

CALIDAD DE VIDA DE LOS RESIDENTES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

Dra. Margarita Carrión Utreras

Residente Egresada del Postgrado de Imagenología de la Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín.

Dra. María Luisa Vintimilla Sarmiento

Residente B5 del Postgrado de Urgencias de la Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín.

Dr. Hugo Romo

Médico Tratante del Área de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín.

Correspondencia:

Dra. Margarita Carrión, mail: margaritacarrion1980@gmail.com

Fecha de recepción: 31-01-2013

Fecha de aceptación: 26-03-2013

RESUMEN

El trabajo que realizan los médicos residentes se caracteriza por largas jornadas bajo condiciones de estrés, y en muchas ocasiones, pocas horas de sueño. En los últimos años ha crecido el interés por valorar cómo se afecta la calidad de atención y el entrenamiento médico bajo estas condiciones, y hay creciente preocupación por las horas de trabajo y de docencia que cumplen los residentes. En el presente estudio se realiza una descripción de la calidad de vida de los residentes de áreas clínicas, quirúrgicas y críticas del Hospital Carlos Andrade Marín en base a un cuestionario validado para tal fin. Esta puede ser la base para tomar medidas que sean beneficiosas tanto para los residentes como para los pacientes a su cargo.

ABSTRACT

The work performed by medical residents is characterized by long working hours after stressful conditions, and in many occasions, few sleeping hours. In the last few years there has been increasing concern to evaluate whether the quality of care provided to patients and the residents' medical training are affected under these conditions. There are increasing worries about long working and teaching hours residents have to endure. In this study we performed a description of the quality of life of the medical residents in clinical, surgical and critical areas in Carlos Andrade Marín Hospital, using a validated questionnaire. These findings could lead to implementing benefits to junior doctors and improving the quality of care patients receive.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burn-out ha sido descrito y estudiado en médicos residentes, internos y estudiantes de medicina, y se lo define como "un estado psicológico que resulta de una exposición prolongada a estresores laborales".

Los pacientes que sufren de esta entidad tienen afectación en sus relaciones personales, pueden sufrir limitaciones físicas, cansancio extremo, despersonalización y falta de realización profesional.

El tema ha generado gran interés en todo el mundo, y se han tomado diferentes medidas en varias regiones de Estados Unidos y Europa para evitar el deterioro de la calidad de vida de los médicos residentes. Hay suficiente evidencia que demuestra que tanto el síndrome de Burn-out, como las largas jornadas de trabajo, deterioran la salud de los médicos residentes, e incluso los pone en un riesgo incrementado de accidentes en vehículos motorizados, incremento en el consumo de alcohol y medicamentos e incremento en el número de errores médicos.

Uno de los cambios más importantes a este respecto (en los Estados Unidos) es la disminución en el número de horas de trabajo continuo que deben realizar los residentes, cambio establecido por la ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) vigente desde julio de 2011, en la cual se especifica que los residentes de primer año no pueden realizar guardias continuas de más de 16 horas, y los médicos residentes mayores no pueden realizar trabajo continuo por más de 24 horas. De igual forma, la semana laboral no podrá tener más de 80 horas.

Estos cambios han generado reacciones diversas por parte de los médicos residentes y jefes de servicio, ya que los beneficios de tener residentes bien descansados para atender pacientes pueden verse comprometidos por tener una menor continuidad de tratamiento, y entregas de guardia con deficiente comunicación, convirtiendo al sistema en un blanco sensible de error en diagnóstico y tratamiento.

En diferentes estudios se han aplicado encuestas a residentes de Radiología, Neurocirugía, Traumatología y Pediatría, quienes han reportado estar mejor descansados después de la implementación de estas medidas y probablemente eso les lleva a cometer menos errores, pero tienen preocupación por la disminución de las horas de entrenamiento.

Además de la reducción en la carga horaria, que ha tenido resultados controversiales, en México se realizó un estudio experimental en el que se implementó un programa de ejercicios aeróbicos para los médicos residentes, dos a tres veces por semana y durante ocho semanas, y se encontró una reducción significativa en los niveles de Burn-out (valorado con un cuestionario) en los médicos del grupo de estudio en relación con el grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó un cuestionario validado para estimación de calidad de vida (WHOQL-BREF) a todos los médicos residentes ($n=157$) de las áreas clínicas, quirúrgicas y críticas del Hospital Carlos Andrade Marín durante el período de Octubre 2012 a Diciembre 2012. El estudio es de tipo descriptivo y para comparar los resultados de los grupos, se realizó un análisis de varianza de dos factores con una sola muestra por grupo. Una $p<0,05$ fue aceptada como significativa.

RESULTADOS

Durante el período del estudio el Hospital contaba con 157 residentes, de los cuales 56 trabajaban en áreas clínicas, 57 en áreas quirúrgicas y 44 en áreas críticas. El 45.2% eran mujeres. La distribución por sexo se puede ver en la Gráfico 1.

Se incluyeron a los residentes de todos los años, desde B1 hasta B6, independientemente de su universidad de origen, y de si eran asistenciales o de postgrado

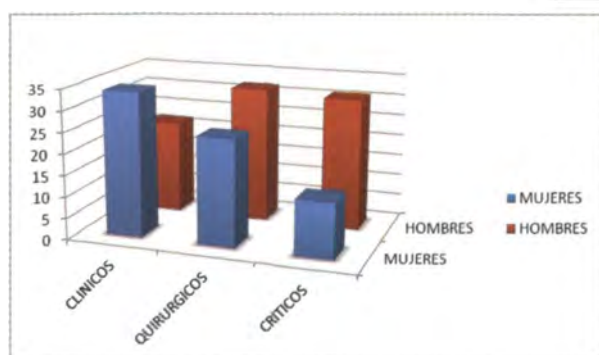


Gráfico 1.- Distribución por sexo y por área

Tabla 1. Valores absolutos de calidad de vida por servicio y por ámbito explorado

Ámbito	Clinicos	Quirúrgicos	Críticos
Físico	66.7	64.2	58.9
Psicológico	73.8	70.5	71.9
Relaciones sociales	37.2	33.5	34.3
Medio ambiente	65.3	85	60.6

Al realizar el análisis de varianza de dos factores con una sola muestra por grupo se obtienen valores que demuestran una ausencia de diferencia estadística entre los grupos, como se refleja en la Gráfico 2.

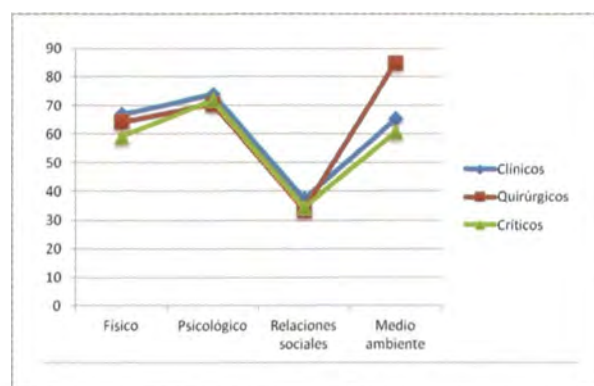


Gráfico 2.- Análisis de los valores absolutos de calidad de vida por áreas.

Análisis de varianza de dos factores con una sola muestra por grupo.

Resumen	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Físico	3	189,9	63,3	16,0
Psicosocial	3	216,3	72,1	2,7
Relaciones Soc	3	105,2	35,0	3,8
Medio Ambiente	3	210,9	70,3	166,9
Clinicos	4	243,2	60,8	259,6
Quirúrgicos	4	253,3	63,3	469,3
Críticos	4	225,8	56,4	250,0

ANÁLISIS DE VARIANZA		
F.	Prob.	Valor crítico para F
18,78064943	0,001878323	4,757062664
1,022111684	0,414955368	5,14325285
Total	3033,6101	11

DISCUSIÓN

Hay que tomar en cuenta el momento de la valoración de la calidad de vida que se basa en la subjetividad del paciente, así como en una multidimensionalidad que afecta a la misma.

Las horas de sueño y la carga laboral influyen en la calidad de vida de los residentes, pero estos no son los únicos elementos a tomar en cuenta. En Alemania se llevó a cabo un estudio de calidad de vida a gran escala, y realizaron una comparación entre áreas quirúrgicas y clínicas, y encontraron que, en general, la calidad de vida es menor en los residentes de especialidades quirúrgicas. En el análisis de los diferentes aspectos que determinan esta diferencia en la calidad de vida de ambos grupos, se destacaron restricciones en su vida privada, ambiente laboral jerárquico y poco colaborador, falta de oportunidades para una educación continua, y salario inadecuado. En nuestro estudio descriptivo, si bien no hay una diferencia estadística en la calidad de vida entre áreas, se identificó un valor significativamente menor en el área de relaciones sociales.

En México, un estudio descriptivo sobre la calidad de vida de los residentes de diferentes años encontró que la misma cambia conforme el residente avanza en sus estudios, así, el primer año la calidad de vida era de un 93%, el segundo año disminuía a 63%, recuperándose hacia el tercer año con un valor de 74%. En nuestro estudio no se hizo diferenciación según el año de residencia, por lo que nuestros valores se pueden considerar un promedio de los hallados en México.

Si comparamos los intervalos de confianza podemos ver que no hay diferencia estadística entre la calidad de vida encontrada en los residentes de México y en los residentes de nuestro estudio (Tabla 2).

En países como Japón, donde no hay una estandarización del tiempo que deben pasar los residentes de medicina en actividades asistenciales, docentes y de ocio, se ha reportado que la mayor parte del tiempo que el residente pasa en el hospital lo dedica a la atención de pacientes, con poco tiempo de docencia y largas horas de privación del sueño, sistema similar al de nuestro medio. Al no haber restricciones sobre las horas de trabajo semanales, se ha sugerido que el disminuir la cantidad de pacientes por residente puede tener un efecto beneficioso en cuanto a calidad de atención y calidad de vida del residente.

Por otro lado, si se adoptan medidas restrictivas, como las de la ACGME, hay algunas áreas que se verán más afectadas, en especial los servicios críticos, ya que gran parte de la fuerza laboral está dada por los residentes, y la disminución de horas trabajadas forzará la adopción de soluciones alternativas, como contratar más médicos, contratar más personal de enfermería, implementación de telemedicina y ofrecer rotaciones a médicos de áreas afines.

Si el residente pasa menos tiempo en el hospital, su conocimiento de los casos de sus pacientes va a ser fraccionado, no va a ver la evolución de la enfermedad, y cada paciente será atendido por muchos médicos.

En el Hospital Carlos Andrade Marín este último problema se evidencia en los médicos residentes asistenciales, que acuden sólo los días de guardia.

Tabla II. Intervalo de confianza (95%) de los residentes del estudio mexicano y del presente estudio.

	Score Promedio	IC 95%
Clinicos	61	48 - 74
Quirúrgicos	63	51 - 76
Críticos	56	42 - 71
México	63	46 - 80

CONCLUSIONES

La calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Carlos Andrade Marín no es diferente en las distintas áreas del mismo, y no es diferente de los residentes del estudio mexicano, sin embargo, se observa un valor menor en cuanto a relaciones sociales y este podría ser el pilar sobre el cual se puede trabajar para mejorar la calidad de vida.

Podría ser de utilidad realizar actividades que mejoren la comunicación entre el personal a cargo de los pacientes, incluyendo a enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos tratantes, camilleros, personal de laboratorio y personal de limpieza.

Sería conveniente realizar un estudio en otros hospital de tercer nivel como el hospital Carlos Andrade Marín para comparar y verificar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Gall J.R., Azoulay E., Embriaco N., Poncet M.C., Pochard F., *Burn out syndrome among critical care workers*, Bull Acad Natl Med, 2011 Feb; 195 (2): 389-97.
2. Friedlaender GE., *The 80-hour duty week: rationale, early attitudes, and future questions*, Clin Orthop Relat Res. 2006 Aug; 449: 138-42.