlos, como factores preocupantes. Se hace manifiesta la necesidad de aplicar estrategias para favorecer estilos de vida saludable entre médicos residentes, que impacte por consecuencia, al educar a sus pacientes.

Palabras clave: Factor de riesgo, Prevalencia, Médicos.

ABSTRACT

Introduction. The main cause of mortality and disability in Argentina are cardiovascular diseases (CVDs). Little information is known about cardiovascular risk factors (CVRF) in the group of resident physicians. Determining the prevalence in this group can generate an improvement in the prevention and education of its patients.

Objective. To determine the prevalence of CVRF and estimate the cardiovascular risk of the resident physicians of the Sanatorio Adventista del Plata during 2017 and compare it with a population of the same sex and age.

Materials and methods. Descriptive, cross-sectional, correlational study. A total of 116 participants were surveyed, and anthropometric measurements and laboratory measurements were taken. From them, 58 were resident physicians, from the Sanatorio Adventista del Plata and 58 were people from the community matched by sex and age (± 3) who were not residents.

Results. Fifty percent of the participants were men, and the median age was 30.6 years (SD: 4.1; IQR: 23-48 years). The prevalence of self-reported hypertension (HTN) was 2.6%; after measurement it was 8.6% in resident physicians and 6.9% in the general population. The prevalence of self-reported dyslipidemia (DLP) was 13.8% in resident physicians and 5.2% in the general population. When measuring cholesterol, 53.4% of DLP was observed in resident physicians and 43.1% in the general population, highlighting a significant proportion of subjects who were not aware of having DLP (74% of resident physicians and 88% of the population general). There were no cases of DBT. Thirty-three percent of the population has smoked in the past, but only 1% continue to smoke today. Thirty-four percent of resident doctors and 57% of the general population were overweight or obese. The abdominal perimeter of 41% of resident physicians and 57% of the general population was outside normal limits. Sedentary lifestyle was 62.1% in resident physicians and 39.6% of the general population ($p=0,03$). When stratifying by sex, this difference was significant in the group of female resident doctors with respect to women in the general population, with no difference when assessing only male sex. The intake of fruits and vegetables, according to the World Health Organization (WHO) goal of 5 servings per day, was 5% in resident physicians and 10% in the general population. The cardiovascular risk (CVR) measured through the WHO score showed a predominant population of low CRV with only 1% of intermediate risk and 1% of high risk. Eighty-six percent of the resident physicians and 84% of the general population had at least one cardiovascular risk factor.

Conclusion. A high load of CVRF was observed in residents, within which the main one was sedentary lifestyle. There was a higher prevalence of hypertension, DLP, and low consumption of fruits and vegetables, with great lack of awareness of being carriers, as worrying factors. The need to apply strategies to promote healthy lifestyles among resident physicians is very clear, which impacts accordingly, on the education of their patients.

Keywords: risk factor, prevalence, physicians.

REVISTA CONAREC 2020;35(157):298-303 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2020157/0298-0303](https://doi.org/10.32407/RCON/2020157/0298-0303)

1. Residente de Cardiología.
2. Médico Cardiólogo.
3. Médica Cardióloga. Jefa de Residentes.
4. Médico Cardiólogo. Instructor de Cardiología. Subjefe del Servicio de Cardiología.
5. Médico Cardiólogo. Jefe del Servicio de Cardiología.

Sanatorio Adventista del Plata. Entre Ríos.

✉ **Correspondencia:** Schmidt Kenneth. 25 de Mayo 255, E3103 Libertador San Martín, Entre Ríos. schmidtkeneth34@gmail.com.

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 04/05/2020 | Aceptado: 12/07/2020

INTRODUCCIÓN

La principal causa de mortalidad prematura y de discapacidad global por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la Argentina son las enfermedades cardiovasculares¹.

En la Argentina, de acuerdo a publicaciones de la OMS, las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad².

Si bien entre los jóvenes de 25 a 45 años las enfermedades cardiovasculares no son la causa más frecuente de mortalidad³, se observa una tendencia a presentar los FRCV a edades más tempranas.

Se prevé un aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares a nivel global para el año 2030. Para ello cual se han implementado políticas de salud destinadas a modificar los FRCV y disminuir la incidencia de la mortalidad por este grupo de enfermedades⁴.

La identificación de estos factores de riesgo es una parte preponderante en la atención de los pacientes por parte de los médicos residentes, quienes realizan un rol vital en la educación de los pacientes para modificarlos^{5,6}. Los médicos que tengan conciencia de sus factores de riesgo cardiovascular probablemente realicen cambios para su control y disminución de su propio riesgo cardiovascular, y realicen un mayor énfasis en educación de estilo de vida y control de los FRCV en sus pacientes⁷.

En la Argentina se realizó un estudio de prevalencia de factores de riesgo en médicos residentes de Cardiología y cardiólogos, a cargo del Consejo Nacional de residentes de Cardiología (CONAREC), por medio de una encuesta *online*, pero esta carece de mediciones antropométricas y laboratoriales de colesterol y glucemia, por lo que tampoco se pudo estratificar el riesgo cardiovascular⁸.

Por lo tanto, se realizó el presente estudio con la finalidad de determinar la prevalencia de FRCV en este grupo de médicos residentes y compararlo con personas de similar edad y sexo, no residentes.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de FRCV y calcular el riesgo cardiovascular global de médicos residentes del Sanatorio Adventista del Plata (SAP), durante el año 2017 y compararlo con una población del mismo sexo y edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, correlacional durante el período comprendido entre agosto y septiembre del año 2016.

Participaron del estudio 116 personas, de las cuales 58 eran médicos residentes de las distintas especialidades que se desarrollan en el Sanatorio Adventista del Plata y 58 personas de la comunidad pareados por sexo y edad (± 3) que no fueran residentes.

Se aplicó la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), las cuales fueron completadas por los residentes y la población general en presencia de los investigadores⁹.

Para las medidas antropométricas se midió la tensión arterial de cada participante con tensiómetro digital correctamente calibrado y validado, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)¹⁰. Para la tensión arterial se consideraron los criterios establecidos por el Consenso Argentino de HTA, que define como HTA a una medición de tensión arterial sistólica ≥ 140 y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Se midieron talla (en metros) y peso (en kilogramos) para calcular el índice de masa corporal (IMC) según fórmula de Adolphe Quetelet, y el perímetro abdominal según lo establecido en la Guía para las Mediciones Físicas (Step 2) de la

Tabla 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular para la muestra de médicos residentes y población general.

	Médicos residentes		Población general		p
	n	%	n	%	
HTA autorreferenciada	3	5	0	0	-
HTA medida	5	9	4	7	0,72
DLP autorreferenciada	8	14	3	5	-
DLP medida	31	53	25	43	0,26
Sedentarismo	36	62	22	38	0,03
DBT	0	0	0	0	-
TBQ	11	19	15	26	0,37
IMC	20	34	33	56	0,07
Perímetro abdominal	23	40	33	57	0,63
Alimentación	55	95	52	90	0,29

HTA: hipertensión arterial. DLP: dislipemia. DBT: diabetes. TBQ: tabaquismo. IMC: índice de masa corporal.

OMS¹¹. Para el IMC se consideró como riesgo el exceso de peso (IMC ≥ 25)¹². Para el perímetro abdominal se utilizó el criterio de riesgo de la *International Diabetes Federation* (IDF): ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres¹³.

Para evaluar el consumo de tabaco, se utilizaron criterios de la Tercera ENFR. El riesgo se consideró cuando el sujeto fumaba al menos una vez al día o si era exfumador.

Para medir la actividad física se utilizó el IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), y se consideró factor de riesgo el nivel bajo de actividad física (ninguna actividad física o poca actividad física, sin superar los 600 MET)¹⁴.

Para evaluar la alimentación se utilizó la ENFR en la que se analizaron los siguientes indicadores: promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas; siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa. Se tomó la recomendación de la OMS sobre consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día¹⁵.

A cada sujeto participante del estudio se le realizó una extracción de sangre con 12 horas de ayuno en la que se midieron glucemia, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Para el diagnóstico de diabetes se utilizaron las recomendaciones de la IDF de una toma de glucemia basal en ayunas¹⁶. Para medir el colesterol se tomaron los valores de corte del último consenso de la SAC para control de factores de riesgo, entre los que se incluyeron: colesterol total mayor a 200 mg/dl, LDL mayor a 160 mg/dl, HDL menor a 40 mg/dl en hombres y menor a 48 mg/dl en mujeres, triglicéridos menor a 150 mg/dl¹⁷.

La categorización de riesgo cardiovascular se realizó según el *score* de la OMS basado en el estudio de Framingham para la población en América Latina, zona denominada AMR-B, la cual divide en riesgo bajo; moderado; alto; muy alto o crítico^{18,19}.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para Windows. Para el análisis univariado se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson con un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS

En la **Tabla 1** se presenta la prevalencia de FRCV para la muestra de médicos residentes y población general.

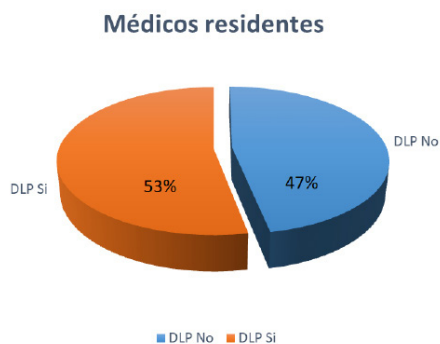


Figura 1. Porcentaje de dislipemia.

Se encuestaron, realizaron medidas antropométricas y mediciones laboratoriales a una muestra de 116 individuos, 58 médicos residentes y 58 individuos de la población general. El 50% de los participantes eran varones, y la mediana de edad fue 30,6 años (desvío estándar [DE]: 4,1; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 23-48 años). No se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en las características basales. La prevalencia de HTA autorreferenciada fue de 2,6%. Pero este porcentaje aumentó al 8,6% en los médicos residentes y el 6,9% en la población general luego de realizar la medición correspondiente. Al estratificar por sexo, se observó una prevalencia de 10,3% en el sexo masculino y 5,1% en el sexo femenino. La prevalencia de DLP autorreferenciada fue de 13,8% en el grupo de médicos residentes y 5,2% de la población general. Al medir el colesterol en sangre se observó una prevalencia de 53,4% de DLP en el grupo de médicos residentes y 43,1% en la población general como se observa en el **Figura 1**, sin diferencias significativas entre los grupos, pero destacándose una proporción importante de sujetos que desconocían tener DLP (74% de los médicos residentes y 88% de la población general) (**Figura 2**).)

No hubo casos de diabetes entre la población estudiada. Al indagar sobre el hábito tabáquico, 33% de la población manifestó que había fumado en el pasado, pero solo el 1% continuaba fumando actualmente. Según el IMC, el 46% de la población tenía valores superiores al límite normal, siendo este porcentaje mayor en el caso de la población general (34% de los médicos residentes y 57% de la población general). En cuanto a sobrepeso, globalmente el 28% tenía IMC entre 25 y 29 (17% médicos residentes y 38% población general). El 18% de la muestra presentaba obesidad (12% grado I, 5% grado II y un 1% grado III), no habiendo diferencias en los porcentajes entre médicos residentes y población general. Al medir el perímetro abdominal, el 41% de los médicos residentes y 57% de la población general se encontraban fuera de límites normales, sin diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la prevalencia de sedentarismo en residentes, se observó una diferencia significativa con respecto a la población general, en la cantidad de sujetos que realizaban poco o nada de actividad física

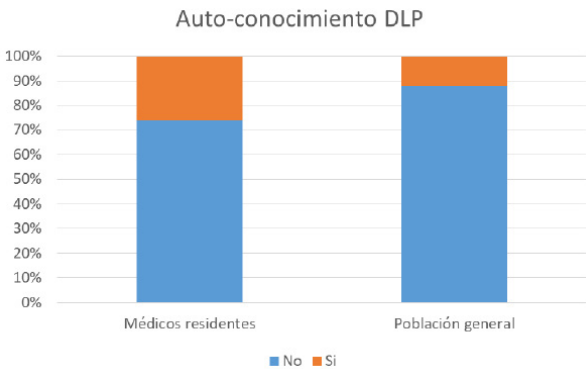


Figura 2. Autorreporte de dislipemia.

(62,1% de los médicos residentes, 39,6% de la población general, p 0,03). (**Figura 3**) Al estratificar por sexo, esta diferencia fue significativa en el grupo de médicos residentes de sexo femenino respecto de las mujeres de la población general, sin diferencias entre los grupos al evaluar solamente el sexo masculino. Respecto de la ingesta de frutas y verduras, observamos que solamente el 7,7% de los sujetos cumplía con la meta de 5 porciones al día, observando una menor proporción en el grupo de los médicos residentes (5% médicos residentes, 10% población general). El riesgo cardiovascular medido a través del *score* de la OMS mostró una población predominante de bajo riesgo cardiovascular, con solo un 1% de riesgo intermedio y 1% de riesgo alto. En la **Figura 4** se representa la alta carga de FRCV en la población estudiada. El 85% de la población tenía al menos un factor de riesgo cardiovascular, sin diferencias significativas entre los grupos estudiados (86% médicos residentes, 84% población general).

DISCUSIÓN

Los médicos, debido a su formación, no deberían subestimar el impacto de los FRCV en ellos mismos como en sus pacientes. El diferente peso o importancia que los médicos le den al control de FRCV es lo que llevará al aumento o descenso de la morbimortalidad por ECNT, con el consecuente resultado en la salud de los pacientes y gasto de la salud pública. De aquí la importancia en la prevención primaria de las ECNT, detección y su control. En la Cuarta ENFR, la prevalencia de HTA fue de 20,3% en la población de 25-34 años²⁰. En el estudio RENATA, la prevalencia de HTA en la población general fue de 33,5%, pero en menores de 35 años fue de 11,1%²¹. Resultados similares a los del estudio RENATA 2, en el cual la prevalencia de HTA en menores de 35 años fue 12,2%²². Comparando estos estudios con nuestros resultados, encontramos una prevalencia de HTA menor entre los médicos residentes (8,6%) y población general (6,9%) pero levemente mayor a la obtenida en la encuesta FRICCAR, CONAREC, a médicos residentes y cardiólogos, donde se obtuvo una prevalencia de 5%, pero esta última por autorreporte.

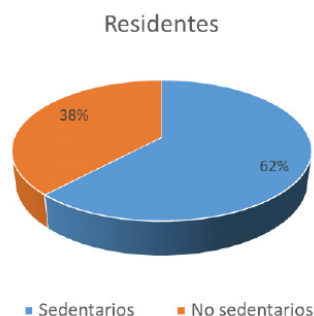


Figura 3. Porcentaje de médicos residentes que presentan el sedentarismo como factor de riesgo.

La mayor prevalencia de HTA en el sexo masculino coincide con la mayoría de los estudios, como el estudio RENATA, dentro del grupo de individuos menores de 35 años, la prevalencia de HTA también fue mayor en varones (18,5%) que en mujeres (6,9%) y estas prevalencias se incrementaron con la edad. En diversos estudios se ha demostrado que tanto la HTA como la prehipertensión tienen mayor prevalencia en los varones que en las mujeres, probablemente debido a las diferencias en la actividad hormonal^{23,24}.

Con respecto a la DLP, en la Cuarta ENFR la prevalencia en la población general fue de 30,7% de colesterol total mayor a 200 mg/dl, con 3 de cada 10 individuos que no se autorreportaron con colesterol elevado y tuvieron registros superiores al valor normal en las mediciones; ese porcentaje se redujo a 20,5% en la población de 25-34 años. En nuestro estudio la prevalencia de DLP por autorreporte fue de 13,8% en el grupo de residentes y 5,2% en el grupo de la población general. Al medir el colesterol en sangre se observó una prevalencia de 53,4% de DLP en el grupo residentes y 43,1% en el de población general, observándose una proporción importante de sujetos que desconocían tener DLP (74% en grupo de médicos residentes y 88% población general).

Es un valor muy alto de DLP en una población joven, en la que el grupo de médicos residentes poseen el conocimiento para llevar un estilo de vida saludable para prevenir la DLP. Al analizar los datos se debe considerar que no solo se midió el colesterol total, sino también HDL, LDL y triglicéridos.

Cabe resaltar el gran grupo de médicos residentes que desconocían poseer DLP, por lo que probablemente no sospechen ni implementen educación y prevención en población adulta joven.

Comparando con otros estudios, en la Tercera ENFR se informa una prevalencia de 16,4% de DLP en la población de 25-34 años y de 26,9% en la población de 35-49 años. Y en el estudio en residentes y cardiólogos argentinos Encuesta FRICCAR, CONAREC: 14,3%; estos últimos por autorreporte.

El 19% de los residentes y el 26% de la población general habían fumado, pero solo el 1% continuaba haciéndolo activamente. Este resultado fue menor que los datos de la encuesta de CONAREC en residentes y cardiólogos que refiere un 16% de tabaquismo, y los datos de la Cuarta ENFR que refieren prevalencia de 26,9% de hábito tabáquico.

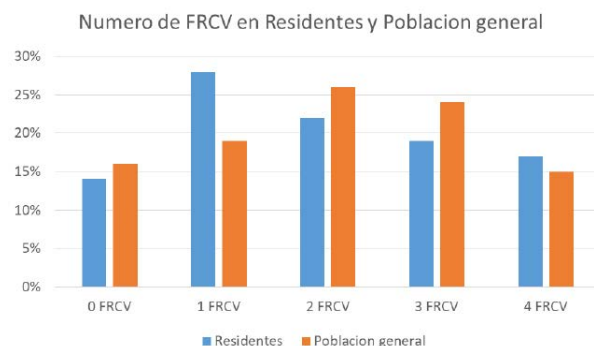


Figura 4. Cantidad acumulada de factores de riesgo en médicos residentes y población general.

Estos resultados pueden deberse a la tendencia internacional de descenso continuo de manera significativa del tabaquismo por la implementación de políticas públicas de control del mismo, como también a que la población estudiada en gran parte es confesional, donde el hábito tabáquico suele ser menor.

Según el cálculo de IMC por mediciones físicas, se evidenció que el 34% de los residentes y 57% de la población general tuvieron exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Evidenciando un mayor exceso de peso en la población general, que condice con los resultados de los registros nacionales: en la Tercera ENFR se informa un 50,8% en la población de 25-34 años y en la Cuarta ENFR, 50,7%. La población de residentes tuvo menor exceso de peso comparando con el estudio CONAREC realizado en residentes y cardiólogos (46,9%) y mayor al compararla con estudios en universitarios²⁵.

Es importante destacar que el IMC es útil como medida de clasificación del estado nutricional y aumento de riesgo cardiovascular independiente, pero no proporciona una medida directa de la grasa corporal, ni precisa la existencia de obesidad central²⁶. Por ello también se midió el perímetro abdominal para objetivar obesidad central, la cual es un predictor más fuerte de diabetes y de FRCV en general²⁷.

Al medir el perímetro abdominal, el 41% de los residentes y 57% de la población general se encontraban fuera de los límites normales. Este dato es de importancia no solo por la relación de RCV conocida, sino por el mayor impacto que presenta en jóvenes o adultos jóvenes²⁸.

En Argentina, la Tercera ENFR de 2013 detectó que la mitad de la población de 25 a 34 años (49,0%), y la Cuarta ENFR de 2018, que el 26,9% presenta un nivel de actividad física bajo.

En el estudio Factores de riesgo cardiovascular en residentes y cardiólogos argentinos Encuesta FRICCAR, CONAREC, informó un 36,7% de sedentarismo. Estos resultados son cifras menores a las encontradas en el grupo de residentes donde se destaca el sedentarismo, observándose una diferencia significativa en la baja actividad física o sedentarismo, al compararla con la población general (62,1% y 39,6%, respectivamente). Estos datos pueden estar vinculados tanto al menor tiempo libre de los residentes como a la falta de priorización de los mismos sobre la actividad física.

Con respecto a la alimentación, en la Tercera ENFR (año 2015) se informa que solo el 3,8% de la población de 25-34 años llega a la meta de 5 porciones de frutas y/o verduras propuesta por la OMS. Y esta baja prevalencia continúa en descenso como se informa en la Cuarta ENFR (año 2019) con 1,9%. En nuestra población solo el 5% de los residentes y 10% de la población general llegan a la meta de la OMS. Se hace evidente la necesidad de generar políticas para el aumento de la alimentación a base de plantas.

El riesgo cardiovascular estimado es de bajo riesgo en el 98% de la población estudiada, probablemente se deba a que el *score* de riesgo cardiovascular es a 10 años en una población relativamente joven. El 86% de los residentes y 84% de la población general tenía al menos un FRCV, lo cual muestra la alta prevalencia de FRCV en una población adulta joven. Y que los médicos, a pesar de tener mayor conocimiento y formación para controlarlos, no logran llevarlos a la práctica propia o subestiman la prevalencia de FRCV en la población adulta joven.

Con estos datos se observa que el 85% de la población estudiada poseía al menos un FRCV, incluyendo a la población de residentes, de la cual se resalta el sedentarismo ($p=0,03$) y una mayor prevalencia de HTA, DLP y bajo consumo de frutas y verduras, con respecto al grupo control, lo que nos lleva a inferir que, a pesar de su formación médica, existe un gran desconocimiento de poseer estos FRCV modificables y de la necesidad de hacer cambios de estilo de vida para reducirlos. Se ha demostrado que la salud del médico está correlacionada con la prevención y el diagnóstico que este realice con sus propios pacientes²⁹.

Se deberían incluir estrategias efectivas en los médicos residentes, para aumentar la conciencia de los FRCV modificables personales, e implementar planes prácticos para reducirlos o eliminarlos, y que a su vez tengan un impacto en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de los factores de riesgo en sus propios pacientes.

Se deben implementar políticas de prevención de FRCV en la población haciendo énfasis en la medicina del estilo de vida, alimentación a base de plantas, ejercicio regular, cese del hábito tabáquico y los demás FRCV conocidos, para mejorar la morbimortalidad y calidad de vida de la población.

CONCLUSIÓN

Se observó una alta carga de FRCV en los residentes, dentro de los cuales el principal fue el sedentarismo frente a la población general. Se midió una alta prevalencia de DLP en esta población, con gran desconocimiento de poseerla.

Así como también se observó una mayor prevalencia de HTA; y bajo consumo de frutas y verduras, como factores preocupantes. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de aplicar estrategias para favorecer estilos de vida saludables entre médicos residentes, que impacten por consecuencia, al educar a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud presidencia de la nación. Vigilancia. Mortalidad. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/mortalidad> Acceso 25 de Junio 2020.
- World Health Organization. Health statistics and health information systems. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Argentina 2014. [acceso 15 de enero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/arg_en.pdf?ua=1
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2015. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>. Acceso 10 de Junio de 2020
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1.
- Egede LE, Zheng D. Modifiable cardiovascular risk factors in adults with diabetes: prevalence and missed opportunities for physician counseling. *Arch Intern Med*. 2002;162(4):427-433.
- Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, et al. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs*. 2001;18(6):436-442.
- Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med*. 2000;9(4):359-367.
- Pulenta H, Burgos L, Cigalini I. Factores de riesgo cardiovascular en residentes y cardiólogos argentinos. "Cómo se cuidan los que cuidan". Encuesta FRICCAR, CONAREC. *Revista del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología*. 2018; (147): 0308-0312
- Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tercera Encuesta nacional de factores de Riesgo para Enfermedades No transmisibles (ENFR) (2013). 1a ed. Buenos Aires. 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf
- Consejo Argentino de Hipertensión Arterial. "Dr. Eduardo Braun Menéndez". *Sociedad Argentina de Cardiología. Rev Argent Cardiol* 2013;81(Supl 2):1-72.
- OMS. Guía para las mediciones físicas. Parte 3: Guías para la formación e instrucciones prácticas. Sección 4: Guía para las mediciones físicas (Step 2). Disponible en: http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Parte3_Secccion4.pdf
- OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva, Febrero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- International Diabetes Federation (IDF). 2005. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Disponible en: <http://www.idf.org/metabolic-syndrome>.
- Cuestionario Internacional de actividad física. IPAQ: Formato corto autoadministrado de los últimos 7 días para ser utilizado con adultos (15-69 años). (2002). Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
- OMS. Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. 2019. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/
- International Diabetes Federation. IDF Clinical Practice Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care. 2017. Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html>
- Sociedad Argentina de Cardiología. Actualización del Consenso de Prevención Cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*. Vol. 84 Suplemento 2. Octubre 2016.
- Organización Panamericana de la salud. Calculadora de Riesgo Cardiovascular de la OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10005:2014-ops-cardioapp&Itemid=41101&lang=pt
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular. 2007. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Directrices-para-evaluacion-y-manejo-del-riesgo-CV-de-OMS.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Cuarta Encuesta nacional de factores de Riesgo para Enfermedades No transmisibles (ENFR) (2019). Buenos Aires. 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf

21. Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Paéz O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol* 2012;80(2):121-9.
22. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol* 2017;85(4):354-60.
23. Ojeda NB, Grigore D, Robertson EB, Alexander BT. Estrogen protects against increased blood pressure in postpubertal female growth restricted offspring. *Hypertension*. 2007;50(4):679-685.
24. Gyamfi D, Obirikorang C, Acheampong E, Danquah KO, Asamoah EA, Liman FZ, et al. Prevalence of pre-hypertension and hypertension and its related risk factors among undergraduate students in a Tertiary institution, Ghana. *Alex J Med* 2018;54(1):475-80.
25. Giménez LA, Degiorgio LS, Díaz Zechín M, Balbi MI, Villani M, Manni D, et al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Cardiología* 2019;87(3):203-209.
26. Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J, et al. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl* 2003;15(5):196-233.
27. Lee CM, Huxley RR, Wildman RP, Woodward M. Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(7):646-653.
28. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* 2012; 80(2):76-87.
29. Rogers LQ, Gutin B, Humphries MC, Lemmon CR, Waller JL, Baranowski T, et al. Evaluation of internal medicine residents as exercise role models and associations with self-reported counseling behavior, confidence, and perceived success. *Teach Learn Med*. 2006;18(3):215-221