



CARACTERIZACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE URUGUAY 2022

Ciclo de Metodología Científica II-2022
Grupo 24

Br. Díaz Ayelén¹, Br. Fernández Andrés¹, Br. Gericke Florencia¹, Lic. Gutiérrez Marisol¹, Br. Machado Agustina¹, Br. Rodríguez Evangelina¹, Dra. Perendones Mercedes², Dra. De Betolaza Sofía², Dra. Spiess Cecilia²

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022-Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Clínica Médica II, Hospital Pasteur-Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

Resumen _____	Página 3
Introducción _____	Página 4
Objetivo general y objetivos específicos _____	Página 10
Metodología _____	Página 10
Resultados _____	Página 11
Discusión _____	Página 17
Conclusiones y perspectivas _____	Página 23
Referencias bibliográficas _____	Página 25
Anexo 1: Consentimiento Informado _____	Página 29
Anexo 2: Encuesta _____	Página 30

ÍNDICE DE FIGURAS:

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica _____	Página 11
Gráfico 1: Distribución según especialidades _____	Página 12
Gráfico 2: Carga horaria de residencia según especialidad _____	Página 12
Gráfico 3: Porcentaje de residentes con trabajo fuera de residencia según el año que cursa _____	Página 13
Gráfico 4: Consumo actual de alcohol y tabaco _____	Página 15
Gráfico 5: Control en salud según sexo _____	Página 16
Gráfico 6: Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares _____	Página 16
Gráfico 7: Prevalencia de sobrepeso según sexo _____	Página 17

RESUMEN

Introducción: El médico residente asume una gran responsabilidad que lleva a situaciones de estrés, disminución de horas de sueño y malos hábitos alimenticios, impactando directamente en su estilo de vida. Se plantea como objetivo describir el estilo de vida de los médicos residentes en Uruguay.

Metodología: Estudio observacional, analítico, transversal. Incluyó 383 residentes inscritos en el Sistema Nacional de Residencias Médicas de Uruguay en 2022, con datos recabados mediante una encuesta anonimizada en Google Forms.

Resultados: La mayoría de residentes son de sexo femenino, solteros, sin hijos y con una media de edad de 30 años. 93,9% cursa la residencia en Montevideo. Solo 29,5% realiza 4 comidas diarias todos los días; la mayoría omite la merienda y/o el desayuno. Solo 7,6% consume 5 porciones de frutas y verduras todos los días y 84,9% consume snacks no saludables algún día a la semana. 44,4% son sedentarios y 67,1% duermen menos de 7 horas diarias. Los residentes anestésico-quirúrgicos tienen mayor carga horaria, realizan menos ejercicio físico y duermen menos horas. Acerca de los hábitos tóxicos, 14,9% son tabaquistas y 60,3% consumen alcohol. Sobre el consumo de psicofármacos sin prescripción médica, 7,8% consumen modafinilo y 16,7% benzodiazepinas y/o hipnóticos. Respecto a los controles en salud, 59% refiere cumplirlos, en su mayoría mujeres. La prevalencia de sobrepeso fue 24,2% y la de dislipemia fue 13,6%.

Conclusiones: El sedentarismo y los malos hábitos alimenticios son los factores de riesgo más prevalentes. Sumado al mal hábito del sueño, contribuye al alto índice de sobrepeso y dislipemia. Surge la necesidad de aplicar estrategias para favorecer estilos de vida saludables entre residentes y ayudar a percibir las condiciones laborales y problemáticas propias en esta etapa de formación.

PALABRAS CLAVE: residente, residencia, estilo de vida, hábitos saludables, factores de riesgo cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Medical residents assume great responsibility that leads to stressful situations, fewer hours of sleep and bad eating habits, directly impacting on their lifestyle. The objective of this study is to describe the lifestyle of Uruguayan residents.

Methodology: Observational, analytical, cross-sectional study, which included 383 residents registered in the National System of Medical Residencies of Uruguay in 2022 collected through an anonymous survey in Google Forms.

Results: The majority of residents are female, single, without children and with a mean age of 30 years. 93.9% are doing their residency in Montevideo. Only 29.5% eat 4 daily meals every day; most skip breakfast and/or the afternoon snack. Only 7.6% consume 5 servings of fruits and vegetables every day and 84.9% consume unhealthy snacks at least once a week. 44.4% are sedentary and 67.1% sleep less than 7 hours a day. Anesthetic-surgical residents have more working hours, exercise and sleep less. Regarding toxic habits, 14.9% are smokers and 60.3% consume alcohol. As to psychotropic drug consumption without medical prescription, 7.8% consume modafinil and 16.7% benzodiazepines and/or hypnotics. 59% comply with the recommended health checkups, the majority of which are women. Overweight and dyslipidemia prevalence were 24.2% and 13.6% respectively.

Conclusions: Sedentary lifestyle and bad eating habits were detected as the most prevalent risk factors. These, added to bad sleeping habits, contribute to the high rate of overweight residents and dyslipidemia. Strategies to promote healthy lifestyles among residents should be applied and perceiving working conditions and problems at this stage of medical training is mandatory.

KEY WORDS: resident, residency, lifestyle, healthy habits, cardiovascular risk factors.

INTRODUCCIÓN

El médico residente se define como aquél que realiza prácticas en un centro sanitario para obtener el título de especialista en alguna rama de la medicina^[1]. En Uruguay para acceder a cursar una especialidad médica con cargo remunerado, es necesario concursar para el Sistema Nacional de Residencias Médicas. El residente tiene la opción de escoger dentro de las 48 especialidades médicas o quirúrgicas^[2], asumiendo con ello la modalidad de trabajo de cada centro asistencial y el compromiso en la adquisición de determinadas competencias, tales como adquirir las destrezas técnicas del postgrado a cursar y generar una óptima interrelación con docentes, compañeros y colegas, estableciendo además una adecuada comunicación con el personal de salud donde esté cursando el programa^[3].

Para acceder a la residencia se debe aprobar el examen nacional de residentes que con frecuencia produce estrés y desgaste emocional, debido a su dificultad y a la limitación de

cupos de ingreso. A su vez, la limitación en el número de cupos puede causar que el médico deba rendir la prueba en reiteradas ocasiones, lo cual perpetúa el estrés^[3].

Una vez que se ingresa al Sistema Nacional de Residencias Médicas se debe asumir una carga horaria formativa y asistencial de al menos 48 horas semanales, que implican escenarios de alta responsabilidad con poca experiencia y autonomía restringida^[4]. Esto lleva a situaciones de estrés, disminución de calidad y horas de sueño y malos hábitos alimenticios, impactando directamente en el estilo de vida de los residentes^[3].

Definimos estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales^[5]. En cuanto al estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento que involucra decisiones que aseguran una salud óptima^[6]. Son ejemplos de estos patrones: una alimentación saludable, mantener el bienestar físico, emocional y espiritual, y tomar medidas preventivas contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles^[7].

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son un grupo de enfermedades que no tienen como causa principal una infección aguda y que tienden a tener una evolución crónica^[7]. Son resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Constituyen la principal causa de enfermedad y muerte prematura evitable en América, siendo causa de tres de cada cuatro defunciones, de las cuales un 34% son en personas de entre 30 y 69 años^[8]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las ENT más prevalentes a las enfermedades cardiovasculares (ECV), las enfermedades neoplásicas, la diabetes mellitus (DM) y las enfermedades respiratorias^[7]. Los residentes son mayoritariamente adultos menores de 30 años. La distribución de las ENT a estas edades difiere de la de mayores de 30 años. En un estudio realizado en el 2002 por McColl y col en estudiantes de medicina en Chile, se encontró que la principal ENT fue la obesidad (31,5%) seguido del tabaquismo (23,8%)^[9].

En Uruguay, según la “Segunda Encuesta Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)” este grupo de patologías representa el 87% de la carga global de enfermedades^[10]. Con una mortalidad general de 9,3 cada mil habitantes, Uruguay presenta una fuerte concentración de su mortalidad originada por estas enfermedades, específicamente por las vinculadas al sistema circulatorio^[11].

Las ECV son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial (HTA); cardiopatía coronaria; enfermedad cerebrovascular; enfermedad

vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías^[12]. Las ECV representan la principal causa de mortalidad a nivel mundial, al igual que en Uruguay, representando en el 2020 un 25,4% del total de muertes^[13].

Estas enfermedades tienen origen multifactorial, existiendo causas que contribuyen a la incidencia y prevalencia de las ECV, estos son los considerados “factores de riesgo”. También existen los denominados “factores protectores”, estos son aquellas acciones que la población puede realizar para prevenir o mitigar los daños causados por la ECV^[14].

Entre los factores protectores se hallan la dieta saludable, la realización de ejercicio físico, el mantenimiento de peso dentro de los estándares considerados normales, el cumplimiento de los controles médicos adecuados para la edad y el sexo, las horas de sueño recomendadas y evitar factores de riesgo tales como el tabaquismo y el consumo de alcohol^[15].

En cuanto a la dieta saludable, la OMS recomienda una dieta balanceada en frecuencia y cantidades adecuadas^[14]. La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios^[15]. Sin embargo, existen recomendaciones generales para mantener una dieta saludable y prevenir el riesgo cardiovascular, tales como: consumir 5 piezas diarias (400 gramos) entre frutas y verduras (exceptuando las que contienen almidón), hasta 500 gramos de carne roja semanales (dos porciones) y alimentos ricos en grasas saludables (palta, frutos secos, pescado, aceite de oliva), disminuir el consumo de grasas saturadas (carne grasa, manteca) a un máximo de 22 gramos diarios, evitar las grasas trans (snacks, alimentos procesados, margarina, alimentos congelados), carbohidratos refinados y azúcares libres (menos de 50 gramos diarios) así como también un consumo de sal de mesa de menos de 5 gramos diarios. Del total de aporte energético diario, se recomienda que menos del 30% provenga de grasas (en lo posible grasas saludables) y menos de un 10% de azúcares libres y carbohidratos refinados^[14].

En cuanto al ejercicio físico, la OMS recomienda, para adultos entre 18 y 64 años, realizar entre 150 y 300 minutos a la semana de actividad aeróbica moderada, o 75 a 150 minutos semanales de actividad aeróbica intensa, o una combinación equivalente de actividad moderada e intensa^[16]. La actividad física moderada requiere un esfuerzo moderado que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco, aumenta la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal (ej. caminar a paso rápido, trotar, bailar, andar en bicicleta)^[17]. La actividad física intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo con un aumento sustancial de la

frecuencia cardíaca, además de la temperatura corporal (ej. correr, realizar deportes de alta competencia, natación)^[17]. La práctica de actividad física aeróbica, denominada también actividad de resistencia, de manera regular es una de las herramientas más beneficiosas para la prevención y control de las ECV y ENT^[17].

Dentro de los factores de riesgo cardiovasculares, el tabaquismo es uno de los más frecuentes, encontrándose dentro de las principales causas de muerte evitables a nivel mundial y causando más de 8 millones de defunciones al año^[18]. En Uruguay, mueren 14 uruguayos al día a causa del tabaquismo^[19]. Se define como fumador a toda persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos seis meses; fumador diario a aquella persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día durante los últimos seis meses; y ex fumador a toda persona que luego de ser fumador, se ha mantenido en abstinencia al menos seis meses^[20].

Uruguay ha disminuido en los últimos años su tasa de tabaquismo, aunque sigue siendo un problema de salud pública^[19]. Según la encuesta internacional Global Adult Tobacco Survey (GATS) para Uruguay, la prevalencia en el 2017 de tabaquismo fue de 25,6% en hombres frente a un 18,0% en mujeres^[21]. En el año 2011 se realizó un estudio en Uruguay “Tabaquismo en los médicos uruguayos” para comparar la tasa de tabaquismo de los médicos uruguayos con la población general^[22]. En este estudio se encontró una proporción de 42,1% de médicos encuestados que habían consumido 100 o más cigarrillos en su vida y un 9,8% habían consumido al menos un cigarrillo en los últimos 7 días. Además, se encontró que la dependencia al tabaquismo en los médicos es más atenuada que en la población general y que el consumo promedio diario de los médicos es inferior al promedio de la población. El tabaquismo en los médicos ha ido en descenso en los últimos años, al igual que en la población general, reduciéndose a la tercera parte desde el año 2000 al 2011^[22], particularmente en jóvenes donde la reducción en el consumo de tabaco fue de 24,7% a 14,6% en ocho años en la población de entre 15 y 24 años y de 30,4% a 29% en la población de entre 25 y 44 años^[21].

Otro factor de riesgo cardiovascular evitable es el alcoholismo. El alcohol es la droga más consumida en la sociedad uruguaya^[23]. Según la OMS, Uruguay tiene el consumo per cápita de alcohol más alto de la región de las Américas y supera a algunos países europeos^[24]. En promedio, una persona en Uruguay toma por año 77 litros de cerveza, 41 litros de vino y 6 litros de licores destilados. Su consumo está asociado con el riesgo de desarrollar múltiples problemas de salud, incluyendo las ECV^[24].

Cuando se habla de grado alcohólico, este hace referencia a la cantidad de alcohol etílico presente en 100 centímetros cúbicos (cc) de una bebida, es decir, el porcentaje de alcohol que

contiene^[23]. Para poder estimar el riesgo causado por el consumo de alcohol, se utiliza una medida establecida que es la unidad de bebida estándar (UBE). En Uruguay, una UBE contiene 10 gramos de alcohol (esto es lo que contiene una copa de vino o una lata de cerveza de 330 mililitros)^[23]. La OMS ha definido ciertos patrones de consumo de alcohol, considerando consumo de riesgo a aquél que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud, tanto física como mental. En hombres se considera consumo de riesgo aquél superior a 40 gramos de alcohol al día y en mujeres a partir de 20 gramos al día^[24]. A su vez, el término consumo excesivo episódico o circunstancial (binge drinking) hace referencia al consumo por parte de un adulto de por lo menos 50-60 gramos de alcohol en una sola ocasión (5 UBE)^[24]. Sin embargo, cualquier patrón de consumo puede derivar en una dependencia del alcohol, transformándose en un uso problemático del mismo para el individuo^[23].

En la población médica, diversos estudios han demostrado que la prevalencia del consumo riesgoso de alcohol es más alta entre los médicos que en la población general, pudiendo afectar la calidad asistencial, el rendimiento laboral, la comunicación con el equipo de trabajo y distorsionar la promoción de salud hacia los pacientes^[25]. Se ha demostrado que determinados factores aumentan el riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol dentro de la comunidad médica, como ser: la edad (el riesgo aumenta con la edad), el sexo (más riesgo en hombres) y la especialidad médica, observándose un mayor riesgo de consumo problemático de alcohol en especialidades quirúrgicas^[25]. A su vez aquellas especialidades formadas mayoritariamente por mujeres tendrían menor riesgo de un consumo problemático^[25].

Otro factor de riesgo cardiovascular es la acumulación excesiva de grasa en el organismo, pudiendo presentarse como sobrepeso u obesidad. Para su diagnóstico en adultos se puede utilizar el índice de masa corporal (IMC). Éste se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Según la OMS, el límite inferior para el diagnóstico de sobrepeso para los adultos es un IMC de $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y para obesidad de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ^[26].

Como ya fue mencionado anteriormente, el médico residente cumple con una gran carga horaria laboral y académica, lo que altera la calidad y cantidad de horas de sueño, impidiendo el cumplimiento de la cantidad de horas de sueño nocturno recomendadas para un adulto (entre 7 y 8 horas por día)^[27], y causando somnolencia e insomnio. Esto lleva al consumo (frecuentemente sin prescripción) de sustancias para conciliar el sueño como las

benzodiazepinas (BZD) y los hipnóticos (como el zolpidem) y/o fármacos estimulantes de la vigilia (como el modafinilo)^[28].

Las BZD son una clase de drogas psicoactivas, las cuales presentan propiedades sedantes, hipnóticas (inductoras del sueño), ansiolíticas, anticonvulsivas y relajantes musculares^[29]. Según el estudio “Benzodiazepine use among resident doctors in tertiary care hospital 2019” se observó que un 48,7% de los médicos residentes usan BZD^[29]. Debido al conocimiento en farmacología y la tendencia a automedicarse, la mayoría de los médicos (65,1%) las obtenían sin prescripción médica. Presentó además, una incidencia en varones 52,3% de veces mayor respecto a las mujeres. Se observó una tasa mayor de consumo en el servicio de psiquiatría. El alprazolam fue la BZD más utilizada por su acción rápida, seguido del midazolam^[28].

Por su parte, otro tipo de fármacos utilizados para inducir el sueño son los hipnóticos no benzodiazepínicos, como el zolpidem^[30].

De la mano de la supresión del sueño aparece el uso de fármacos psicoestimulantes evidenciando la necesidad en los estudiantes sanos (entre ellos médicos residentes) de mejorar su nivel cognitivo, y aunque su venta es estrictamente para ciertas patologías, éstos optan por consumirlas^[31]. Dentro del grupo de fármacos mencionado, se encuentran los fármacos estimulantes de la vigilia o psicoactivos, cuya función es activar el estado de vigilia, disminuyendo los umbrales de alerta y elevando así la capacidad de respuesta de la persona^[32]. El modafinilo (Activigil®, Carim®), el más extendido, se usa de forma no autorizada para superar la somnolencia, aumentar la concentración y mejorar el potencial cognitivo^[33].

En Uruguay, hasta el momento, no hay estudios relacionados con el estilo de vida y hábitos saludables de los residentes. A nivel regional, el estudio de “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en médicos residentes del Sanatorio Adventista del Plata”^[34] realizado en Argentina en 2020, se observó dentro de los residentes una mayor carga de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) versus la población general, siendo principalmente el sedentarismo, dislipemia (muchos desconocían tenerla), alta prevalencia de HTA y bajo consumo de frutas y verduras. Esto llevaría a pensar que el comportamiento en la población de residentes uruguayos sería similar, por este motivo, se plantea como objetivo del presente estudio visibilizar el estilo de vida de los médicos residentes en Uruguay.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir el estilo de vida de los médicos residentes en Uruguay en el año 2022.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población objetivo en cuanto a: sexo, edad, especialidad y año de residencia, horas semanales dedicadas a la residencia y a trabajos fuera de la misma, situación socioeconómica.
- Conocer los hábitos alimenticios, frecuencia de actividad física, horas de descanso, prevalencia de hábitos tóxicos y frecuencia de controles médicos según edad y sexo.
- Identificar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Identificar la relación entre el estilo de vida y características relacionadas a la residencia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, de corte transversal, que incluyó 383 médicos residentes de Uruguay en el año 2022. Se llevó a cabo desde su aprobación por el Comité de Bioética de Facultad de Medicina el 21 de julio de 2022 hasta el 15 de noviembre del corriente.

Se incluyeron en el estudio todos los médicos que estuviesen cursando cualquier año de Residencia de una especialidad contemplada en el Sistema Nacional de Residencias Médicas durante el año 2022.

Como criterios de exclusión se tomó el no firmar el consentimiento informado y/o estar cursando una especialidad bajo régimen de posgrado (no residente).

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes de información primaria, recabando los mismos mediante una encuesta electrónica anonimizada, con previo consentimiento informado incluido dentro de la misma (Ver Anexo I), que consistió en un cuestionario compuesto por preguntas abiertas y cerradas en Google Forms (Ver Anexo II). El mismo se envió mediante difusión en redes sociales a todos los médicos residentes que cumpliesen los criterios de inclusión.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar si presentaban una distribución normal. En caso contrario, se expresaron como mediana y rango intercuartílico.

Las variables cualitativas se presentan mediante frecuencia relativa porcentual.

Para buscar asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado. Cuando se encontró asociación, se utilizó el contraste de proporciones para definir el sentido de la misma. Para variables cuantitativas se utilizó test de Student para variables con distribución normal. Se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS de IBM.

RESULTADOS

1. Descripción sociodemográfica

De la información suministrada por el Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas, surge que el número de residentes cursando alguna Residencia Médica en el año 2022 es de 987. La encuesta propuesta en este trabajo fue realizada por 383 personas, que corresponde al 38,8% de la población.

Los datos demográficos de los encuestados se muestran en la Tabla 1, siendo la mayoría de sexo femenino, solteros, sin hijos y con una media de edad de 30 años. Del total de encuestados, 360 (93,9%) cursan la Residencia en el departamento de Montevideo y 23 (6,1%) en el interior del país, siendo los de mayor frecuencia Canelones con 9 (2,3%) y Maldonado con 4 (1,0%) residentes.

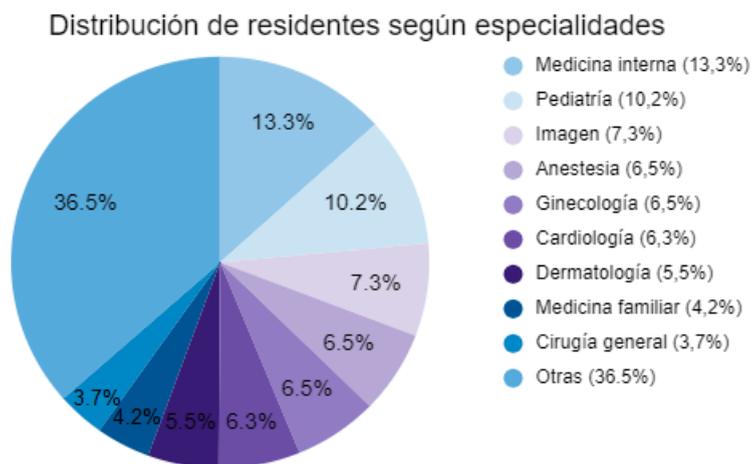
		n	%
Sexo	Femenino	301	78,6
	Masculino	82	21,4
Estado civil	Solteros	266	69,5
	Unión libre	79	20,6
	Casados	33	8,6
	Otros	5	1,3
Hijos a cargo	Si	39	10,2
	No	344	89,8
Viven solos	Si	98	25,5
	No	285	74,4
Departamento donde cursa residencia	Montevideo	360	93,9
	Interior	23	6,1
		MEDIA	DE
Edad (años)		30,3	3,9

*Tabla 1. Caracterización sociodemográfica. DE (desvío estándar)

2. Tipo de especialidad, año de Residencia y carga horaria.

La mayoría de las respuestas se obtuvieron de Residentes de especialidades médicas (77,3%).

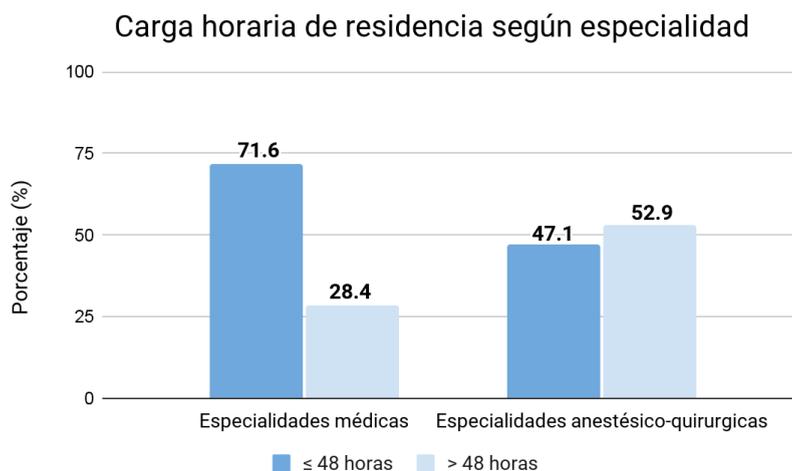
En el Gráfico 1 se muestra la distribución por especialidades, con Medicina Interna (13,3%) y Pediatría (10,2%) encabezando el número de respuestas.



*Gráfico 1. Distribución según especialidades.

En cuanto al año de Residencia, 125 de los residentes encuestados (32,6%) se encuentran cursando tercer año, 101 (26,4%) segundo año, 109 (28,5%) primer año, 40 (10,4%) cuarto año, 5 (1,3%) cursan sexto año y 3 (0,8%) quinto año.

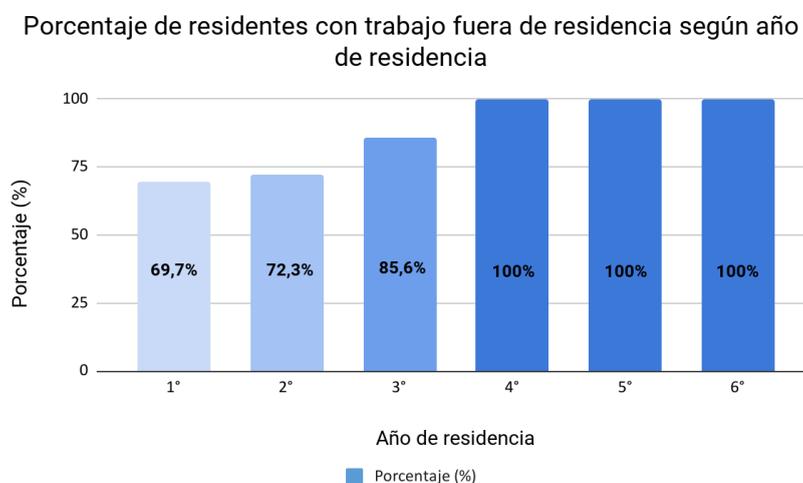
A 253 encuestados (66,1%), la Residencia les exige una carga horaria menor o igual a 48 horas semanales; el resto tiene una carga horaria mayor a 48 horas semanales. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las horas de residencia y el tipo de especialidad, siendo los de mayor carga horaria los residentes de especialidades anestésico-quirúrgicas, como se ilustra en el gráfico 2.



*Gráfico 2: Carga horaria de residencia según especialidad

304 residentes (79,4%) trabajan además por fuera de la residencia, de los cuales 51 (16,8%) trabajan más de 40 horas semanales en este régimen. La mayoría trabajan en el turno diurno (207; 68,1%).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el año de la residencia y el trabajo fuera de ésta, donde la proporción de residentes de tercer o cuarto año que trabajan fuera de la residencia es mayor a la proporción de los de primer o segundo año ($p < 0,05$), observándose que la totalidad de los residentes de 4to, 5to y 6to año trabajan fuera de la residencia. En el Gráfico 3 se muestra el porcentaje de residentes que trabaja fuera de la residencia según el año que cursan.



*Gráfico 3: Porcentaje de residentes con trabajo fuera de residencia según el año que cursa.

3. Estilo de vida

3.1. Hábitos alimenticios

Solo 29,5% de los encuestados realiza las 4 comidas diarias recomendadas todos los días. La mayoría se saltean la merienda (54,8%) y/o el desayuno (35,5%).

Un pequeño porcentaje (7,6%) consume 5 porciones de frutas y verduras todos los días, mientras que 64,2% lo hace menos de tres días a la semana o nunca.

Se observó que 16,2% agrega más de 5 gramos de sal en las comidas todos los días y 66,6% nunca lo hace o lo hace tres o menos días a la semana.

En cuanto al consumo de carne roja, un 39,6% la consume más de tres veces a la semana, mientras que un 49,1% de encuestados entre una y tres veces a la semana. En tanto el consumo de pescado, el 67,3% de los encuestados lo consume al menos 1 vez a la semana.

El 84,9% refiere consumir snacks en algún momento de cada semana.

Con respecto al consumo de fritos, 58,7% los consume algún día de la semana, encontrando asociación estadísticamente significativa entre el consumo de fritos y el sexo (p 0,004), consumiendo más fritos los hombres que las mujeres.

Por otro lado, 90,6% de los encuestados refiere consumir grasas saludables alguna vez a la semana, de los cuales 52,4% las consumen más de 3 veces por semana.

3.2. Actividad física y horas de descanso

Del total de encuestados, 44,4% son sedentarios, mientras que 55,6% realizan ejercicio físico. De estos, 76,6% lo hacen con una frecuencia semanal de 2 o más veces a la semana y 48,8% le dedican 150 o más minutos semanales. 46,0% realizan ejercicio aeróbico, 10,8% musculación y 43,2% ambos.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la realización de ejercicio y el tipo de especialidad (p 0,04), con una proporción mayor de residentes de especialidades médicas que realizan ejercicio versus los residentes de las especialidades anestésico-quirúrgicas.

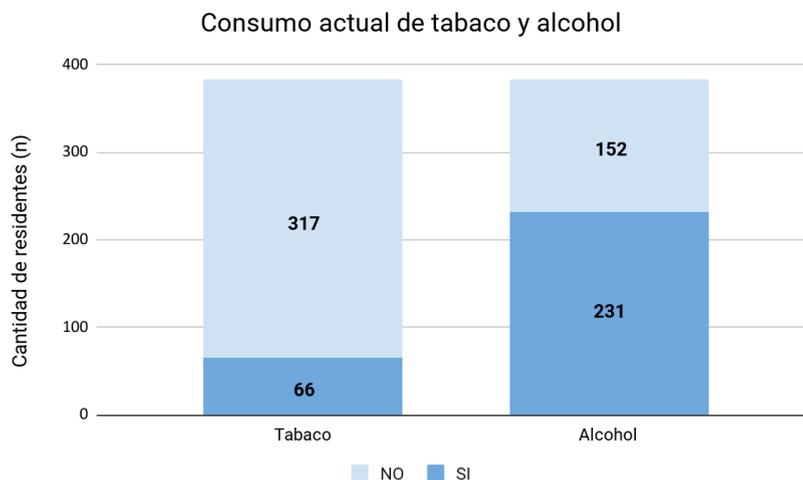
Al analizar las horas de sueño se encontró que 67,1% duermen menos de 7 horas diarias y solo 32,9% 7 horas o más, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de horas diarias de sueño y la especialidad (p 0,048); ningún residente de especialidades anestésico-quirúrgicas duerme 8 horas, con una proporción mayor que duermen menos de 7 horas respecto a los residentes de especialidades médicas (77,0% y 64,2% respectivamente).

3.3. Hábitos tóxicos

Entre los encuestados, 14,9% son tabaquistas, 67,9% nunca fumaron, 14,9% son ex tabaquistas y 2,3% son tabaquistas pasivos. La cantidad media de cigarrillos consumidos semanalmente es de 31,3 con un desvío estándar de 33,3. En cuanto a la frecuencia de consumo semanal, 56,1% fuman todos los días y 28,1% lo hace tres o menos días a la semana.

60,3% de los encuestados consumen alcohol. De estos, 10,8% lo hace con una frecuencia de más de tres días a la semana y 89,2% con una frecuencia de tres o menos días semanales. Los tipos de alcohol más consumidos son la cerveza (78,8%) y el vino (74,5%). En lo que respecta a las UBE, de los encuestados que consumen alcohol (231), se excluyeron para el análisis 6 de ellos, que completaron datos discordantes en este punto. Se obtuvo una media de consumo de $2,2 \pm 1,4$ UBE por ocasión. En cuanto al consumo excesivo circunstancial (binge

drinking) se consideró a éste como un consumo igual o superior a 5 UBE en una sola ocasión, y se obtuvo un total de 13 encuestados con este tipo de consumo (3,4% del total de residentes). En el Gráfico 4 se ilustra el consumo actual de tabaco y alcohol en la muestra de residentes encuestados.



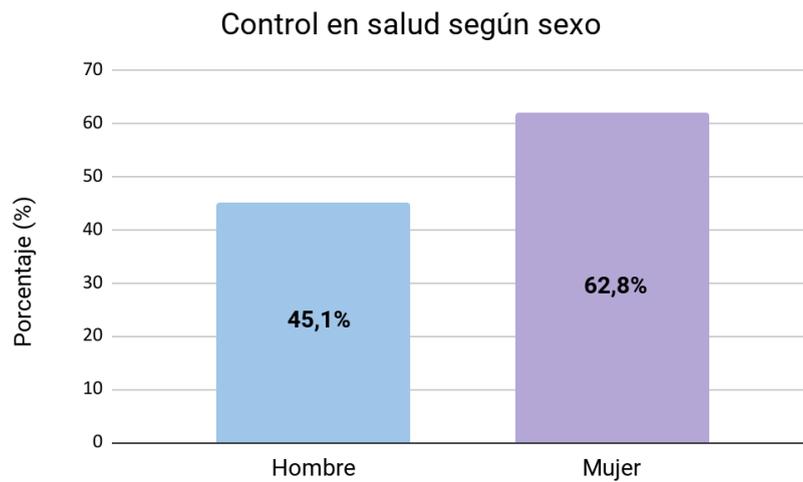
*Gráfico 4: Consumo actual de alcohol y tabaco.

4. Consumo de psicofármacos

Del total de residentes, 30 (7,8%) consumen modafinilo sin prescripción médica, de los cuales 27 (90,0%) lo hacen con una frecuencia de tres o menos días a la semana. Por otra parte, 64 (16,7%) consumen benzodiazepinas y/o hipnóticos sin prescripción médica, de los cuales 48 (75,0%) lo hace tres o menos días a la semana. Del total de residentes encuestados, 8 consumen ambos fármacos.

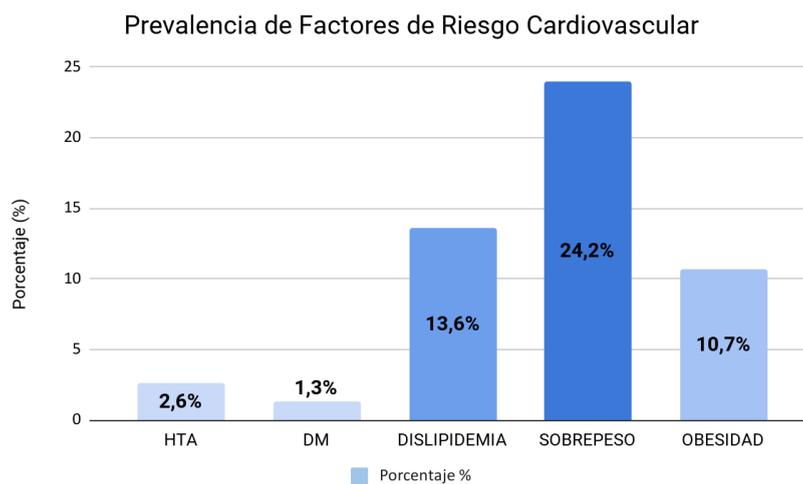
5. Control en salud y factores de riesgo cardiovasculares

59,0% de los encuestados refiere cumplir con los controles en salud recomendados según edad y sexo, siendo la mayoría de sexo femenino (83,6%), existiendo asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la realización de los controles en salud recomendados ($p < 0,04$). Del total de mujeres encuestadas, 62,8% refiere realizarse los controles en salud recomendados, mientras que del total de hombres encuestados, lo hacen 45,1%. Ilustrado en el gráfico 5.



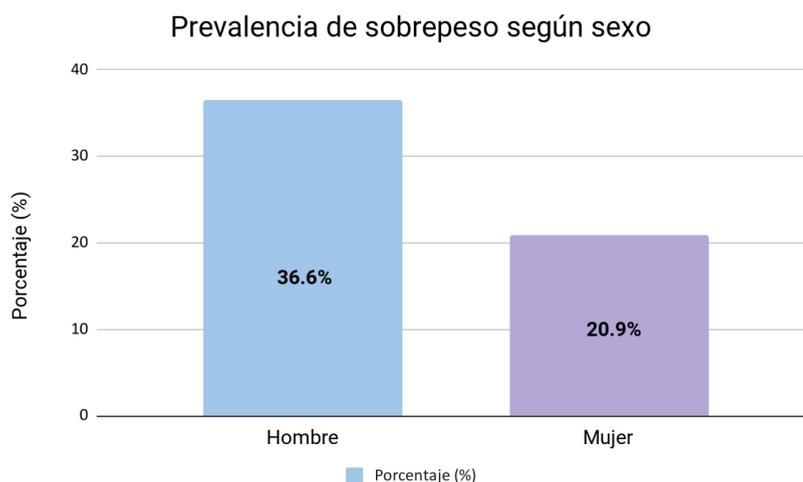
*Gráfico 5: Control en salud según sexo

En el Gráfico 6 se muestra la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares mayores modificables en la muestra.



*Gráfico 6: Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares.

La media del índice de masa corporal (IMC) es de $24,7 \pm 8,6 \text{ kg/m}^2$. En cuanto al sobrepeso, 20,9% de las mujeres y 36,6% de los hombres lo presentan (gráfico 7), existiendo asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la prevalencia de sobrepeso ($p 0,011$).



*Gráfico 7: Prevalencia de sobrepeso según sexo

DISCUSIÓN

De un total de 987 residentes que cursan su Residencia actualmente, contestaron la encuesta 383. Se considera que este “n” es representativo pero a su vez debemos tener en cuenta que puede existir un sesgo de selección. Dado el número de respuestas obtenidas en ciertas especialidades, se sospecha que la encuesta fue contestada también por posgrados, los cuales no perciben un sueldo y no entran en la categoría de residentes. Esto pudo deberse a que los encuestados no se detuvieron a leer atentamente la consigna o no la comprendieron, además de que popularmente no se hace gran diferencia entre el concepto de residente y posgrado.

A su vez, la mayor parte de las respuestas se obtuvieron de residentes en el área de la Medicina Interna. Esto constituye otro sesgo de selección, probablemente secundario a que se trata de un trabajo dirigido por Médicas Internistas, haciendo más fácil el acceso de la encuesta a la totalidad de los residentes de dicha especialidad.

En cuanto a los datos demográficos, de los resultados se desprende que la mayoría de residentes corresponden al sexo femenino (78,6%), coincidiendo con que en la Facultad de Medicina (UdelaR) predomina el sexo femenino respecto al masculino. Como referencia, en el año 2018 egresaron 69,1% mujeres y 30,9% varones^[35].

Del total de residentes encuestados 69,5% se encuentran solteros y 89,8% no tienen hijos. En Uruguay, la edad media en que las mujeres suelen tener hijos es de 28 años y según el

Censo 2011^[36], el 26,3% de las personas entre 25-29 años se encontraban casadas. Considerando que la media de edad del grupo en estudio es de $30,3 \pm 3,9$ años, y solamente 8,6% están casados y 10,2% tienen hijos, se podría concluir que el conjunto de residentes uruguayos tiene mayor prevalencia del estado civil soltero y menos hijos que el resto de la población uruguaya de su misma edad. Esto podría deberse a la gran carga horaria dedicada a la Residencia y las responsabilidades que esta conlleva.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la carga horaria de la residencia y el tipo de especialidad. En cuanto a las especialidades anestésico-quirúrgicas, 52,9% de los residentes tienen una carga horaria mayor a 48 horas semanales, mientras que en las médicas 28,4% tienen una carga horaria mayor a 48 horas.

La asociación estadística entre el año de Residencia que se está cursando y las horas de trabajo fuera de esta, indica que la proporción de residentes de tercer y cuarto año que trabajan fuera de la residencia es mayor que la proporción de los que cursan primer y segundo año. Esto podría explicarse por varios motivos: a medida que se avanza en la Residencia aumentan las oportunidades laborales, ya que los empleadores eligen contratar residentes más avanzados, con mejores competencias en su área. A su vez, a medida que pasan los años, los residentes tienden a independizarse más, lo cual implica un incremento en sus necesidades económicas.

La gran mayoría de los residentes (93,9%) están cursando su especialidad en Montevideo, lo cual refleja claramente la centralización de la Medicina que existe en Uruguay. En Montevideo se encuentra la mayor cantidad de cupos y de centros asistenciales e instituciones de salud acreditados, tanto públicos como privados, dedicados a este fin. Si bien se ofrece la posibilidad de realizar residencias en algunos hospitales del interior, los cargos ofertados no suelen ser cubiertos totalmente. Esto puede deberse a que la mayoría de los residentes cursan su carrera de grado de Doctor en Medicina en Montevideo, prefiriendo luego cursar la Residencia allí^[37].

En los últimos años se han concretado distintas acciones en pos de hacer más igualitaria la distribución de profesionales de la salud a lo largo del país y por lo tanto poder brindar una mejor atención sanitaria. En el año 2019 se aprobó la implementación de segundo y tercer año de la carrera de Doctor en Medicina entre las sedes universitarias de Salto y Paysandú, pudiendo actualmente cursar la carrera completa en la región del CENUR Litoral Norte^{[38][39]}.

Algo similar ocurre con las Residencias de especialidades médicas en la cual la Escuela de Graduados continúa trabajando, ya que todavía no todas pueden cursarse fuera de Montevideo^[40].

En cuanto al estilo de vida de los residentes que participaron del estudio, los resultados muestran una baja prevalencia de consumo de alimentos protectores de un estilo de vida saludable.

Sólo 29,5% de los encuestados refiere la realización de las 4 comidas diarias, destacando que las comidas que más se saltean son el desayuno y la merienda.

A su vez, sólo 7,6% de la población encuestada cumple con la recomendación de la OMS del consumo de 5 o más porciones diarias de frutas y verduras. La Segunda Encuesta Nacional de ENT^[41] observó que 9,1% cumplen con esta recomendación, cifra comparable con la de los Residentes uruguayos.

16,2% de los encuestados agrega más de 5 gramos de sal a las comidas todos los días. Si se compara este resultado con el dato de la Segunda Encuesta Nacional de ENT^[41], en la que se obtuvo que el 14,1% agrega sal en exceso a las comidas todos los días, se podría afirmar que en la población de residentes encuestados hay un porcentaje similar de consumo de sal respecto a la población general.

En cuanto al consumo de carnes rojas, 39,6% la consume más de tres veces a la semana, mientras que 49,1% entre una y tres veces a la semana, cumpliendo estos últimos con la recomendación de la OMS^[14].

En cuanto a malos hábitos de alimentación, 84,9% refiere consumir snacks con alto tenor graso y exceso de azúcar en algún momento de cada semana y 58,7% consume fritos algún día de la semana, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el consumo de fritos y el sexo ($p < 0,004$), consumiendo más fritos los hombres que las mujeres. Esto podría vincularse con la mayor proporción de sobrepeso en el grupo de hombres encuestados.

En referencia al consumo de grasas saludables, 67,3% de los encuestados consume pescado al menos 1 vez a la semana. Si lo comparamos con los resultados de la Primera Encuesta Nacional de ECNT^[42] en esta se vió que el 54% consume pescado al menos 1 vez por semana, por lo que impresionaría que el consumo de pescado en la población encuestada es mayor que el de la población general.

Sólo 15,1% de la población encuestada cumple con la recomendación de la OMS^[43] de consumir entre 2 y 3 porciones diarias de aceites crudos o grasas saludables.

En lo que respecta a la realización de ejercicio físico, se encontró que más de la mitad de los encuestados lo incluyen en su rutina diaria. Estos resultados son llamativos teniendo en cuenta que en la población médica diversos factores como la falta de tiempo, el multiempleo, las horas extensas de trabajo, entre otros, contribuyen a dejar de lado o posponer el cuidado propio de la salud.

Es sensato asociarlos con el cambio de paradigma que ha habido en los últimos años en cuanto a los hábitos saludables y al estilo de vida a nivel mundial. Un “Estudio sobre actividad física y hábitos deportivos de los montevideanos en el año 2017” mostró que si bien la población montevideana se autopercibía mayormente como sedentaria, la realización de deporte y actividad física había aumentado en el último tiempo, motivada en gran medida por las políticas públicas orientadas en ese sentido. En ese momento casi la mitad (47,0%) de los montevideanos practicaba deporte o realizaban actividad física^[44].

Asimismo, cuando se analiza la cantidad de horas semanales dedicadas al ejercicio físico, casi la mitad de los encuestados puede cumplir con las horas recomendadas semanalmente. Un ejemplo donde se buscó una solución a esta problemática es el caso de Argentina, donde en contexto de pandemia por coronavirus se instalaron gimnasios en zonas de aislamiento de distintos hospitales, con la finalidad de que los profesionales de la salud tuvieran un espacio para liberar tensiones y estrés^[45].

Considerando la especialidad, los residentes de especialidades anestésico-quirúrgicas son los que realizan menos ejercicio físico, probablemente vinculado a que la formación quirúrgica demanda más tiempo para adquirir ciertas destrezas y por ende el médico residente permanecerá más horas de las reglamentarias en los lugares de formación.

Es sabido que las horas de sueño en la comunidad médica se ven reducidas por múltiples factores, por tanto, no son llamativos los resultados encontrados en este estudio donde el 67,1% de los residentes duerme menos de 7 horas diarias. Acá se vuelve a poner en manifiesto otro punto débil de las especialidades anestésico-quirúrgicas ya que ningún residente llega a dormir 8 horas, y es mayor el porcentaje que duerme menos de 7 horas comparado con las especialidades médicas (77,0% y 64,2% respectivamente).

Como otros factores de riesgo, fueron encuestados los hábitos de tabaquismo y alcoholismo. La prevalencia de tabaquismo en la población encuestada es de 14,9%. Comparando estos resultados con la bibliografía preexistente, se observó que el porcentaje de residentes tabaquistas en la población encuestada es inferior al de la población general de

mismo rango etario en Uruguay en el año 2017 (29,0%)^[21] y algo superior al encontrado en un estudio realizado en una población de médicos uruguayos en el año 2011 (9,8%), en el que se consideró a aquellos que habían consumido al menos un cigarrillo en los últimos 7 días^[22]. Sabemos que la prevalencia de tabaquismo ha ido en descenso en Uruguay en los últimos años, tanto en los médicos como en la población general en todos los rangos etarios, principalmente en los jóvenes^{[21][22]}. Esto se atribuye a las políticas antitabaco como la prohibición de fumar en lugares públicos. Es posible que la prevalencia de tabaquismo en la población de residentes uruguayos tenga la misma tendencia a la disminución, lo que explicaría la menor prevalencia actual con respecto a la población general.

En cuanto al alcoholismo, se obtuvo una prevalencia de 60,3% de consumo de alcohol entre los residentes encuestados. Al consultar cifras nacionales, se vió que en la “VII Encuesta Nacional en población general sobre consumo de drogas” (Uruguay, 2018)^[46] un 59,4% refirió consumir alcohol en los últimos 30 días, siendo un porcentaje muy similar al observado en el presente estudio.

De la proporción de residentes que consume alcohol, un 10,8% lo hace con una frecuencia de más de tres días a la semana, mientras que un 89,2% con una frecuencia de tres o menos días semanales. Podría pensarse que se trate de una tendencia de “consumo de fin de semana”. Los tipos de alcohol preferidos entre los encuestados son la cerveza (78,8%) y el vino (74,5%), al igual que se ve en la población general^[24].

En lo que respecta a la cantidad de alcohol consumido, se obtuvo una media de $2,2 \pm 1,4$ UBE de consumo por cada ocasión. A su vez, se obtuvo un total de 13 encuestados (3,4% del total de residentes) con consumo excesivo circunstancial (binge drinking).

En suma, el consumo de alcohol en la población de encuestados no parece mayor que el de la población general, ya que en su mayoría suelen consumirlo pocos días a la semana y en bajas cantidades, no llegando a configurar un alto riesgo de salud. Sin embargo, para analizar y detectar realmente patrones de consumo problemáticos y definir el riesgo se debería aplicar otro tipo de encuesta.

Con respecto al consumo de psicofármacos sin prescripción médica, es de público conocimiento su uso entre estudiantes de medicina y en residentes^[47], con el fin de aumentar los niveles de concentración y vigilia para el estudio y a su vez combatir el insomnio y dormir en las pocas horas de descanso disponibles.

La encuesta realizada a los residentes uruguayos arrojó un porcentaje de consumo de Modafinilo de 7,8% y de benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos de 16,7%.

En un estudio monográfico hecho en el año 2019 en el Hospital Maciel, Uruguay, con un n de 40 residentes, sobre la calidad de sueño y factores asociados^[48], el 33,0% de los residentes consumían benzodiazepinas por tener mala calidad de sueño, siendo un porcentaje mayor en cuanto a la población encuestada. Cabe destacar que la diferencia de resultados puede deberse a que la muestra de este estudio fue considerablemente menor.

Por otro lado, en una revisión sistemática realizada en el año 2012^[49], 38,0% de los residentes refería haber recurrido a algún fármaco de perfil sedativo para dormir tras una guardia de noche y hasta un 21,4% el uso de modafinilo, siendo ambos porcentajes mayores que los encontrados en la población encuestada.

Se quiere destacar que, si bien los psicofármacos incluidos en la encuesta son los más consumidos actualmente (modafinilo y benzodiazepinas/hipnóticos), este estudio no incluyó otros de consumo frecuente sin indicación médica, tales como el metilfenidato, utilizado frecuentemente para focalizar la atención y lograr una buena concentración con el fin de mejorar el rendimiento académico.

Un 59,0% de los encuestados refiere cumplir con los controles en salud recomendados según edad y sexo. Del total de mujeres encuestadas, 62,8% refiere realizarse los controles en salud recomendados, mientras que del total de hombres, lo hacen 45,1%, existiendo asociación estadísticamente significativa ($p < 0,04$) entre el sexo y la realización de los controles en salud, siendo mayor en el sexo femenino (83,6%). Podemos atribuir esta asociación a la necesidad de cumplir con ciertos estudios de screening en la población de sexo femenino, como por ejemplo la colpocitología oncológica para la obtención del carnet de salud, lo que podría acercar más a las mujeres al sistema sanitario.

De los datos obtenidos sobre la talla y peso se realizó el cálculo de IMC, dando como resultado una media de $24,7 \pm 8,6 \text{ kg/m}^2$, parámetro que se encuentra dentro del rango normal-alto. Al evaluar la proporción de encuestados que se encuentra dentro de valores considerados como factor de riesgo para ENT, se encontró que existe una incidencia del 24,2% con sobrepeso y 10,7% con obesidad. Cuando se comparan estos valores con los obtenidos en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT (MSP 2013)^[41], encontramos que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de entre 25 a 34 años fue de 56,9% con un IC de 51,6- 62,1, mientras que en los residentes encuestados fue de un 35,0%.

Al realizar una comparación con los resultados obtenidos en el estudio de Fort Z. et al., 2012^[50], sobre obesidad y sobrepeso por separado, se encontró una menor incidencia de sobrepeso en

el grupo de residentes encuestados (24,2%) en comparación a la población de 20-29 años de dicho estudio (33,3%), mientras que para la proporción con obesidad los resultados se asemejan, siendo de 10,7% dentro de la población de residentes encuestados y de 11,4% en el otro estudio.

Al observar la prevalencia de sobrepeso según el sexo en el grupo de encuestados, se ve que existe una tendencia a un mayor IMC en la población masculina, con un sobrepeso del 36,6% en comparación al sexo femenino que presentó un 20,9%. Lo mismo se observa en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT (MSP 2013)^[41] donde se encontró una diferencia significativa en el sobrepeso dentro de la población adulta (25 a 64 años) entre hombres y mujeres con un 42,1% y 32,7% respectivamente.

Al comparar la incidencia de HTA y DM autorreferenciada obtenida en este estudio (2,6% y 1,3% respectivamente) se vió que son menores a los obtenidos en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT (MSP 2013)^[41], donde se encontró una prevalencia dentro de la población de entre 25 a 34 años de 18,9% para la HTA y de 3,8% para DM.

Para la prevalencia de dislipemia autorreferenciada en los residentes encuestados, se obtuvieron valores un poco más elevados (13,6%), mientras que en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT^[41] en la población de entre 25 a 34 años fue de 11,1%. Al ser datos autorreferenciados y no contar con la medición de los diferentes parámetros por parte de los investigadores, existe un margen de error que puede generar una infraestimación en los resultados de la proporción del IMC, los residentes hipertensos, diabéticos y dislipémicos. Esto sucedió en el estudio de Kenneth Schmidt et al. 2020^[34] donde se observó una diferencia significativa entre los valores de HTA y dislipemias autoreferenciados versus medidos. Concretamente se destaca una prevalencia de dislipemia autorreferenciada de 13,8% y medida de 53,4%.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Se identificó que la mayoría de los médicos residentes son de sexo femenino, con una media de edad de 30 años. Se observó una centralización importante de las residencias en Montevideo y que cuanto más avanzan en esta, más trabajan por fuera de la misma.

Se halló una importante carga de factores de riesgo cardiovasculares entre los residentes, siendo el más prevalente el sedentarismo, seguido de malos hábitos alimenticios. El bajo consumo de frutas y verduras, el incumplimiento de las 4 comidas diarias y el alto

consumo de snacks no saludables fueron los hábitos alimenticios más alarmantes. Esto, sumado a las pocas horas de sueño, contribuye al alto índice de sobrepeso y dislipemia.

El consumo de fritos, sobrepeso y menor frecuencia de controles en salud predominó en hombres.

Los residentes de las especialidades anestésico quirúrgicas resultaron tener más carga horaria, realizan menos ejercicio físico y duermen menos horas.

El consumo de tabaco y alcohol entre los residentes no resultó mayor que el de la población general, en contraposición a las creencias sociales. Por otro lado, se esperaba un mayor consumo de psicofármacos sin prescripción médica respecto a la población general dado el fácil acceso de los médicos a los mismos, lo cual no fue comprobado.

Debido a su formación y conocimiento, se esperaría que los médicos residentes cumplieren con el estilo de vida saludable que están capacitados para promover. Sin embargo, este estudio evidencia que en la mayor parte de los casos esto no sucede, poniendo de manifiesto la necesidad de aplicar estrategias para favorecer estilos de vida saludables entre médicos residentes. Una propuesta podría ser la instalación de gimnasios y máquinas expendedoras de snacks saludables en los hospitales y mutualistas donde se forman. Otra sería aumentar el salario de los residentes para disminuir el multiempleo en esta etapa de formación que tanto demanda de ellos.

A su vez, sería interesante realizar más estudios en esta población en Uruguay, que ayuden a visualizar las condiciones laborales y problemáticas propias de esta etapa de formación, con el objetivo de adoptar en el futuro medidas que impacten positivamente en los estilos de vida de los residentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] médico, médica | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (n.d.). Retrieved May 10, 2022, from <https://dle.rae.es/m%C3%A9dico#Mz07XsF>
- [2] Gerardoobruno, Pabloopalacios. (2019). Residencias médicas. Una visión crítica a su proceso de acceso Medical residencies. <https://www.redalyc.org/journal/4260/426062616026/html/>
- [3] Leopoldo, F., Weber, R., Luis, J., & Arias, R. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?
- [4] David, N., García, M., Adán, G., Larroza, G., del Carmen González Amarilla, R., Pirelli, M. M., Cortti, D., Morínigo, D., Dirección, G., Rodi, T., Reconstrucción, C., San, N., & Paraguay, L. (n.d.). Carga horaria laboral y calidad del sueño en médicos residentes del Hospital de Clínicas Working hours and sleep quality of resident physicians of the Hospital de Clínicas Autores.
- [5] OMS. Promoción de la Salud Glosario [Internet] Ginebra. (n.d.). 1998 Retrieved May 10, 2022, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1
- [6] Estilo de vida saludable - DeCS - NCBI. (n.d.). Retrieved May 10, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2016262>
- [7] Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). Retrieved May 10, 2022, from <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- [8] Pan American Health Organization. (2017). Health in the Americas+ : Summary: Regional Outlook and Country Profiles. Pan American Health Organization.
- [9] Pedro Mc Coll C, Macarena Amador C, Juana Aros B, Ana Lastra C, Carla Pizarro S. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Revista chilena de pediatría, vol. 73, número 5 (2002), págs: 478-482. Publicado por Sociedad Chilena de Pediatría
- [10] MSP. 2a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles; 2006. Retrieved May 10, 2022 from https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf
- [11] MSP. Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay. (n.d.). Retrieved May 10, 2022 from <https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2019/06/Interpelaciones-y-respuestas-a-las-Enfermedades-No-Transmisibles-en-Uruguay.pdf>
- [12] Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (n.d.). Retrieved May 10, 2022, from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- [13] Enfermedades cardiovasculares | Semana del Corazón 2021. (2021). Retrieved May 11, 2022, from <https://semanadelcorazon.com.uy/2021/enfermedades-cardiovasculares/>

[14] OMS (2003), Serie de Informes Técnicos 916 DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. Ginebra.

[15] Alimentación sana. (2018). Retrieved May 11, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

[16] OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud.

[17] MSP. ¡A *MOVESE!* Guía de actividad física. (n.d.). https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/campanas/MSP_GUIA_ACTIVIDAD_FISICA.pdf

[18] OMS. Tabaquismo. (n.d.). Retrieved May 11, 2022, from https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1

[19] Tabaquismo – Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (n.d.). Retrieved May 11, 2022, from <https://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/tabaquismo/>

[20] MSP (2009) *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo*. Uruguay <https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/reports/Annexsixurue.pdf>

[21] Rodríguez, L. (2019). Epidemia de Tabaquismo y Mortalidad por causas vinculadas al consumo de tabaco en Uruguay.

[22] Boado M., Bianco E. Tabaquismo en los médicos uruguayos (2011). Retrieved May 26, 2022, from [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000300009#:~:text=\(2011\)%20Informe%20final%20de%20la,Prevalencia%20de%20Tabaquismo%20en%20M%C3%A9dicos.&text=El%2042%25%20de%20los%20m%C3%A9dicos,mujeres%20\(38%2C7%25\)](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000300009#:~:text=(2011)%20Informe%20final%20de%20la,Prevalencia%20de%20Tabaquismo%20en%20M%C3%A9dicos.&text=El%2042%25%20de%20los%20m%C3%A9dicos,mujeres%20(38%2C7%25)).

[23] Las drogas de mayor uso: alcohol o etanol | Junta Nacional de Drogas. (n.d.). Retrieved May 11, 2022, from www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/drogas-mayor-uso-alcohol-etanol

[24] Baja percepción del riesgo en el consumo de alcohol | Ministerio de Salud Pública. (n.d.). Retrieved May 11, 2022, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/baja-percepcion-del-riesgo-consumo-alcohol>

[25] [Alcohol consumption in medical community] - PubMed. (n.d.). Retrieved May 11, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31206262/>

[26] *Obesidad y sobrepeso*. (n.d.). Retrieved November 9, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

[27] Saludable, S. (n.d.). National Heart, Lung, and Blood Institute.

[28] Mercedes Martínez, L., Valeria, I., Coca, M., Mendoza Hernández, N. V., Valdez Doña, G., Daniela, F., & López, M. (2008). Calidad de Sueño en Médicos Residentes del HEODRA.

- [29] Alam Khan, A., Ud Din, I., Naseer Khan, A., Khan, I., Hanif, H., & Nawaz, H. (2019). BENZODIAZEPINE USE AMONG RESIDENT DOCTORS IN TERTIARY CARE HOSPITAL. In J Ayub Med Coll Abbottabad (Vol. 31, Issue 4). <http://www.jamc.ayubmed.edu.pk553>
- [30] *Todo sobre Hipnóticos*. (n.d.). Retrieved November 9, 2022, from <https://psiquiatria.com/glosario/hipnoticos>
- [31] Prevalencia y factores asociados al consumo de modafinilo, dextroanfetamina y metilfenidato en estudiantes de las facultades de Medicina de la ciudad de Cuenca – 2018 - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved May 10, 2022, from <https://revistamedica.com/prevalencia-consumo-modafinilo-dextroanfetamina-metilfenidato-estudiantes/>
- [32] Dávila Sacoto SA, Freire Alvarez AC. Prevalencia y factores asociados al uso de psicoestimulantes: cafeína, modafinilo y metilfenidato en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2017 [bachelor's thesis on the Internet]. Cuenca; 2017 [cited 11 May 2022]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28443>
- [33] Sousa A, Dinis-Oliveira RJ. Pharmacokinetic and pharmacodynamic of the cognitive enhancer modafinil: Relevant clinical and forensic aspects. *Subst Abus.* 2020;41(2):155-173. doi: 10.1080/08897077.2019.1700584. Epub 2020 Jan 17. PMID: 31951804.
- [34] Schmidt, K., Trevisan, A., Buttazoni, M., Bolzan, I., Broder, V., Iurno, C., Kalbermatter, A., Yanson, C., Mantilla, L., & Schmidt, C. (2020). PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN RESIDENT PHYSICIANS OF THE SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA. <http://www.revistaconarec.com.ar/contenido/art.php?recordID=MTkzOQ==>
- [35] *ESTADÍSTICAS BÁSICAS AÑO 2019 Universidad de la República República Oriental del Uruguay*. (2019). https://planeamiento.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/sites/33/2020/12/web_Estadisticas-basicas_2019.pdf
- [36] *Distribución porcentual de personas con cónyuge según tipo de uniones por tramos de edad. Censo 2011 | Ministerio de Desarrollo Social*. (n.d.). Retrieved November 8, 2022, from <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/distribucion-porcentual-personas-con-onyugue-segun-tipo-union-es-tramos-edad-censo-2011>
- [37] Contreras C, Faggetti M. Mercado de Residencias Médicas en Uruguay [Internet]. Gub.uy. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.bcu.gub.uy/Comunicaciones/Jornadas%20de%20Economa/C6_Contreras2016.pdf
- [38] El “70% de los médicos de nuestro país está concentrado en Montevideo y alrededores” [Internet]. Edu.uy. [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cci.edu.uy/node/383>
- [39] Carrera completa de Medicina en el Cenur Litoral Norte: todo lo que se necesita saber [Internet]. Edu.uy. [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cci.edu.uy/node/380>
- [40] Especialidades médicas podrán estudiarse en Paysandú y Salto [Internet]. 2020 Diario El Telégrafo. [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.eltelegrafo.com/2020/02/especialidades-medicas-podran-estudiarse-en-paysandu-y-salto/>

[41] Chomistek A, Chiuve S, Heather A, Kenneth J, Mukamal K, Willet W, et al. Estilo de vida saludable en la prevención primordial de las enfermedades cardiovasculares entre las mujeres jóvenes. *J Am CollCardiol* [revista en Internet] 2015 enero 6. [acceso 29 de octubre de 2022]; 65(1): [43-51]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25572509>

[42] MSP (2006) *Primera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles*. Uruguay

[43] OMS. Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO [sitio web] Ginebra: 28 de enero - 1 de febrero de 2002. [acceso 29 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf.

[44] Estudio sobre actividad física y hábitos deportivos de los [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/presentaciondeportesyactividadfisica-dic17im.pdf>

[45] Una cadena de gimnasios aporta su grano de arena: destinará a hospitales aparatos para hacer ejercicio [Internet]. iProfesional. [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.iprofesional.com/actualidad/313369-cadena-de-gimnasios-llevara-equipos-a-hospitales-para-personal-de-la-salud>

[46] *VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general*. Junta Nacional de Drogas. (2018). Retrieved November 8, 2022, from <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>

[47] *Prevalencia y factores asociados al consumo de modafinilo, dextroanfetamina y metilfenidato en estudiantes de las facultades de Medicina de la ciudad de Cuenca – 2018 - Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. (n.d.). Retrieved November 8, 2022, from <https://revistamedica.com/prevalencia-consumo-modafinilo-dextroanfetamina-metilfenidato-estudiantes/>

[48] Gutiérrez M y col. (2019). *“Calidad del sueño y factores asociados en estudiantes de Medicina, residentes y médicos del Hospital Maciel.”* Uruguay

[49] Mansukhani, M. P., Kolla, B. P., Surani, S., Varon, J. y Ramar, K. (2012). Sleep Deprivation in Resident Physicians, Work Hour Limitations, and Related Outcomes: A Systematic Review of The Literature. *Postgraduate Medicine*, 124, 241–249. doi:10.3810/pgm.2012.07.258

[50] Fort, L. Z., Portos, A., Castro, M., Piñeyro, A. C., Ciganda, D. C., Bermúdez, Y., & Sandoya, E. (2012). *Evolución de la hipertensión arterial en Uruguay: 1948-2011* Sociedad Uruguaya de Cardiología.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Somos estudiantes de 6to año de la carrera Doctor en Medicina, realizando un trabajo de investigación para el curso “Metodología Científica II”. Nuestro objetivo es estudiar el impacto de la Residencia en el estilo de vida de los médicos residentes uruguayos. Para recolectar los datos optamos por la siguiente encuesta de carácter anónimo. La misma está dirigida a médicos residentes que perciben un sueldo por su cargo. Les agradecemos si se pueden tomar 10 minutos para contestar esta encuesta con la mayor veracidad posible para obtener los resultados más fiables, y así ayudarnos en la realización de nuestra monografía. Las conclusiones y aportes académicos que se obtengan al analizar los resultados serán compartidas mediante una publicación científica, sin fines de lucro.

¿Está usted de acuerdo con participar en el estudio?

- Estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo

ANEXO II

ENCUESTA SOBRE ESTILO DE VIDA DE MÉDICOS RESIDENTES

1. ¿Está usted de acuerdo con participar del estudio?*

- Estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo

Datos personales

2. Sexo*

- Femenino
- Masculino

3. Edad*

4. Estado civil*

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Unión libre

5. Núcleo familiar (con quien vive). Puede seleccionar más de una opción*

- Solo/a
- En pareja
- Con padre y/o madre
- Con otras personas

- Hijos a cargo

Residencia

6. Tipo de residencia (especialidad)*

7. Año de residencia que está cursando actualmente*

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto
- Sexto

8. Horas semanales exigidas por reglamento dedicadas a la residencia*

- Menor o igual a 48 horas
- Más de 48 horas

9. Ciudad donde cursa actualmente*

10. ¿Tiene trabajo fuera de la residencia?*

- Sí
- No Salta a la pregunta 13

Trabajo fuera de la residencia

11. Horas semanales de trabajo fuera de residencia*

- Menos de veinte horas
- Entre veinte y cuarenta horas
- Más de cuarenta horas

12. Turno de trabajo predominante*

- Diurno
- Nocturno

Hábitos saludables

13. ¿Usted realiza las 4 comidas diarias recomendadas? (desayuno, almuerzo, merienda y cena)*

- Todos los días Salta a la pregunta 15
- Más de tres días a la semana

- Tres o menos días a la semana
- Nunca

14. ¿Cuáles comidas suele saltar?*

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena

15. ¿Usted consume 5 porciones entre frutas y verduras al día? (Ejemplos de porciones: 1 manzana, 1 tomate, 10 uvas, 1 porción de ensalada, 1 zanahoria, 1 taza de hojas verdes)*

- Todas los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

16. ¿Usted agrega más de 5g de sal al día a las comidas? (5g = 1 cucharadita)*

- Todos los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

17. ¿Usted consume carne roja?*

- Todos los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

18. ¿Usted consume pescado?*

- Todos los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

19. ¿Usted consume snacks con alto tenor graso y exceso de azúcar? (ejemplo: papas chips y similares, barras de chocolate, alfajores, galletas)*

- Todos los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

20. ¿Usted consume fritos?*

- Todos los días

- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

21. ¿Usted consume alimentos ricos en grasas saludables? (palta, frutos secos, aceite de oliva)*

- Todos los días
- Más de tres días a la semana
- Tres o menos días a la semana
- Nunca

22. ¿Realiza algún tipo de actividad física?*

- Sí
- No (Salta a la pregunta 27)

23. Tipo de actividad física*

- Aeróbica (correr, caminata rápida, bailar, bicicleta)
- De fuerza (musculación)
- Ambos

24. Número de veces que realiza actividad física a la semana*

- Cinco o más veces
- Entre dos y cuatro veces
- Menos de dos veces

25. Minutos de actividad física semanales*

- 150 minutos o más
- Menos de 150 minutos

26. ¿Cuántas horas en promedio duerme por día?*

- Más de ocho horas
- Entre siete y ocho horas
- Menos de siete horas

Hábitos tóxicos

27. ¿Usted es fumador?*

- Sí, soy tabaquista actualmente
- Sí, pero de forma pasiva (Salta a la pregunta 30)
- No, pero soy ex tabaquista (Salta a la pregunta 30)
- No, nunca fumé (Salta a la pregunta 30)

28. Cantidad de cigarrillos semanales*

29. ¿Usted consume alcohol?*

- Sí
- No

30. Frecuencia de consumo de alcohol (días a la semana)*

- Todos los días
- Más de tres días
- Tres o más días

31. Tipo de alcohol*

- Bebida blanca (vodka, ron, gin)
- Vino
- Cerveza
- Whisky
- Fernet

32. ¿Cuántas unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol consume cada vez que toma? 1 UBE = 1 lata de cerveza de 330mL; 1 vaso de vino de 200mL; una medida de Whisky; un trago de 30-50mL de fernet, vodka, gin o ron*



33. ¿Usted consume Modafinilo (Activigil®, Carim®) sin prescripción médica?*

- Sí
- No Salta a la pregunta 36

34. Frecuencia de consumo (días/semana)*

- Todos los días

- Más de tres días
- Tres o menos días

35. ¿Consumes Benzodiazepinas y/u otros hipnóticos (zolpidem, eszopiclona) sin prescripción médica?*

- Sí
- No Salta a la pregunta 38

36. Frecuencia de consumo*

- Todos los días
- Más de tres días
- Tres o menos días

Control en salud

37. ¿Cumple con los controles médicos recomendados para su edad, sexo y patologías conocidas?*

- Sí
- No

38. Peso (kg)*

39. Talla (m)*

40. ¿Es hipertenso/a?*

- Sí
- No

41. ¿Es diabético/a o prediabético/a?*

- Sí
- No

42. ¿Tiene dislipemia?*

- Sí
- No