

Médicos residentes sin turnos de 24h: Efecto sobre la seguridad del paciente.

Thais Pérez Santonja. Especialista en Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Galapagar, Madrid.

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente, horario, turnos, médico residente, errores médicos

KEYWORDS: *patient safety, schedule, shifts, resident physician, medical errors.*

Especialidades: Calidad y política sanitaria, Medicina Intensiva, Urgencias.

Enlace revista original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32579812/>

ABSTRACT

Los efectos sobre la seguridad del paciente al eliminar los turnos laborales de más de 24 h de los médicos residentes siguen siendo controvertidos.

Se trata de un ensayo multicéntrico, aleatorizado por conglomerados, donde se cuantificaron errores médicos graves en dos tipos de horarios: un horario control con turnos de ≥ 24 h y otro horario intervención con turnos diurnos o nocturnos de ≤ 16 h.

The effects on patient safety of eliminating extended-duration work shifts for resident physicians remain controversial.

This is a multicenter cluster-randomized trial, where serious medical errors were quantified in two types of schedules: A control schedule with shifts of ≥ 24 h and another intervention schedule with day or night shifts of ≤ 16 h.

ARTÍCULO

Se trata de un ensayo multicéntrico, aleatorizado por conglomerados, desde 2013 hasta el 2017, en seis UCIs pediátricas de EEUU.

Compararon dos horarios de médicos residentes de pediatría durante su rotación por UCI pediátrica: horario con turnos de ≥ 24 h (horario control) y horarios con turnos diurnos o nocturnos de ≤ 16 h (horario intervención).

El objetivo principal fue cuantificar los errores médicos graves cometidos por los médicos residentes en ambos horarios, detectados a través de vigilancia estrecha.

Las características de los pacientes de la UCI en los dos horarios fueron similares, pero el número medio de pacientes por médico residente fue mayor en el horario intervención ($8,8 \pm 2,8$ vs $6,7 \pm 2,2$).

Los médicos residentes cometieron más errores graves durante los horarios intervención que durante los horarios control (97,1 vs 79,0 por 1000 días-paciente; RR 1,53; IC 95%, 1,37-1,72; $p < 0,001$).

El número de errores en toda la unidad fue mayor durante los horarios intervención (181,3 vs 131,5 por 1000 días-paciente; RR 1,56; IC 95%, 1,43-1,71). Sin embargo, hubo una gran variabilidad entre centros. En tres centros, los médicos residentes cometieron más errores graves durante el horario intervención (RR ajustado 1,51; 2,38 y 5,90); en dos centros, no hubo diferencias; y en un centro, se cometieron menos errores graves durante el horario intervención (RR ajustado 0,24).

En un análisis secundario donde se ajustó el número de pacientes por médico residente como posible factor de confusión, los horarios intervención no se asociaron con un aumento en los errores. Las tasas de errores graves aumentaron con el aumento del número de pacientes por médico residente.

COMENTARIO

Los médicos residentes asignados a horarios reducidos cometieron más errores graves que los asignados a horarios con turnos de ≥ 24 h.

La intervención condujo a una disminución de las horas de trabajo semanales, un aumento de las horas de descanso y una mejora del rendimiento neuroconductual de los residentes.

A pesar de estos beneficios, los aumentos en la carga de trabajo del médico residente que se produjeron al eliminar los turnos de 24 h podrían explicar el aumento de errores en el horario intervención. Existe evidencia de que, cuando los médicos de la UCI atienden a más de 7 pacientes al día, la seguridad del paciente puede verse afectada¹.

Por otro lado, el aumento de la frecuencia de las transiciones de pacientes entre los médicos de los diferentes turnos (pases de guardia), podrían socavar los beneficios potenciales de reducir la privación del sueño en los residentes²⁻⁴.

En estudios previos de los mismos autores⁵⁻⁷, demostraron que un horario sin turnos de trabajo prolongados es beneficioso a pesar del aumento de las transferencias. En ellos se agregó un médico residente adicional durante esos meses para mantener constante la carga de trabajo diaria, al contrario que en el ensayo actual, en que la carga de trabajo de los médicos residentes aumentó cuando se introdujo el programa de intervención, ya que no hubo refuerzos en la plantilla.

Las horas de trabajo excesivas degradan la seguridad del paciente, pero también lo hacen las cargas de trabajo elevadas y las transferencias deficientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gershengorn HB, Harrison DA, Garland A, Wilcox ME, Rowan KM, Wunsch H. Association of intensive care unit patient-to-intensivist ratios with hospital mortality. *JAMA Intern Med* 2017; 177: 388-96.
2. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, Cook EF, Lee TH. Does house staff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med* 1994; 121: 866-72.
3. Cooper JB, Long CD, Newbower RS, Philip JH. Critical incidents associated with intraoperative exchanges of anesthesia personnel. *Anesthesiology* 1982; 56:456-61.
4. Petersen LA, Orav EJ, Teich JM, O'Neil AC, Brennan TA. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24: 77-87.
5. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004; 351:1838-48.
6. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, et al. Extended workshifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005; 352: 125-34.
7. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351: 1829-37.