

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CALAFATE EN ARGENTINA

Prevalence of chronic venous insufficiency in workers of the Hospital de Alta Complejidad El Calafate in Argentina

RESUMEN

Introducción: la insuficiencia venosa crónica (IVC) es una condición frecuente pero subdiagnosticada, con gran impacto en los ámbitos sanitario, social y ocupacional. La bipedestación por períodos prolongados ha sido identificada como un factor de riesgo laboral clave.

Objetivo: estimar la prevalencia de IVC sintomática en el personal de salud del Hospital de Alta Complejidad El Calafate, identificar factores de riesgo y aportar evidencia para el diseño de estrategias preventivas.

Métodos: se realizó un estudio observacional de corte transversal entre febrero y abril del 2024. Se distribuyó una encuesta digital anónima, semiestructurada y autoadministrada a todo el personal de planta permanente (n = 588). Las variables independientes incluyeron factores sociodemográficos, ocupacionales y clínicos. La variable dependiente fue la presencia autoinformada de síntomas de IVC. Se aplicaron modelos de regresión logística para evaluar asociaciones.

Resultados: se analizaron 239 respuestas válidas (tasa de respuesta: 40,6%). La mayoría de los participantes fueron mujeres (74,9%), con una mediana de edad de 40 años (rango intercuartílico: 34-47). El índice de masa corporal medio fue de 27,9 (desviación estándar: 5,27); el 27,6% cumplía criterios de obesidad, aunque solo el 17,6% se autopercibía como obeso ($p < 0,0001$). Los factores que presentaron una asociación significativa fueron el sexo femenino, la bipedestación durante 3 horas o más, historia familiar de várices e hipertensión arterial. Las mujeres informaron una mayor prevalencia de síntomas de IVC, así como una mayor exposición al tratamiento hormonal y múltiples gestas.

Conclusión: la prevalencia de síntomas de IVC en el personal de salud de un hospital de alta complejidad fue considerable, en especial entre mujeres y aquellos con factores de riesgo ocupacionales y familiares. Estos hallazgos apoyan la implementación de medidas preventivas dirigidas al personal hospitalario de alto riesgo.

Palabras clave: estudios transversales; insuficiencia venosa; personal de salud; salud laboral; Argentina.

Autores:

Diego P. Actis Perinetto¹, Virna S. Almeida²

¹Médico especialista en Cirugía General, Cirugía Vascular Periférica y Flebología y Linfología; Jefe de Departamento Quirúrgico.

²Médica especialista en Cardiología, magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Miembro de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores en Salud, Jefa del Departamento de Epidemiología e Información Estratégica en Salud.

Hospital de Alta Complejidad El Calafate SAMIC Gobernador Cepernic - Presidente Kirchner, El Calafate, Santa Cruz, Argentina.

Autor para correspondencia:

Diego Actis Perinetto
diegoactis1@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Chronic venous insufficiency (CVI) is a frequent, yet underdiagnosed condition associated with significant health, social, and occupational impact. Prolonged standing has been identified as a crucial occupational risk factor.

Objective: To estimate the prevalence of symptomatic CVI among healthcare workers at the Hospital de Alta Complejidad El Calafate (Argentina), identify risk factors, and provide evidence for preventive strategies.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted between February and April 2024. An anonymous, semi-structured, self-administered digital survey was distributed to all permanent staff ($n = 588$). Independent variables included sociodemographic, occupational, and clinical factors. The dependent variable was the self-reported presence of CVI symptoms. Logistic regression models were used to assess associations.

Results: A total of 239 valid responses were analyzed (response rate: 40.6%). Participants were predominantly women (74.9%), with a median age of 40 years (interquartile range, 34-47 years). Mean body mass index was 27.9 (standard deviation: 5.27); 27.6% met criteria for obesity, although only 17.6% self-identified as obese ($p < 0.0001$). Significant associated factors included female sex, prolonged standing ≥ 3 hours, family history of varicose veins, and arterial hypertension. Women reported a higher prevalence of CVI symptoms, as well as higher exposure to hormonal therapy and multiple pregnancies.

Conclusion: The prevalence of CVI symptoms in healthcare workers at a high-complexity hospital was considerable, particularly among women and those with occupational and familial risk factors. These findings support the implementation of preventive measures tailored to high-risk hospital staff.

Keywords: *cross-sectional studies; venous insufficiencies; healthcare workers; occupational health; Argentina.*

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia venosa crónica (IVC) se define como la incapacidad funcional del sistema venoso de los miembros inferiores para el retorno sanguíneo, debido a anormalidades en la pared venosa y/o en el aparato valvular, lo que genera estasis por reflujo sanguíneo venoso¹. La Unión Internacional de Flebología (UIP) considera a la IVC como el conjunto de cambios producidos en los miembros inferiores por hipertensión venosa sostenida, e incluye hiperpigmentación, eccema, hipodermatitis y úlceras.

Numerosas publicaciones abordan su impacto en los ámbitos sanitario, social, económico y ocupacional². Se ha documentado que la bipedestación durante períodos prolongados es un factor de riesgo clave: en posición supina, la presión venosa en los miembros inferiores es de 10 mmHg, mientras que en bipedestación asciende a 90 mmHg. Durante la marcha, esta presión se reduce a una media de 22 mm Hg en menos de una docena de pasos, gracias al impulso generado por la contracción muscular profunda.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el mantenimiento prolongado de la postura de pie impide la activación efectiva de las bombas musculares impulso-aspirativas, lo que favorece la elevación sostenida de la presión venosa y la aparición progresiva de signos y síntomas de la enfermedad. Esta relación biomecánica ha llevado a identificar ciertas profesiones como grupos de riesgo elevado. En particular, se ha sugerido que el trabajo hospitalario podría constituir un entorno predisponente³.

Diversos factores individuales y ocupacionales han sido asociados con la IVC: el sexo femenino, la edad avanzada, los embarazos múltiples, el sobrepeso u obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la exposición laboral al calor, la historia familiar de enfermedad venosa, los antecedentes de trombosis venosa profunda, el uso de terapias hormonales y el estreñimiento crónico⁴⁻⁷.

El presente estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de IVC sintomática en el personal de salud del Hospital SAMIC El Calafate, caracterizar la población de riesgo y contribuir con evidencia para el diseño de estrategias preventivas.

El hospital situado en la ciudad de El Calafate (Santa Cruz, Argentina) posee una modalidad de gestión tripartita (70% jurisdicción nacional, 25% provincial y 5% municipal) y pertenece a la Red Nacional de Hospitales de Alta Complejidad conocidos como SAMIC (Sistema de Atención Médica Integral para la Comunidad). La zona de influencia supera el área programática del departamento de pertenencia (Lago Argentino) y se extiende al corredor sanitario de la

cuenca carbonífera (Río Turbio y 28 de Noviembre). Por otra parte, dado el desarrollo profesional, de infraestructura y de tecnología, se ha convertido en centro de derivación provincial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal con el objetivo de investigar la asociación entre las características individuales y grupales y la presencia de signos y síntomas compatibles con insuficiencia venosa crónica (IVC) en el personal de salud del Hospital de Alta Complejidad El Calafate SAMIC.

El tamaño muestral se estimó considerando una prevalencia esperada del 50% \pm 10%, un efecto de diseño de 1,5 y diferentes niveles de confianza. Para un nivel del 95%, se requerían 125 participantes; para el 90%, al menos 92. La selección metodológica se sustentó en criterios de viabilidad, con base en datos de prevalencia publicados para personal de salud. El instrumento utilizado fue una encuesta digital semiestructurada, validada mediante prueba piloto por profesionales expertos. Se estimó una tasa de no respuesta del 31,3%, según lo informado en la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad⁸.

La encuesta fue remitida a la totalidad del personal de planta permanente ($n = 588$) a través del correo institucional utilizado para el envío de recibos de sueldo. Se utilizó un formulario Google autoadministrado y anónimo, disponible entre el 11 de febrero y el 17 de abril del 2024. La participación se promovió también mediante WhatsApp y presencia en los sectores. Se excluyó al personal itinerante o no incluido en el listado oficial al momento de la recopilación de datos.

Las variables independientes incluyeron: edad, sexo, tiempo prolongado de pie o sentado sin pausas activas (≥ 3 horas), actividad física, exposición a altas temperaturas, índice de masa corporal (IMC), grupo etario, antigüedad laboral, dirección orgánica, tipo de tarea, historia familiar de várices, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, uso de tratamiento hormonal, uso de anticonceptivos orales y número de gestas. La variable dependiente fue la presencia autoinformada de síntomas de IVC. Se dicotomizaron variables como actividad física (activa o sedentaria) y gestas (0 a 1 versus ≥ 2), siguiendo criterios de referencia.

Se estimaron medidas de ocurrencia y asociación con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%) y pruebas de significancia estadística. Se realizaron análisis univariados y regresión logística multivariada incluyendo aquellas variables con $p < 0,05$

en el análisis previo. Los modelos se evaluaron por su capacidad explicativa: coeficiente de determinación (pseudo R^2), el criterio de información de Akaike (AIC, por su sigla en inglés), el factor de inflación de la varianza (VIF, por su sigla en inglés) y la razón de verosimilitud.

El modelo de regresión logística multivariado en la muestra fue el siguiente:

$$\text{logit}(P(\text{pres_sint}=1) = -2,96402 + 0,0495 \cdot \text{edad} - 1,2492 \cdot \text{generoVarón} + 1,24867 \cdot \text{tres_horasSi} + 0,7333 \cdot \text{exp_tempSi} + 0,0837 \cdot \text{imc} + 1,01474 \cdot \text{antec_fliresAlMenosUnProgenitorConVárices} + 2,3888 \cdot \text{antec_fliresAmbosPadresConVárices} - 0,77418 \cdot \text{activ_fisica_biActivo/a} + 2,56521 \cdot \text{hta1}$$

Para la representación gráfica del modelo se utilizó una escala logarítmica, lo que permitió visualizar de forma comparativa y simétrica la razón de probabilidades (OR, por su sigla en inglés) y el IC95%.

El proyecto fue evaluado por el Comité de Docencia e Investigación del hospital. Según la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación, se encuadró en la excepción "B", ya que no existió posibilidad de identificar a los individuos⁹. Las respuestas fueron anónimas y los participantes constataron que sus datos no eran rastreables.

El consentimiento fue informado, voluntario y registrado mediante casillas de aceptación excluyentes (Sí o No). En caso de negativa, se impedía el envío del formulario.

El cálculo del tamaño muestral se realizó con OpenEpi® v3.01 (2013). El procesamiento de datos fue realizado con Microsoft Excel® (v16.61) y RStudio® (versión 4.3.3).

RESULTADOS

Se obtuvieron 247 respuestas, con una tasa de respuesta del 42,0% y una tasa efectiva del 40,6% correspondiente a 239 respuestas válidas. Esto permitió una representatividad adecuada para la población total de 588 miembros del personal de salud, con un nivel de confianza cercano al 99%, un error muestral del 10% y un efecto de diseño de 1,5.

De los 239 participantes, 176 fueron mujeres (74,9%) y 63 varones (25,1%). La muestra incluyó personal de distintas áreas: administración, cocina, enfermería, farmacia, esterilización, imágenes, instrumentación, kinesiología, laboratorio, lavandería, maestranza, medicina, nutrición, odontología y otros servicios técnicos.

La comparación por grupo etario entre la población de origen y la población encuestada no mostró diferencias significativas (todos los valores

de p fueron $>0,1$). Sin embargo, se registró una mayor participación de mujeres en la encuesta en comparación con su proporción en la planta del hospital ($p = 0,001$).

La mediana de edad fue de 40 años (rango intercuartílico [RIC]: 34-47). El IMC medio fue de 27,9 (DE: 5,27). El 43,5% se identificó como físicamente activo, el 21,8% informó exposición a altas temperaturas en el trabajo, el 17,6% tenía hipertensión arterial, el 8,4% diabetes y el 22,6% tabaquismo. El 17,6% de las personas encuestadas se autopercebían obesas, mientras que la prevalencia de obesidad por IMC fue del 27,6%. La mitad de quienes eran obesos según el IMC no se autopercebían como tales. La asociación entre la obesidad percibida y la obesidad medida fue significativa ($p < 0,0001$).

Respecto a la historia familiar, el 31,4% no informó historia de várices, el 51,5% tenía al menos un progenitor afectado y el 17,2%, ambos. La mediana de antigüedad laboral fue de 8,4 años (RIC: 3,5-9,1). En relación con las direcciones orgánicas, el 45,2% trabajaba en la Dirección Médica (DM), el 20,1% en la Dirección de Administración y Operaciones y el 22,6% en la Dirección de los Servicios Técnicos y Asistenciales; el resto se distribuyó entre la Dirección Ejecutiva, la Dirección de Infraestructura y Tecnología y el Consejo de Administración. El 24,3% realizaba actividad física de alto impacto, el 43,1% de bajo impacto y el 18% practicaba levantamiento de pesas. El 5,9% recibía tratamiento hormonal y el 39,7% no tenía factores de riesgo cardiovascular.

En la *Tabla 1* se presentan las características por género. Se observaron diferencias significativas en la historia familiar de várices, la antigüedad laboral y el uso de hormonoterapia. También se registró una mayor proporción de mujeres sin actividad física declarada y una prevalencia más alta de síntomas de IVC también en las mujeres. Entre ellas, el 26,8% informó el uso de anticonceptivos orales y el 55,9% cursó dos o más gestaciones.

La prevalencia global de síntomas compatibles con IVC fue del 75,3% ($n = 180$; IC95%: 69,8-80,1), significativamente mayor en las mujeres (81,6%; IC95%: 75,9-87,2) que en los varones (56,7%; IC95%: 44,1-69,2), con un valor de $p < 0,001$. Las personas sintomáticas eran mayores, con mayor IMC y prevalencia de hipertensión arterial (*Tabla 2*). También presentaban más historia familiar de várices. La historia de dos o más gestas fue más frecuente en mujeres sintomáticas, aunque no alcanzó significancia estadística ($p = 0,06$). La proporción sin FRC fue menor entre quienes tenían síntomas (45,8% versus 54,2%).

TABLA 1. Características de las personas participantes según el género expresado (n = 239)

Característica	Mujeres (n = 179)	Varones (n = 60)	p
Edad (mediana, RIC)	40,00 (34,00-47,00)	40,50 (33,00-47,00)	0,907
Antecedentes familiares (n, %)			<0,001
Ninguno con várices	53 (29,6)	22 (36,7)	
Al menos un progenitor con várices	96 (53,6)	27 (45,0)	
Ambos progenitores con várices	30 (16,8)	11 (18,3)	
Índice de masa corporal (media, DS)	27,79 (5,62)	28,16 (4,10)	0,636
Antigüedad (años) (mediana, RIC)	8,66 (4,97-9,57)	6,69 (2,90-8,80)	0,016
Actividad física = activo/a (n, %)	78 (43,6)	26 (43,3)	1
Actividad de alto impacto = Sí (n, %)	40 (22,3)	18 (30,0)	0,306
Actividad de bajo impacto = Sí (n, %)	77 (43,0)	26 (43,3)	1
Levantamiento de pesas = Sí (n, %)	34 (19,0)	9 (15,0)	0,615
Exposición a temperaturas elevadas = Sí (n, %)	39 (21,8)	13 (22,0)	1
Hipertensión arterial = Sí (n, %)	33 (18,4)	9 (15,0)	0,682
Diabetes mellitus = Sí (n, %)	16 (8,9)	4 (6,7)	0,779
Tabaquismo = Sí (n, %)	41 (22,9)	13 (21,7)	0,984
Obesidad = Sí (n, %)	33 (18,4)	9 (15,0)	0,682
Hormonoterapia = Sí (n, %)	13 (7,3)	1 (1,7)	0,201
Ningún factor de riesgo cardiovascular (n, %)	61 (34,1)	34 (56,7)	0,003
Signos y síntomas de IVC = Sí (n, %)	146 (81,6)	34 (56,7)	<0,001

Fuente: elaboración propia.

DS: desviación estándar, IVC: insuficiencia venosa crónica, RIC: rango intercuartílico.

TABLA 2. Características de los participantes según la presencia de síntomas (n = 239)

Característica	Sin síntomas (n = 59)	Con síntomas (n = 180)	p
Edad (mediana, RIC)	38,00 (32,00; 44,00)	41,50 (35,00; 48,00)	0,008
Género = varón (n, %)	26 (44,1)	34 (18,9)	<0,001
Historia familiar (n, %)			<0,001
Ninguno con várices	31 (52,5)	44 (24,4)	
Al menos un progenitor con várices	25 (42,4)	98 (54,4)	
Ambos progenitores con várices	3 (5,1)	38 (21,1)	
Índice de masa corporal (media, DS)	26,51 (4,13)	28,33 (5,53)	0,021
Antigüedad laboral (años) (mediana, RIC)	8,17 (3,14; 8,96)	8,55 (4,78; 9,85)	0,265
Actividad física = activo/a (n, %)	32 (54,2)	72 (40,0)	0,078
Actividad de alto impacto = Sí (n, %)	17 (28,8)	41 (22,8)	0,445
Actividad de bajo impacto = Sí (n, %)	27 (45,8)	76 (42,2)	0,745
Levantamiento de pesas = Sí (n, %)	11 (18,6)	32 (17,8)	1
Exposición a temperaturas elevadas = Sí (n, %)	8 (13,6)	44 (24,6)	0,111
Dos gestas o más = Sí (n, %)	18 (30,5)	82 (45,6)	0,06
Hipertensión arterial = Sí (n, %)	2 (3,4)	40 (22,2)	0,002
Diabetes mellitus = Sí (n, %)	3 (5,1)	17 (9,4)	0,436
Tabaquismo = Sí (n, %)	14 (23,7)	40 (22,2)	0,952
Obesidad = 1 (n, %)	6 (10,2)	36 (20,0)	0,127
Anticonceptivos orales = Sí (n, %)	11 (18,6)	38 (21,1)	0,825
Hormonoterapia = Sí (n, %)	1 (1,7)	13 (7,2)	0,211
Ningún factor de riesgo cardiovascular (n, %)	32 (54,2)	63 (35,0)	0,014

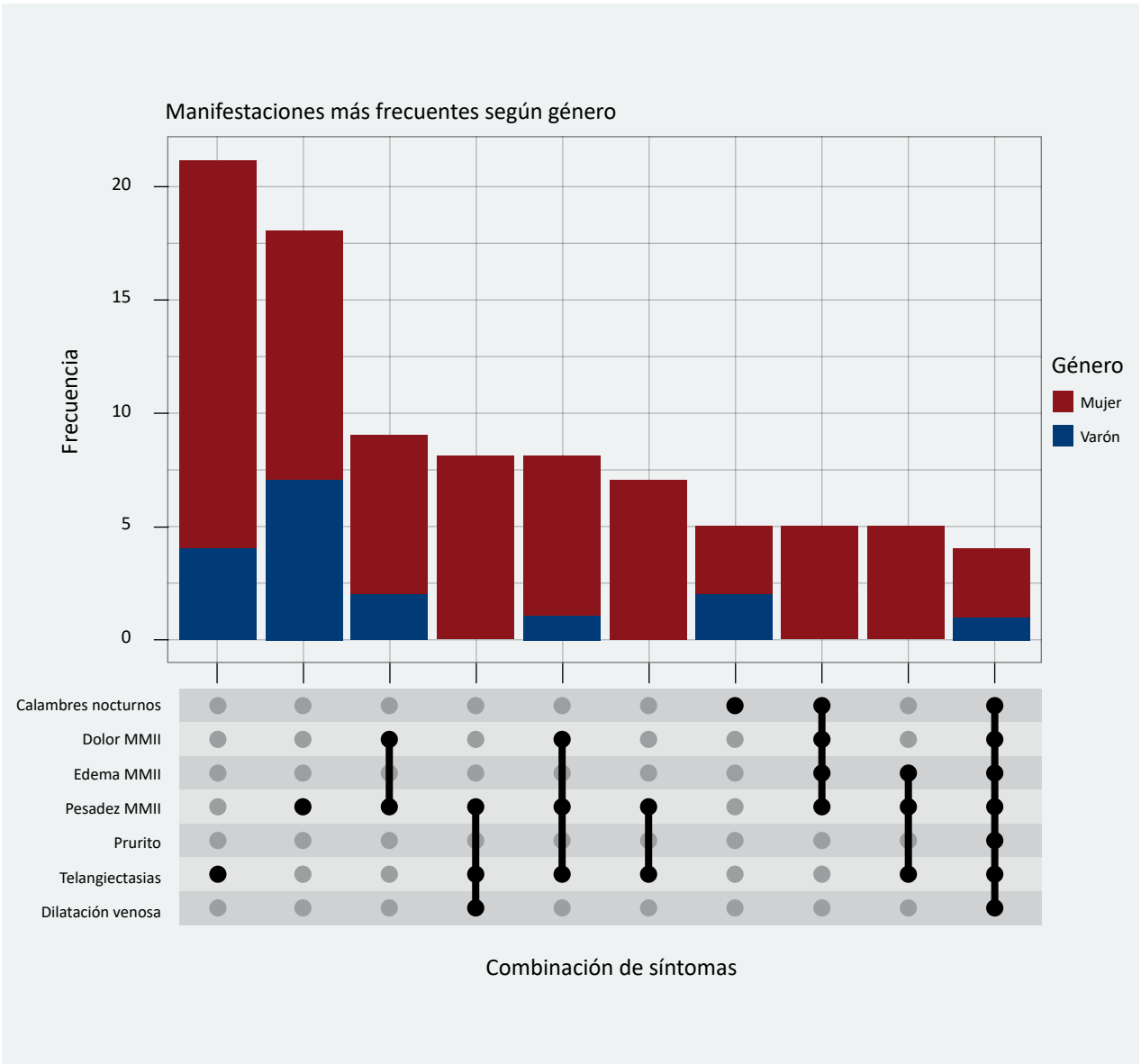
Fuente: elaboración propia.

DS: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

Los síntomas se manifestaron de forma aislada o concurrente, principalmente en mujeres (*Figura 1*). La combinación más frecuente es la de dolor y pesadez en miembros inferiores (MMII), mientras que las

telangiectasias, la pesadez de MMII y los calambres nocturnos fueron los únicos síntomas que se presentaron de manera aislada. En cuanto a síntomas específicos, en la *Figura 1* se muestra su frecuencia y concurrencia.

FIGURA 1. Signos y síntomas de insuficiencia venosa crónica



Fuente: Elaboración propia

En el análisis univariado (*Tabla 3*), las variables con significancia estadística fueron edad, bipedestación sin pausas, IMC, hipertensión arterial y antecedentes familiares. La actividad física mostró una tendencia protectora ($OR = 0,55$), aunque sin alcanzar significancia ($p = 0,074$). El antecedente de ≥ 2 gestas y el uso de anticonceptivos no se asociaron con los síntomas.

Entre las profesiones, “maestranza” presentó una frecuencia menor de IVC ($OR = 0,26$; $IC95\%: 0,09-0,64$; $p = 0,005$), mientras que “cocina”, “enfermería” y “medicina” mostraron $OR > 1$; esto sugiere una tendencia a un riesgo mayor, pero sin significancia estadística.

TABLA 3. Regresiones univariadas en ambos sexos (n = 239) y en mujeres (n = 176)

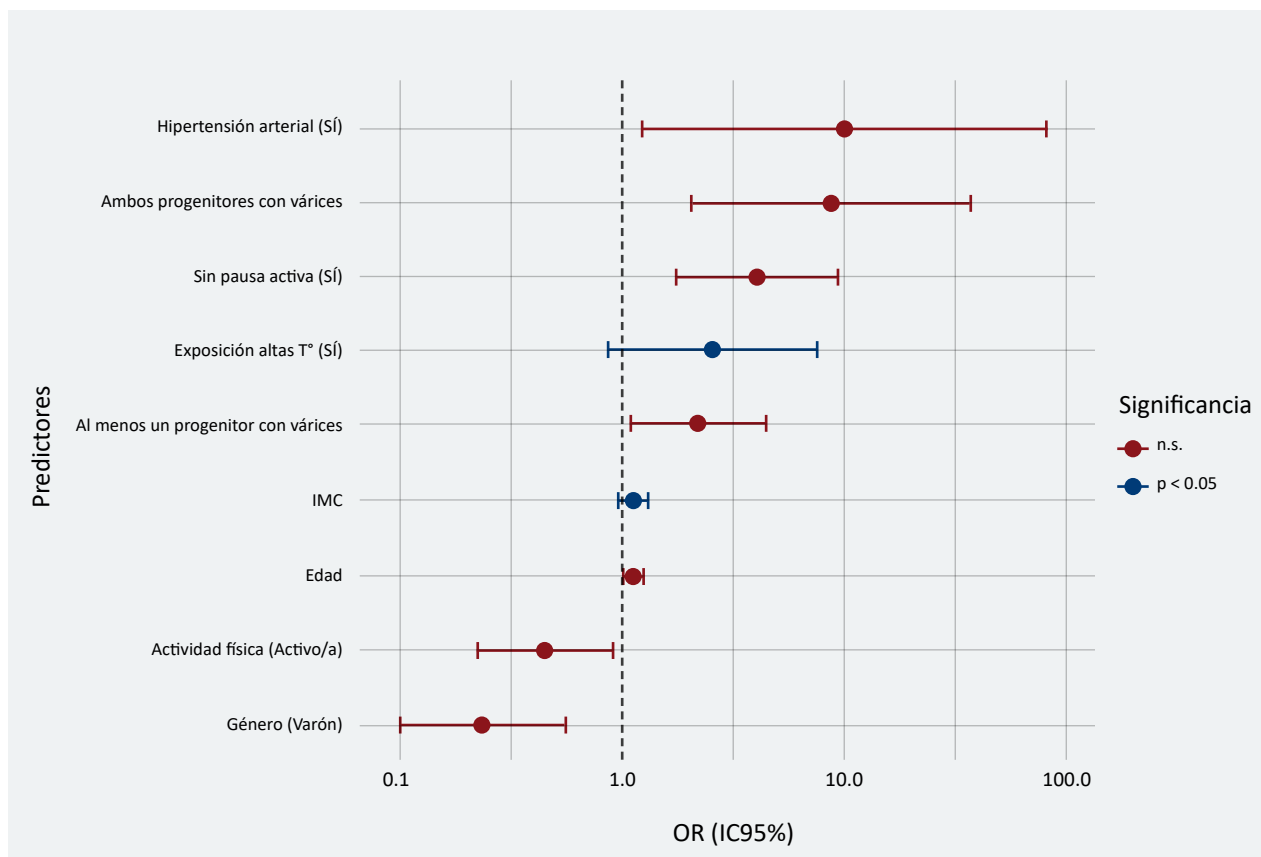
	Ambos sexos			Mujeres		
Predictor	OR	IC95%	P	OR	IC95%	P
Edad	1,05	1,01-1,08	0,001	1,07	1,02-1,13	0,005
Pausa activa = no	3,49	1,87-6,56	<0,001	3,5	1,58-7,83	0,002
Exposición a temperaturas elevadas	2,08	0,96-5,03	0,08	5,19	1,47-33,0	0,029
Índice de masa corporal	1,08	1,01-1,15	0,023	1,1	1,02-1,21	0,025
Un progenitor con várices	2,76	1,11-3,39	0,019	2,34	1,04-5,30	0,039
Ambos progenitores con várices	8,92	2,89-39,2	<0,001	12,9	2,41-239	0,016
Actividad física = activo/a	0,56	0,31-1,02	0,074	0,71	0,33-1,55	0,4
Hipertensión arterial = sí	8,14	2,39-51,0	0,033	8,5	1,71-154	0,039
Antigüedad laboral (años)	1,06	1,00-1,13	0,05	1,09	1,01-1,19,	0,032
Gestas (≥2 versus 0 a1)	-	-	-	1,13	0,52-2,45	0,7
Anticonceptivos orales = sí	-	-	-	0,64	0,28-1,49	0,3
Género (varón)	0,3	0,16; 0,56	<0,001	-	-	-

Fuente: elaboración propia.

El modelo multivariado en ambos sexos (Figura 2) mostró que ser varón fue un factor protector (OR = 0,23; $p < 0,001$), mientras que tener al menos un progenitor con várices (OR = 2,33; $p = 0,028$) y

padecer hipertensión arterial (OR = 10,08; $p = 0,032$) se asociaron significativamente con mayor riesgo. El modelo explicó el 39,6% de la variabilidad del fenómeno (pseudo- R^2 de Cragg-Uhler = 0,396).

FIGURA 2. Insuficiencia venosa crónica en ambos sexos (n = 233)



Fuente: Elaboración propia.

Nota: En rojo se indican los predictores con $p < 0.05$. Las barras muestran IC95%. n.s.: no significativo.

DISCUSIÓN

La insuficiencia venosa crónica (IVC) en el personal de salud constituye un campo prioritario para la medicina del trabajo. La evidencia en Argentina es limitada, a pesar de que estudios internacionales informan prevalencias elevadas en este grupo. La Organización Mundial de la Salud estima que cerca del 60% del personal de enfermería presenta IVC de miembros inferiores¹⁰.

Según Benn et al. (2023), la prevalencia media de IVC en el personal de salud es del 58,5%, superior a la de la población general. En su revisión de 15 estudios transversales, los principales factores asociados a la IVC fueron la bipedestación por períodos prolongados, el sexo femenino, la edad, la obesidad y la profesión de enfermería¹¹. En nuestro estudio, la prevalencia fue mayor (75,3%), posiblemente por el enfoque sintomático aplicado. Más del 80% de las mujeres y más del 50% de los varones manifestaron tener síntomas.

El Edinburg Vein Study comunicó una prevalencia mayor ajustada por edad en varones (39,7%) que en mujeres (32,2%)¹². Los antecedentes familiares presentaron una asociación fuerte con la presencia

de várices. A pesar de aparentes contradicciones con otros estudios, se ha señalado que variables como el contexto, la dieta y la etnicidad influyen en las diferencias observadas por sexo¹³.

En Alemania, Kirsten et al. (2021) informaron una prevalencia del 3,6% en la población laboralmente activa, aunque con diferencias según la exposición laboral. Los factores significativos incluyeron la edad, el IMC, la historia familiar, el esfuerzo físico y la bipedestación por períodos prolongados¹⁴.

En Italia, Rosati et al. (2019) hallaron prevalencias elevadas en el personal de enfermería (37%) y en mujeres, con factores asociados similares a los nuestros: historia familiar y bipedestación por períodos prolongados¹⁵. En México, Silva-Magaña et al. detectaron que las enfermeras y las instrumentadoras quirúrgicas eran grupos especialmente vulnerables por sus condiciones de trabajo¹⁰. En Chile, un estudio previo señaló la exposición al calor en las áreas de cocina como un riesgo adicional para el desarrollo de IVC¹⁶.

A pesar de la elevada prevalencia de síntomas, el uso de medidas preventivas es bajo. Sólo el 2,7% del personal de salud usa medias de compresión a diario, pese a su eficacia demostrada¹⁷.

Nuestros resultados coinciden con la literatura previa y aportan evidencia representativa para Argentina. La asociación entre la ocupación y el riesgo de IVC mostró tendencias relevantes: “maestría” evidenció una posible protección, mientras que “cocina”, “enfermería” y “medicina” presentaron OR elevados, aunque no significativos. Esto sugiere la necesidad de estudios más específicos que consideren el entorno laboral.

Entre las fortalezas del estudio se destacan la representatividad de la muestra y el enfoque integral sobre las condiciones laborales y los factores de riesgo. Entre las limitaciones, señalamos la ausencia de diagnóstico clínico e imágenes y la posible subrepresentación de ciertos sectores.

En Argentina, el Decreto 49/2014 incluye a las várices bilaterales como enfermedad profesional cuando existen condiciones laborales que implican bipedestación durante un período prolongado¹⁸. Desde una perspectiva histórica, Ramón Carrillo ya advertía sobre el impacto de las condiciones laborales como determinantes de la morbilidad¹⁹.

En virtud de estos hallazgos, la implementación de programas preventivos en hospitales se torna crucial. Políticas institucionales que incluyan educación, pausas activas, cribado de factores de riesgo y provisión de medidas físicas de protección podrían reducir la carga de enfermedad venosa en el personal de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

A las médicas y los médicos residentes de Cirugía del Hospital SAMIC El Calafate, Belén Iriberri, Dahianna Sosa y Yuri López Andrade, por su participación en la etapa de difusión e implementación de la encuesta.

REFERENCIAS

1. Simkin R (Dir.). Guías latinoamericanas de terapéutica para la patología venosa. Buenos Aires: Nayarit; 2016.
2. Belczak CEQ, Godoy JMP, Seidel AC, Ramos RN, Belczak SQ, Caffaro RA. Influência da postura prevalente de trabalho no edema ocupacional dos membros inferiores. *J Vasc Bras*. 2015;14(2):153-160. doi: 10.1590/1677-5449.0079.
3. Minar E. To work in a hospital—A new risk factor for development of venous disease? *Wien Klin Wochenschr*. 2003;115(15-16):549-551. doi: 10.1007/BF03040447.
4. Singh A, Zahra F. Chronic Venous Insufficiency(Archived) [Updated 2023 Apr 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587341/>.
5. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med*. 1988;4(2):96-101.
6. Carrasco Carrasco DE, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la enfermedad venosa crónica en atención primaria. Madrid: Id Médica.
7. Morais KCS de, Ferreira ACNC. O impacto da insuficiência venosa crônica no desempenho funcional em mulheres. *Revista InterScientia*. 2014;2(3). Disponible en: <https://periodicos.unipe.edu.br/index.php/interscientia/article/view/80>
8. Ministerio de Producción y Trabajo (AR). Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) [Internet]. Buenos Aires: MPT; 2019 [citado 2025 jul 12]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/estadisticas/encuesta-nacional-trabajadores-sobre-condiciones-de-empleo-trabajo-salud-y>
9. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Guía para investigaciones en salud humana [Internet]. 2011.
10. Silva-Magaña G, López ÁGH, Jiménez-Macías IU, Andrade-Monroy X, Sierra A de JS, Solorio MDM. Insuficiencia venosa periférica en personal de enfermería quirúrgica: importancia del autocuidado. *Ciencia y Salud*. 2023;7(1):17-26. doi:10.22206/cysa.2023.v7i1.pp17-26.
11. Benn S, Moore Z, Patton D, et al. What is the prevalence of chronic venous disease among health care workers? A scoping review. *Int Wound J*. 2023;20(9):3821-3839. doi:10.1111/iwj.14222.
12. Rabe E, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F, VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol*. 2012;31(2):105-115.
13. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, et al. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J*. 2021;42(40):4157-4165. doi:10.1093/eurheartj/ehab495.
14. Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes FGR. Lifestyle factors and the risk of varicose veins: Edinburgh Vein Study. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(2):171-179. doi:10.1016/S0895-4356(02)00518-8.
15. Espinóla CF, Bernau M, Aucejo M, Villalba JC. Prevalencia de várices en miembros inferiores en el personal del Hospital de Clínicas. *Rev Chil Cir*. 2007;59(5):342-347. doi:10.4067/S0718-40262007000500006.
16. Cires-Drouet RS, Fangyang L, Rosenberger S, et al. High prevalence of chronic venous disease among health care workers in the United States. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020;8(2):224-230. doi:10.1016/j.jvsv.2019.10.017.
17. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (AR). InfoLEG [Internet]. 2014 [citado 2024 feb 4]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225309/norma.htm>
18. Testa M. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores: actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo* [Internet]. 1.ª ed. Lanús: EDUNLA-Universidad Nacional de Lanús; 2019.
19. Franco TB, Merhy EE. *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2016.