



El estrés del médico residente en Urgencias

El trabajo en urgencias supone la interacción con un elevado número de pacientes, con gran diversidad y complejidad de afecciones y todo ello bajo estrictos requisitos de eficacia y rapidez en la atención sanitaria. Tudela y Mòdol¹ describen el trabajo de los servicios de urgencias como compuesto por aspectos intrínsecos y difícilmente modificables (en alusión a cuestiones tales como la afluencia discontinua de pacientes, la necesidad de priorizar, la dificultad de un diagnóstico rápido, el valor de la observación clínica y de las expectativas de los pacientes, entre otros) así como por aspectos extrínsecos o circunstanciales, potencialmente modificables (como la dotación estructural precaria, la demora en los ingresos, la falta de intimidad, la heterogeneidad organizativa y la falta de profesionalización). A estas condiciones de trabajo se unen componentes emocionales de la situación de urgencia que afectan tanto a pacientes y familiares como a los profesionales asistenciales y que interfieren en la atención urgente, donde se desea por ambas partes una comunicación empática que, en un entorno de adecuadas condiciones de trabajo, permita dar y recibir un trato personalizado, amable y "humano"².

En este marco de trabajo, el médico interno residente debe realizar un proceso mediante el cual la enseñanza teórica recibida durante su formación previa se convierta en aprendizaje a través de la experiencia clínica. El desarrollo de la aptitud clínica implicará la puesta en práctica de capacidades de reflexión y observación clínica, discriminación entre diferentes alternativas, elección, decisión y criterio propio ante situaciones problemáticas³.

Sin embargo, ese proceso no es fácil. Diferentes revisiones sobre el estrés en médicos residentes^{4,7}, distinguen a este grupo de facultativos como especialmente vulnerables al estrés, repitiéndose desde los años 80 hasta los estudios más recientes, los resultados entorno a factores antecedentes tales como las situaciones de sobrecarga de trabajo, las intensas demandas laborales, el limitado control, la percepción de falta de apoyo por parte de superiores y los problemas relativos a horarios prolongados de trabajo y guardias.

Las consecuencias para la salud de los jóvenes facultativos son importantes, y se han encontrado datos que señalan alteraciones cardiovasculares frecuentes⁸ así como depresión e

incremento de la irritabilidad desde el periodo de entrenamiento y aprendizaje⁵ e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivo-compulsivas⁹, problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y desorden bipolar¹⁰. También se ha relacionado el periodo de residencia con el desgaste profesional, abuso del alcohol y depresión, y su influencia en el cuidado y actitudes hacia los pacientes¹¹. Los efectos del desgaste profesional son no sólo individuales, sino que se contagian entre los compañeros y afectan también a las personas que atienden con deterioro de la calidad asistencial. Una consecuencia negativa es el trato despersonalizado o impersonal entre los compañeros y en la relación con el enfermo y familiares. El estrés de los MIR es mayor durante su primer año de formación, cuando son más frecuentes las alteraciones psicopatológicas, por lo cual debe asegurarse una supervisión continua y un apoyo psicológico y médico eficaz, por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales, a través de programas específicos para MIRs orientados a la prevención y al control del estrés laboral. Las mujeres médicos son más susceptibles a presentar trastornos mentales durante el programa de formación MIR, como se ha demostrado Firth-Cozens.

En el estudio pionero de Firth-Cozens y Morrison de 1989 los médicos residentes que presentaron unos niveles elevados de estrés de forma crónica reconocieron haber cometido errores clínicos en mayor grado que los que no estaban estresados (en el 23% frente al 7%), confirmando la hipótesis inicial de que los que estaban estresados cometían más errores, aunque ambos resultados puedan depender de otros factores latentes¹². En otros estudios, en población americana, se ha descrito que el elevado número de médicos residentes con niveles de desgaste profesional altos, podría ser causa de desatenciones observadas hacia los pacientes, cifrando esa tasa de descuidos en una actuación negligente al mes por médico, ya que del 76% de profesionales con desgaste profesional un 53% consideran que como mínimo, mensualmente, realizan cuidados no óptimos a los pacientes a causa del síndrome¹¹.

Gerrity y cols.¹³, tras una revisión de las investigaciones que incluyen estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos en la práctica clínica, afirman que existe un temor a

la inadecuación personal y a cometer errores que se relaciona con una ocultación de la necesidad de ayuda, tendencia a la práctica defensiva y ocultación de los propios errores. Esta tendencia a ocultar los propios problemas de salud puede convertirse en sí misma en un riesgo añadido y es algo que parece estar presente en este grupo profesional desde los primeros años de práctica profesional, cuando comienzan los procesos de socialización del médico en un entorno de trabajo asistencial. Por este motivo, las medidas preventivas sobre el estrés del médico deberán orientarse en el tiempo desde la formación de los MIRes, compaginando la formación técnica y científica con la de carácter psicosocial. En esto tendrán un papel especialmente importante los tutores y responsables formativos, con una técnica de apoyo instrumental pero también emocional.

Para la prevención del desgaste profesional se considera conveniente:

1. Mejorar las condiciones objetivas de trabajo para incrementar tanto la calidad asistencial como la satisfacción del usuario y del sanitario. Respecto de los MIRes es necesario contar con una supervisión efectiva, así como con la libranza después de las guardias.

2. Desarrollar programas grupales para la prevención del desgaste profesional y la mejora del apoyo mutuo entre los profesionales. Así, algunos autores¹⁴ proponen además el desarrollo de programas orientados a la formación de grupos de discusión de incidentes críticos en personal de emergencias (*Critical Incident Stress Debriefing*, CISD) con intervenciones pre-incidente (de carácter eminentemente formativo y educacional), durante el incidente (con un objetivo de desactivación y mantenimiento de la calma), post-incidente (en las 24 horas siguientes) y de seguimiento (pudiendo extenderse desde seis meses a un año).

Todas estas medidas actuarán como elementos de prevención secundaria esenciales para los médicos residentes de nuestros servicios de urgencias, pero no quisiéramos terminar este editorial sin incidir en la importancia de la prevención primaria. Las medidas que inciden en la organización, la aplicación rigurosa de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la implicación de todos los estamentos sanitarios en la salud y cuidado de

sus profesionales, serán pasos sin los cuales los médicos residentes no estarán siendo adecuadamente formados.

Nos congratulamos de que en nuestro ámbito sanitario se realice un estudio de campo tan interesante como el de Fernandez Martínez y cols.¹⁵, que aborda una problemática de gran actualidad con gran rigor metodológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Tudela P, Mòdol JM. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:711-6.
- 2- Ortega A, García JC, Rodríguez Y, Núñez S, Novo M, Rodríguez JA. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? *Emergencias* 2004;16:12-6.
- 3- Chavarría RA, Rivera DB. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas. *Rev Med IMSS* 2004;42:371-8.
- 4- Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG, Jozefowicz RF, Emmings FG. Levels and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987;62:744-53.
- 5- Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988;148:1428-35.
- 6- Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000;17:118-22.
- 7- Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004;292:2880-9.
- 8- Stamler JS, Goldman ME, Gomes J, Matza D, Horowitz SF. The effect of stress and fatigue on cardiac rhythm in medical interns. *J Electrocardiol* 1992;25:333-8.
- 9- Sweet M. Being a caring doctor may be bad for you. *BMJ* 2003;326: 355-60.
- 10- Takakuwa KM, Ernst AA, Weiss SJ. Residents With Disabilities: A National Survey of Directors of Emergency Medicine Residency Programs. *South Med J* 2002;95:436-41.
- 11- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
- 12- Firth-Cozens J, Morrison M. Sources of stress and ways of coping in junior house officers. *Stress Medicine* 1989;5:121-6.
- 13- Gerrity MS, Dekellis RF, Earp JA. Physician's reactions to uncertainty in patient care. *Med Care* 1991;28:724-36.
- 14- Madland K. A human component to consider in your emergency management plans: the critical incident stress factor. *Safety Science* 1995; 20:115-23.
- 15- Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2007;19:116-121.

J. C. Mingote Adán¹, M. Gálvez Herrero²

¹Coordinador del Plan de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo de la Comunidad de Madrid.

²Psicóloga Clínica.