

Impacto de las limitaciones de hora de trabajo en los residentes

Dr. Jesús Tapia Jurado

El doctor William S. Halsted (1852-1922) fue el generador de las residencias de especialidad y su ideal se resume en éstas, sus palabras "Necesitamos un sistema, que seguramente lograremos, para producir no sólo cirujanos, sino cirujanos de excelencia que estimulen a médicos jóvenes a estudiar cirugía y a entregar toda su energía y su vida a elevar el conocimiento de la ciencia quirúrgica". En México las residencias médicas se inician en el Hospital General de México a partir de 1942. A través de los años, el trabajo de los futuros especialistas ha sido intenso, con carga de trabajo fuerte e inclusive con gran presión emocional; en ocasiones se han rebasado los límites de desgaste físico, lo que ha condicionado opiniones como la de Townson, quien dice "En general, existe una cultura médica de héroes, que celebran trabajar por periodos largos y continuos, dormir poco y realizar múltiples actividades".

Asociado a esto, existe la problemática de que el conocimiento médico se ha multiplicado en forma importante y la manera de adquirirlo se ha facilitado a través de la informática. Han surgido nuevas líneas del conocimiento en la cirugía y como ejemplo podemos mencionar: la laparoscopia, ingeniería de tejidos, telemedicina, robótica, bioética, medicina regenerativa, nanomedicina, etc.; lo que indudablemente condiciona retos para la cirugía del siglo XXI.

Existen investigaciones específicas que nos hablan de que la fatiga y la falta de dormir de los residentes condiciona deficiente aprendizaje cognitivo y de habilidades manuales, alteraciones psicológicas como mal humor, problemas maritales, abuso de drogas; e inclusive los residentes cansados tienen el doble de accidentes automovilísticos que la población en general. También se ha analizado que estos residentes con falta de horas de dormir llegan a tener hasta un 35.9% más de errores médicos graves y 5.6% más de errores diagnósticos.

Para Taffinder, el no dormir lo suficiente afecta a los residentes sobre la dexteridad en cirugía laparoscópica, demostrando que el cirujano desvelado, tiene un 20% más de errores, utiliza un 14% más de tiempo en la maniobra a realizar y la realiza con mayor estrés.

Por otro lado, se sabe que los errores médicos son la 8va causa de muerte en los EUA, (98,000) cifra que

iguala a las muertes que condicionan los accidentes automovilísticos (43,000), el cáncer de mama (42,00) y el SIDA (17,000).

Lo antes mencionado justificó al Accreditation Council for Graduated Medical Education (ACGME) en julio 2003 a emitir los siguientes ajustes en la carga de trabajo de los residentes:

1. No más de 80 horas de trabajo a la semana.
2. Guardias no mayores a 30 horas continuas con posterior descanso de por lo menos 10 horas.

Sin embargo, en su revisión del 2008 sugiere aumentar todavía más las restricciones en horas de trabajo.

Por otro lado la European Working Time Directive en agosto del 2009 solicita que los residentes tengan horarios no mayores de 48 horas a la semana con guardias no mayores de 13 horas continuas. Como ejemplos en el Reino Unido se trabajan de 56 a 64 horas por semana, en Francia 52.5 horas por semana y en Dinamarca hasta sólo 37 horas por semana.

Indudablemente, esto ha traído múltiples puntos de vista y ha obligado a las instituciones hospitalarias y universitarias a investigar y analizar los beneficios y perjuicios de tales medidas.

Para el Barnes-Jewish Hospital de la escuela de medicina de la Universidad de Washington hace ver que se deben tomar en cuenta diferentes puntos de vista de los residentes, de los pacientes, de la educación, de la satisfacción en el trabajo y de los sistemas de salud. Mencionando que para los residentes existen mejores condiciones de trabajo y hay mayor bienestar, que la capacidad para tomar decisiones mejora; pero que debe existir flexibilidad individual en la limitación del trabajo clínico.

Sobre el cuidado y seguridad de los pacientes, refiere que en principio la evaluación de los pacientes puede ser rápida e incompleta, que se pueden retrasar las decisiones terapéuticas y los trámites del alta, pero sobre todo, puede suceder que los cuidados del paciente se fragmenten, es decir, que no exista continuidad de un grupo de médicos sobre un paciente, e inclusive la información sobre el seguimiento del paciente se pierde. Esto nos hace pensar en si la medicina tiende a ser más deshumanizada o pone alerta en el nivel

de profesionalismo en la atención del paciente, ya que para algunos residentes, la relación médico-paciente-familia se deteriora.

En relación a la educación, se informa que con periodos cortos de trabajo se aumentan las oportunidades para adquirir más conocimientos y para investigación, se mejoran los momentos del intercambio de opiniones para el cuidado de los pacientes, pero disminuye la oportunidad para el seguimiento longitudinal del caso en estudio, disminuye el tiempo para las sesiones hospitalarias y existe menor tiempo para aprender junto a la cabecera del paciente.

En cuanto a la satisfacción en el trabajo se informa que aumenta el tiempo de estancia extrahospitalaria, mejorando las actividades de esparcimiento, pero existe frustración al dejar al paciente en manos de otro equipo de trabajo y se percibe cierta pérdida de dedicación a los pacientes.

Por lo que corresponde a la opinión de los sistemas de salud, informan que definitivamente ellos dependen del trabajo intenso de los residentes y que al disminuir sus horas de trabajo requerirán de una contratación de un mayor número de residentes, y evidentemente los costos se elevarán de forma importante. A este respecto Omahen informa que los hospitales de Estados Unidos deberán contratar, para llevar a cabo este sistema, 8,000 residentes más y que las instituciones médicas estiman que para realizar estas recomendaciones de la ACGME el costo será de 1.7 billones de dólares anuales.

En base a todos estos problemas, las instituciones han tenido que ingeniar diferentes formas de enfrentar los problemas, que van desde hacer más efectivo el trabajo del residente, en otras palabras, no utilizarlos para trabajos no médicos (como lo es el "ve y tráeme

exámenes de laboratorio y gabinete", "encárgate del paciente mientras va a rayos X", evitar tiempos perdidos que no llenan necesidades académicas, seleccionar más el tipo de cirugías que cada residente debe realizar (ya que pueden realizar durante su residencia 300 apendicectomías, siendo que puede ser suficiente con 100 procedimientos de esta índole), o se han sustituido espacios de residentes, con enfermeras de terapia intensiva perfectamente capacitadas para cubrir el trabajo del residente.

Hasta el momento, podemos considerar que el problema no está resuelto, que tiene múltiples aristas que debemos de analizar, que es cierto que no se debe abusar en la carga de trabajo de los residentes, que se deben buscar mecanismos para el adecuado descanso del residente y que debemos tener en mente que más allá de un simple problema de horas, lo que se requiere es la formación de cirujanos de excelencia, en donde el paciente debe de ser el centro del debate. Debe de quedar bien claro también que los principios bioéticos de la cirugía no son negociables.

Referencias

1. Lopez L, Katz JT. Perspective: Creating an ethical workplace: Reverberations of resident work hours. *Reform Med* 2009; 84: 315-319.
2. Higginson JD. Perspective: Limiting resident work hours is a moral concern. *Acad Med* 2009; 84: 310-314.
3. Omahen DA. Victoria General Hospital, Victoria, BC, The 10,000-hour rule and residency training. *CMAJ* 2009: 180.
4. Fletcher KE, Saint S, Mangrulkar RS. Balancing continuity of care with residents', limited work hours: Defining the implications. *Acad Med* 2005; 80: 39-43.
5. Longnecker DE. Resident Duty Hours Reform: are we There yet? *Acad Med* 2006; 81: 1017-1020.