

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

[DOI 10.35381/cm.v11i3.1805](https://doi.org/10.35381/cm.v11i3.1805)

## **Impacto de la fatiga por guardias médicas en decisiones clínicas y calidad del servicio hospitalario**

### **Impact of call fatigue on clinical decisions and hospital service quality**

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz  
[spbacuilimam49@est.ucacue.edu.ec](mailto:spbacuilimam49@est.ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0006-8770-9988>

Martha Cecilia Nieto-Abad  
[martha.nieto@ucacue.edu.ec](mailto:martha.nieto@ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-8416-2282>

Recibido: 25 de junio 2025  
Revisado: 30 de julio 2025  
Aprobado: 15 de septiembre 2025  
Publicado: 01 de octubre 2025

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue analizar el impacto de las guardias médicas prolongadas sobre la calidad de las decisiones clínicas. El problema identificado fue la relación entre la carga laboral y el deterioro del juicio clínico. En cuanto al método, se aplicó un diseño no experimental, transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra incluyó 127 profesionales de salud, a quienes se aplicó una encuesta estructurada basada en el Maslach Burnout Inventory. Los resultados evidenciaron que la mayoría presentó fatiga tras las guardias y también reportó afectación en la calidad de la atención. El tiempo de servicio mostró relación significativa con la fatiga y la calidad clínica. En conclusión, las guardias extensas reducen la concentración, incrementan los errores y afectan la seguridad del paciente. Se recomienda revisar protocolos laborales, establecer límites en las jornadas y fortalecer el entorno organizacional.

**Descriptores:** Agotamiento; fatiga; medico; calidad; atención. (Tesauro UNESCO).

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to analyze the impact of prolonged medical shifts on the quality of clinical decisions. The problem identified was the relationship between workload and impaired clinical judgment. In terms of methodology, a non-experimental, cross-sectional design with a quantitative approach was applied. The sample included 127 healthcare professionals, who completed a structured survey based on the Maslach Burnout Inventory. The results showed that most experienced fatigue after shifts reported an impact on the quality of care. Length of service showed a meaningful relationship with fatigue and clinical quality. In conclusion, long shifts reduce concentration, increase errors, and affect patient safety. It is recommended to review work protocols, establish limits on working hours, and strengthen the organizational environment.

**Descriptors:** Burnout; fatigue; physician; quality; care. (UNESCO Thesaurus).

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

## **INTRODUCCIÓN**

La fatiga generada por las guardias médicas prolongadas representa una disminución temporal en la capacidad física y mental del personal de salud, como resultado de la exposición continua a jornadas extensas y exigencias constantes. Esta condición afecta la salud y el bienestar del profesional y compromete su desempeño clínico. En contextos donde se requiere alta concentración y toma de decisiones rápidas, como el ámbito hospitalario, la fatiga puede derivar en errores diagnósticos, fallos terapéuticos y disminución de la capacidad de respuesta. A ello se suma el riesgo de accidentes laborales, ausentismo, alteraciones en el estado de alerta y fallos de memoria, lo que impacta de manera negativa en la calidad del servicio hospitalario y en la seguridad del paciente (Torres et al., 2022).

Campillo y Ortún (2018) identifican diversos factores que afectan la calidad de las decisiones clínicas, uno de los principales es la falta de evidencia científica clara o su mala interpretación, lo que lleva a decisiones incorrectas en el diagnóstico y tratamiento. Señalan que existe una gran variación en la práctica médica entre distintas regiones o profesiones, sin razones clínicas que la justifiquen. Las decisiones clínicas pueden verse influenciadas por opiniones o valores sociales, lo que dificulta una asignación justa de los recursos. Los autores destacan que muchas tecnologías de bajo valor siguen utilizándose, mientras que otras más efectivas no reciben financiamiento suficiente. Las decisiones individuales no siempre consideran su impacto en el conjunto del sistema de salud. Todo esto muestra la necesidad de mejorar los procesos de decisión clínica con base en evidencia, eficiencia y equidad. Por su parte, Robaina y Riesgo (2025) señalan que la calidad de las decisiones clínicas en el contexto hospitalario de Matanzas, Cuba, enfrentó desafíos que comprometieron su efectividad, uno de los principales hallazgos fue la escasa atención prestada a los factores psicológicos que incidieron en el proceso decisional, tales como el estrés, la sobrecarga emocional y las condiciones laborales en las unidades de atención crítica, los cuales influyeron de manera negativa en la precisión y seguridad del juicio clínico, a esto se sumó la limitada implementación del

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

modelo de toma de decisiones compartidas obstaculizada por barreras estructurales como la falta de tiempo, el desequilibrio en la relación médico-familia y la insuficiente capacitación del personal.

En el plano metodológico, si bien se reconoció la importancia de la medicina basada en la evidencia, persistieron dificultades para integrar de manera eficaz los hallazgos científicos en la práctica clínica diaria debido a limitaciones de acceso, tiempo y pertinencia contextual. A pesar de que se identificaron oportunidades para el uso de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial en apoyo a la toma de decisiones, su aplicación se vio restringida por deficiencias en la infraestructura tecnológica, riesgos de sesgos algorítmicos y la necesidad de garantizar una supervisión clínica adecuada. Estos elementos pusieron de manifiesto la urgencia de fortalecer las competencias decisionales del personal de salud mediante un enfoque integral que articule aspectos clínicos, psicológicos, éticos y tecnológicos (Robaina & Riesgo, 2025).

De la misma manera sucede en el centro hospitalario de la Dirección Distrital Junín – Bolívar que se encuentra ubicado en la ciudad de Calceta, centro norte de la Provincia de Manabí - Ecuador. En el ámbito de la salud laboral surge el Síndrome Burnout, que afecta a los profesionales que requieren un contacto directo con los usuarios. Abordar este síndrome constituye una prioridad institucional, el bienestar del personal representa un pilar fundamental en el desempeño hospitalario (Intriago, 2019).

Conforme con los antecedentes expuestos se plantea el siguiente problema de investigación: ¿cuál es la precisión y seguridad de las decisiones clínicas tomadas en el servicio del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos de Cuenca, Ecuador? En consecuencia, el objetivo del presente estudio es: evaluar el impacto de las horas acumuladas de guardia médica en la calidad de las decisiones clínicas.

**Hipótesis:** las horas acumuladas de guardia médica mantienen una relación significativa con la calidad de las decisiones clínicas adoptadas por los profesionales

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

de la salud, del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos de Cuenca, Ecuador.

### **Manifestaciones y dimensiones de carga laboral en el personal de salud**

La carga laboral de guardia médica se define como el conjunto de demandas físicas, cognitivas y emocionales que enfrentan los profesionales de la salud durante su jornada, las cuales, si no se gestionan de forma adecuada, pueden afectar su salud y desempeño (Girón & Carrera, 2025). En el ámbito médico, esta carga se ve intensificada durante las guardias, donde influyen factores como la duración de los turnos, la falta de pausas, la presión asistencial y la escasa disponibilidad de tiempo personal, lo que genera agotamiento físico y estrés constante (Amarilla et al., 2012). Las dos definiciones coinciden en destacar el impacto negativo del exceso de exigencias sobre la salud y el rendimiento del personal, así como el peso emocional que conlleva la labor médica. A pesar de ello, Girón y Carrera ofrecen una visión más general aplicable a cualquier trabajador, mientras que Amarilla et al. profundizan en los factores específicos que afectan al personal médico en formación.

Esta comprensión amplia referente a la carga laboral de guardia médica afecta de forma integral al personal de salud, dado que se manifiesta a través de tres dimensiones físicas, cognitivas y emocionales. En el plano físico, el esfuerzo prolongado durante turnos extensos, junto con la falta de pausas para el descanso, genera fatiga acumulada y un deterioro en el rendimiento corporal (Albán, 2025). En cuanto a la dimensión cognitiva, existe hallazgos que evidencian que la privación del sueño disminuye la capacidad de concentración y aumenta la probabilidad de cometer errores, especialmente en tareas que requieren precisión. Este agotamiento mental se intensifica durante las guardias, donde se exige mantener la atención por largas horas en un entorno de alta presión (Amarilla et al., 2025).

Desde esta perspectiva, la carga de trabajo que implica una guardia médica impacta de forma profunda en quienes ejercen esta labor. La acumulación de tareas, la falta

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

de sueño y el esfuerzo prolongado deterioran su rendimiento y generan consecuencias físicas y psicológicas. Investigaciones recientes advierten que este tipo de exigencias puede provocar errores en procedimientos delicados, afectar la concentración y alterar el equilibrio general del trabajador de salud (Arteaga, 2020). La sobrecarga generada por la escasez de personal y el aumento de la demanda asistencial representa una de las principales tensiones estructurales dentro del sistema sanitario actual. Esta condición se presenta cuando el número de trabajadores disponibles resulta insuficiente para cubrir el volumen de atención requerido por la población, situación que expone al personal a una jornada laboral exigente y, al mismo tiempo, compromete su integridad física y su salud mental. La falta de profesionales obliga a quienes permanecen en funciones a asumir múltiples responsabilidades de forma simultánea, muchas veces sin el apoyo técnico ni logístico necesario, lo que provoca un desgaste progresivo (Calapaqui et al., 2025). En el sector salud, el aumento del estrés y la carga excesiva de trabajo del personal médico se ha relacionado con múltiples repercusiones desfavorables en el ámbito laboral, entre estas destaca la mayor incidencia de fallos en la práctica clínica, dado que el agotamiento físico y emocional compromete funciones clave como la concentración, el juicio clínico y la exactitud en las intervenciones con los pacientes. De igual forma, se presenta un alza en las ausencias y en la movilidad del personal, lo cual obedece al desgaste continuo provocado por las demandas del entorno de trabajo, pudiendo desencadenar problemas de salud, y afectando con ello la permanencia del talento humano en las instituciones médicas (Girón et al., 2025). En los centros de salud, la constante exposición al estrés y a una carga excesiva de tareas ha generado efectos nocivos en quienes ejercen la medicina. Entre las consecuencias más preocupantes se encuentra el aumento de fallos durante la práctica clínica, resultado del cansancio físico y mental que interfiere con la concentración, la claridad en el juicio y la correcta ejecución de los procedimientos frente a los pacientes (Girón et al., 2025). A esto se añaden las ausencias frecuentes y los cambios de personal, manifestaciones que reflejan el impacto de jornadas

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

extenuantes que afectan tanto el cuerpo como la mente, debilitando la continuidad de los equipos de trabajo en las unidades hospitalarias (Girón et al., 2025). Por otra parte, el entorno institucional también se ve comprometido cuando existen condiciones precarias, exceso de presión y escasa valoración del esfuerzo profesional, lo que disminuye el interés laboral, fractura las relaciones entre compañeros y propicia el desarrollo del agotamiento crónico, afectando el desempeño y la estabilidad emocional del equipo médico (Girón et al., 2025).

### **Fundamentos técnicos, éticos y normativos de las decisiones clínicas**

La calidad de las decisiones clínicas se entiende como el proceso mediante el cual el profesional de salud toma determinaciones basadas en la información del paciente, su experiencia y el respaldo de la evidencia científica. Estas decisiones son fundamentales para garantizar una atención centrada en la persona, segura, precisa y ajustada a sus necesidades específicas (Calahorrano, 2025). Para lograrlo, es necesario considerar el entorno clínico, social y personal del paciente, así como aplicar un juicio bien estructurado que permita actuar con claridad frente a situaciones complejas. Esta práctica mejora los resultados en salud, disminuye los errores y contribuye a una atención más eficaz y humana (Zambrano et al., 2025).

La toma de decisiones en el ámbito clínico representa un aspecto importante en la prestación de servicios de salud en la medida que posibilita al personal sanitario identificar, manejar y resolver los problemas que afectan al paciente, apoyándose en datos relevantes, experiencia adquirida y respaldo científico (Calahorrano, 2025). Este proceso resulta vital para ofrecer cuidados efectivos, seguros y adaptados a las necesidades particulares de cada individuo. Para alcanzar altos estándares, es indispensable incorporar saberes actualizados, contemplar las condiciones específicas del paciente y ejercer un criterio profesional sólido (Zambrano et al., 2025). Esta combinación permite enfrentar desafíos clínicos con mayor exactitud y disminuir riesgos asociados a decisiones erróneas.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

De acuerdo con Zambrano et al. (2025) y Calahorrano (2025), la calidad de las decisiones clínicas se sustenta en varias dimensiones que fortalecen la práctica médica y mejoran los resultados en salud. En primer lugar, el razonamiento clínico hace referencia a la capacidad del profesional para interpretar de manera adecuada la información del paciente y tomar decisiones lógicas y bien estructuradas.

La segunda dimensión, el uso de la evidencia científica, destaca la importancia de aplicar conocimientos actualizados, guías clínicas y protocolos validados en cada intervención. Otra dimensión esencial es la oportunidad, entendida como la toma de decisiones en el momento justo, lo cual permite que las acciones sean efectivas y pertinentes. Se resalta la participación del paciente, que implica integrarlo en el proceso de decisión, respetando sus valores, necesidades y preferencias, permitiendo una atención segura, personalizada y fundamentada en buenas prácticas clínicas ( Parra & Viñán, 2025).

La toma de decisiones clínicas es una actividad fundamental en el ejercicio médico, permite responder a las necesidades del paciente a partir de la información clínica, la experiencia profesional y el respaldo científico. Este proceso favorece una atención eficaz, segura y ajustada a cada caso particular (Zambrano et al., 2025).

El marco normativo que regula la práctica clínica en salud en Ecuador está compuesto por la Constitución, las leyes laborales, la Ley Orgánica de Salud y la normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP), las cuales garantizan condiciones adecuadas para el trabajo del personal sanitario. Estas normas aseguran derechos laborales como jornadas justas y acceso a los recursos necesarios, lo que permite una toma de decisiones clínicas más segura y fundamentada. La Ley Orgánica de Salud orienta la atención médica bajo principios éticos y de respeto a los derechos del paciente. Asimismo, las disposiciones del MSP sobre turnos, horarios y descanso buscan prevenir el agotamiento del personal, protegiendo así la calidad y coherencia de sus decisiones. En conjunto, estas regulaciones contribuyen a un entorno laboral que promueve una atención responsable, ética y centrada en el bienestar del paciente (Zambrano et al., 2025; Calahorrano, 2025).

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

La toma de decisiones clínicas es vital para ofrecer una atención segura y efectiva, basada en información, experiencia y evidencia científica. Su calidad depende de conocimientos actualizados, buen juicio y participación del paciente (Pizarro et al., 2025). Incluso, el marco normativo garantiza condiciones laborales adecuadas que favorecen decisiones responsables y éticas (Viruez & Vera).

## **MÉTODO**

Se empleó un diseño no experimental, dado que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables involucradas (Hernández et al., 2014). Se adoptó un enfoque cuantitativo, ya que permitió medir variables específicas, facilitar la comparación con estudios similares y proporcionar posibilidad de replicación (Hernández et al., 2014). El alcance del estudio fue correlacional, con la finalidad de determinar la relación y el grado de asociación entre las horas acumuladas de guardia y la calidad de las decisiones clínicas. La finalidad fue transversal, dado que la recolección de datos se efectuó en un único momento, obteniendo información de la población objetivo.

En cuanto a los métodos, el método histórico-lógico permitió estudiar la trayectoria de las guardias médicas y su impacto en las decisiones clínicas, considerando los condicionamientos sociales, económicos y organizacionales (Rodríguez & Pérez, 2017). El método analítico-sintético facilitó descomponer los elementos de las variables y posteriormente integrarlos en un análisis de su relación (Rodríguez & Pérez, 2017). El método inductivo-deductivo permitió inferir principios generales a partir de los datos obtenidos y aplicar teorías previas para interpretar los resultados en el contexto institucional.

Los sujetos de análisis fueron médicos y militares técnicos del hospital. La población comprendió a 27 médicos y 100 militares técnicos que participaron en los últimos pases de la Fuerza Terrestre en 2025, totalizando 127 sujetos.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada dirigida al personal de salud, distribuida por enlace a los dispositivos móviles de los

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

participantes. El instrumento, basado en el Maslach Burnout Inventory (MBI) y adaptado para este estudio, incluyó secciones sobre datos demográficos, percepción de fatiga, rendimiento cognitivo, impacto en las decisiones clínicas y estrategias institucionales. Las preguntas cerradas permitieron medir específicamente la relación entre las horas acumuladas de guardia y la calidad de las decisiones clínicas. Los datos obtenidos fueron analizados mediante técnicas descriptivas y correlacionales, calculando frecuencias, medias y coeficientes de correlación con el fin de identificar patrones significativos entre las variables.

En paralelo, se aplicó una entrevista semiestructurada al jefe de personal del hospital, con el objetivo de explorar la percepción institucional sobre la carga de guardias, su impacto en la seguridad del paciente y su implicación en la gestión del talento humano. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado de manera digital antes de iniciar la encuesta. Se garantizó la armonización de los datos y el respeto a los principios éticos de confidencialidad, voluntariedad y uso exclusivo de la información con fines investigativos.

## **RESULTADOS**

El análisis de la información recolectada permite identificar las tendencias más relevantes, así como los hallazgos que aportan a la comprensión de la situación actual del hospital, constituyendo la base para la discusión y posteriores conclusiones del trabajo investigativo. La prueba de normalidad Shapiro-Wilk aplicada a 127 casos válidos evidenció que todas las variables presentan valores de significancia menores a 0.001, por lo que no siguen una distribución normal.

En la tabla 1 se muestra la distribución según los rangos de edad. Se encontró que la mayoría de los participantes tenían una edad  $\geq 41$  años ( $n=39$ ; 30,7 %). El grupo menos numeroso fue el de los menores de 30 años ( $n=20$ ; 15,8 %).

### **Tabla 1**

Rangos de edad. Trabajadores del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

| <b>Edad</b>  | <b>Frecuencias</b> | <b>Porcentajes</b> |
|--------------|--------------------|--------------------|
| < 30 años    | 20                 | 15,8               |
| 30 a 35 años | 31                 | 24,4               |
| 36 a 40 años | 37                 | 29,1               |
| ≥ 41 años    | 39                 | 30,7               |
| <b>Total</b> | <b>127</b>         | <b>100,0</b>       |

**Elaboración:** Los autores.

Los datos de la figura fueron extraídos de la encuesta aplicada a profesionales del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos. En cuanto al género, las mujeres representaron el 59,8 % de los participantes en esta investigación (n=76). (ver tabla 2).

**Tabla 2**

Género. Trabajadores del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos.

| <b>Género</b> | <b>Frecuencias</b> | <b>Porcentajes</b> |
|---------------|--------------------|--------------------|
| Masculino     | 51                 | 40,2               |
| Femenino      | 76                 | 59,8               |
| <b>Total</b>  | <b>127</b>         | <b>100,0</b>       |

**Elaboración:** Los autores.

Los datos de la figura fueron extraídos de la encuesta aplicada a profesionales del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos. En relación con las especialidades médicas del personal, se identificó una distribución heterogénea: Medicina General concentró el 27,6 % de los participantes (n=35), seguida de Cirugía con 7,9 % (n=10); Anestesiología y Ginecología con 2,4 % cada una (n=3); y Medicina Interna y Traumatología con 1,6 % respectivamente (n=2 en cada caso). La

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

categoría Otras Especialidades agrupó a 72 participantes, equivalente al 56,7 %, lo que refleja una alta diversidad profesional entre los encuestados (ver tabla 3).

Con respecto a los datos reflejados en la tabla 4, los mismos fueron extraídos de la encuesta aplicada a profesionales del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos. En cuanto al tiempo de servicio en el Hospital Militar Dr. Carlos Alvarado Cobos, 52 trabajadores tenían menos de un año en esta institución (40,9 %); 49 habían trabajado entre 6 y 10 años (38,6 %) y, 26 tenía un tiempo de servicio  $\geq 11$  años (20,5 %). (ver tabla 4).

**Tabla 3**

Especialidad Médica. Trabajadores del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos.

| <b>Especialidad</b> | <b>Frecuencias</b> | <b>Porcentajes</b> |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| Medicina general    | 35                 | 27,6               |
| Cirugía             | 10                 | 7,9                |
| Anestesiología      | 3                  | 2,4                |
| Ginecología         | 3                  | 2,4                |
| Medicina Interna    | 2                  | 1,6                |
| Traumatología       | 2                  | 1,6                |
| Otras               | 72                 | 56,7               |
| <b>Total</b>        | <b>127</b>         | <b>100,0</b>       |

**Elaboración:** Los autores.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

**Tabla 4**

Tiempo de servicio. Trabajadores del Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos.

| Tiempo de servicio | Frecuencias | Porcentajes  |
|--------------------|-------------|--------------|
| < 1 año            | 52          | 40,9         |
| 6 a 10 años        | 49          | 38,6         |
| ≥ 11 años          | 26          | 20,5         |
| <b>Total</b>       | <b>127</b>  | <b>100,0</b> |

**Elaboración:** Los autores.

La mayoría de los participantes coincidió en reconocer los efectos negativos de las guardias prolongadas. Los profesionales señalaron que después de estas jornadas resulta difícil concentrarse en las tareas clínicas, que la somnolencia interfiere con sus decisiones, que el cansancio disminuye la calidad de sus decisiones terapéuticas y que trabajar más de 12 horas continuas aumenta el riesgo de cometer errores médicos. El análisis de las tablas de frecuencia permite identificar patrones relevantes relacionados con el impacto de la fatiga por guardias médicas.

**Tabla 5**

Guardia prolongada.

| Después de una guardia prolongada me resulta<br>difícil concentrarme en las tareas clínicas. | Frecuencia | Porcentaje   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Si                                                                                           | 91         | 71,6         |
| No                                                                                           | 36         | 28,4         |
| <b>Total</b>                                                                                 | <b>127</b> | <b>100,0</b> |

**Elaboración:** Los autores.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

La mayoría de los médicos reporta dificultad para concentrarse tras guardias extensas, con un 70% de los encuestados. Un porcentaje menor no presenta este problema, cerca del 30%. Esto indica que la fatiga impacta la atención durante la labor clínica. Cerca de un 69% percibe mayor riesgo de cometer errores al trabajar más de 12 horas seguidas. Solo un tercio no percibe esta situación, alrededor del 31%. Los resultados evidencian que la duración de la guardia influye en la seguridad clínica. La somnolencia afecta las decisiones clínicas de la mayoría de los médicos, un 71%. El resto no reporta interferencia, aproximadamente un 29%.

La fatiga disminuye la calidad de las decisiones terapéuticas según el 69% de los encuestados. Solo un 31% no observa cambios.

Un 67% reconoce dificultad para priorizar pacientes durante guardias prolongadas. Un 33% no enfrenta esta limitación. La fatiga afecta la organización de tareas clínicas.

La mayoría reconoce haber cometido errores vinculados al cansancio, un 92%. Solo un 8% lo niega. La evidencia refleja un impacto directo de la fatiga en la práctica clínica.

En la tabla 6 se analiza la fatiga por las guardias según las características generales de los participantes. Se observó que, experimentan fatiga después de una guardia 15 profesionales menores de 30 años, lo que representa el 65,0% de este grupo; en el 74,2% de los que tenían entre 30 y 35 años ( $n=23$ ), en el 81,1% ( $n=30$ ) de los que tenían entre 36 y 40 años y, en el 64,1% ( $n=25$ ) de los mayores de 40 años.

El grupo de edad más afectado por la fatiga después de las guardias fue el de entre 36 y 40 años. En cuanto a la fatiga según sexo, se observó que esta afectó más a las mujeres ( $n=55$ ; 72,4 %). Según la especialidad, los más afectados fueron los anestesiólogos ( $n=3$ ; 100%), médicos generales ( $n=25$ ; 71,4 %) y cirujanos ( $n=7$ ; 70 %).

Ninguna de estas características se relacionó de forma estadísticamente significativa con la fatiga después de la guardia ( $p>0,05$  en todos los casos). En cuanto al tiempo de servicio, se encontró que la fatiga fue mayor entre los que tenían menos de un

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

año (n=43;82,7 %) y, fue menos evidente entre los que tenían  $\geq 11$  años de servicio (n=14;53,8 %).

En la tabla 7 se observa que, percibieron una afectación de la calidad de la atención después de una guardia el 72,9 % (n=27) de los profesionales que tenían entre 36 y 40 años, y, en segundo lugar, de frecuencia, están los profesionales de menos de 30 años (n=14; 70,0%). Con respecto al género, los hombres percibieron con mayor frecuencia una afectación de la calidad de la atención después de la guardia (n=36; 70,6 %). En cuanto a la especialidad, los que más percibieron afectación en la calidad del servicio fueron los cirujanos (n=7; 70,0%) y los médicos generales (n=24; 68,6 %). Ninguna de estas características se relacionó de forma estadísticamente significativa con la afectación de la calidad de la atención percibida después de la guardia ( $p>0,05$  en todos los casos).

Con respecto al tiempo de servicio, se observó que los más afectados fueron los que tenían menos de un año de servicio (n=43; 82,7%) y, los menos afectados fueron los que tenían más de 10 años (n=14; 53,8%). Esto alcanzó significación estadística ( $p<0,05$ ) y, la relación entre estas dos variables fue positiva y débil ( $r=0,240$ ).

**Tabla 6**

Fatiga después de la guardia según las características generales de los profesionales.

| Características generales | Fatiga por las guardias |            | Coeficiente de Pearson (r) | P     |
|---------------------------|-------------------------|------------|----------------------------|-------|
|                           | Sí                      | No         |                            |       |
| <b>Edad</b>               |                         |            | 0,158                      | 0,355 |
| < 30 años                 | 13 (65,0%)              | 7 (35,0%)  |                            |       |
| 30 a 35 años              | 23 (74,2%)              | 8 (25,8%)  |                            |       |
| 36 a 40 años              | 30 (81,1%)              | 7 (18,9%)  |                            |       |
| $\geq 41$ años            | 25 (64,1%)              | 14 (35,9%) |                            |       |
| <b>Sexo</b>               |                         |            | 0,058                      | 0,827 |
| Masculino                 | 36 (70,6%)              | 15 (29,4%) |                            |       |

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

|                           |                   |                   |       |       |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------|-------|
| Femenino                  | 55 (72,4%)        | 21 (27,6%)        |       |       |
| <b>Especialidad</b>       |                   |                   |       |       |
| Medicina general          | 25 (71,4%)        | 10 (28,6%)        | 0,175 | 0,674 |
| Cirugía                   | 7 (70,0%)         | 3 (30,0%)         |       |       |
| Anestesiología            | 3 (100,0%)        | 0 (0,0%)          |       |       |
| Ginecología               | 1 (33,3%)         | 2 (66,7%)         |       |       |
| Medicina Interna          | 1 (50,0%)         | 1 (50,0%)         |       |       |
| Traumatología             | 1 (50,0%)         | 1 (50,0%)         |       |       |
| Otras                     | 53 (73,6%)        | 19 (26,4%)        |       |       |
| <b>Tiempo de servicio</b> |                   |                   |       |       |
| < 1 año                   | 43 (82,7%)        | 9 (17,3%)         | 0,233 | 0,026 |
| 6 a 10 años               | 34 (69,4%)        | 15 (30,6%)        |       |       |
| ≥ 11 años                 | 14 (53,8%)        | 12 (46,2%)        |       |       |
| <b>Total</b>              | <b>91 (71,7%)</b> | <b>36 (28,4%)</b> |       |       |

**Elaboración:** Los autores.

En la tabla 7 se observa que, percibieron una afectación de la calidad de la atención después de una guardia el 72,9 % (n=27) de los profesionales que tenían entre 36 y 40 años, y, en segundo lugar, de frecuencia, están los profesionales de menos de 30 años (n=14; 70,0%). Con respecto al género, los hombres percibieron con mayor frecuencia una afectación de la calidad de la atención después de la guardia (n=36; 70,6 %). En cuanto a la especialidad, los que más percibieron afectación en la calidad del servicio fueron los cirujanos (n=7; 70,0%) y los médicos generales (n=24; 68,6 %). Ninguna de estas características se relacionó de forma estadísticamente significativa con la afectación de la calidad de la atención percibida después de la guardia ( $p > 0,05$  en todos los casos).

Con respecto al tiempo de servicio, se observó que los más afectados fueron los que tenían menos de un año de servicio (n=43; 82,7%) y, los menos afectados fueron los

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

que tenían más de 10 años ( $n=14$ ; 53,8%). Esto alcanzó significación estadística ( $p<0,05$ ) y, la relación entre estas dos variables fue positiva y débil ( $r=0,240$ ).

En la tabla 8 se observa que, de los profesionales que experimentaron fatiga después de la guardia, el 91,2% ( $n=83$ ) percibía que esto afectaba la calidad de su trabajo. Esto fue estadísticamente significativo ( $p<0,001$ ), y la asociación entre ambas variables fue moderada ( $r=0,592$ ).

Además; el riesgo relativo de afectación de la calidad de la atención en médicos que tienen fatiga después de la guardia es elevado (RR: 5,5; IC 95%: 2,6-11,4).

**Validación de hipótesis:** los resultados obtenidos respaldan de forma concluyente la hipótesis planteada, al evidenciar una relación estadísticamente significativa entre las horas acumuladas de guardia médica y la calidad de las decisiones clínicas. La presencia de fatiga posterior a las guardias se asoció moderadamente con la percepción de afectación de la atención clínica ( $r = 0,592$ ;  $p < 0,001$ ), y los profesionales fatigados mostraron un riesgo 5,5 veces mayor de reportar deterioro en la calidad de su desempeño (RR: 5,5; IC 95%: 2,6–11,4).

**Tabla 7**

Afectación en la calidad de la atención después de la guardia según las características generales de los profesionales.

| Características generales | Afectación de la calidad de la atención después de la guardia |            | Coeficiente de Pearson (r) | P     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|-------|
|                           | Sí                                                            | No         |                            |       |
| <b>Edad</b>               |                                                               |            | 0,044                      | 0,971 |
| < 30 años                 | 14 (70,0%)                                                    | 6 (30,0%)  |                            |       |
| 30 a 35 años              | 21 (67,7%)                                                    | 10 (32,3%) |                            |       |
| 36 a 40 años              | 27 (72,9%)                                                    | 10 (27,1%) |                            |       |
| ≥ 41 años                 | 27 (69,2%)                                                    | 12 (30,8%) |                            |       |

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

|                           |                   |                   |       |       |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------|-------|
| <b>Sexo</b>               |                   |                   | 0,009 | 0,918 |
| Masculino                 | 36 (70,6%)        | 15 (29,4%)        |       |       |
| Femenino                  | 53 (69,7%)        | 23 (30,3%)        |       |       |
| <b>Especialidad</b>       |                   |                   |       |       |
| Medicina general          | 24 (68,6%)        | 11 (31,4%)        | 0,198 | 0,159 |
| Cirugía                   | 7 (70,0%)         | 3 (30,0%)         |       |       |
| Anestesiología            | 1 (33,3%)         | 2 (66,7%)         |       |       |
| Ginecología               | 1 (33,3%)         | 2 (66,7%)         |       |       |
| Medicina Interna          | 1 (50,0%)         | 1 (50,0%)         |       |       |
| Traumatología             | 1 (50,0%)         | 1 (50,0%)         |       |       |
| Otras                     | 54 (75,0%)        | 18 (25,0%)        |       |       |
| <b>Tiempo de servicio</b> |                   |                   | 0,240 | 0,021 |
| < 1 año                   | 43 (82,7%)        | 9 (17,3%)         |       |       |
| 6 a 10 años               | 32 (65,3%)        | 17 (34,7%)        |       |       |
| ≥ 11 años                 | 14 (53,8%)        | 12 (46,2%)        |       |       |
| <b>Total</b>              | <b>89 (70,1%)</b> | <b>38 (29,9%)</b> |       |       |

**Elaboración:** Los autores.

**Tabla 8**

Fatiga después de la guardia y afectación de la calidad de la atención.

| <b>Fatiga<br/>después de la<br/>guardia</b> | <b>Afectación de la calidad de<br/>la atención</b> |                   | <b>RR<br/>(IC 95%)</b> | <b>Coeficiente<br/>de<br/>Pearson (r)</b> | <b>P</b> |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------------------------------|----------|
|                                             | <b>Sí</b>                                          | <b>No</b>         |                        |                                           |          |
| Sí                                          | 83 (91,2%)                                         | 8 (8,8%)          | 5,5                    | 0,592                                     | <0,001   |
| No                                          | 6 (16,7%)                                          | 30 (83,3%)        | (2,6-11,4)             |                                           |          |
| <b>Total</b>                                | <b>89 (70,1%)</b>                                  | <b>38 (29,9%)</b> |                        |                                           |          |

**Elaboración:** Los autores.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

## **DICUSIÓN**

La evidencia obtenida en este estudio confirma que la fatiga acumulada por las guardias médicas prolongadas constituye un factor determinante en la disminución de la capacidad de concentración, en la calidad de las decisiones clínicas y, por tanto, en la seguridad del paciente. Al respecto existe análisis sobre residentes de medicina de urgencias a nivel nacional, el cual describe cómo la somnolencia y el agotamiento mental generan un entorno clínico propenso al error. La afectación identificada no se limita al plano físico, sino que compromete funciones cognitivas críticas como el juicio clínico, la atención sostenida y la capacidad para priorizar, elementos esenciales en la práctica médica.

A pesar de que los estudios difieren en sus contextos, uno centrado en un hospital militar con profesionales de múltiples especialidades y el otro en un entorno civil con residentes de urgencias, los resultados convergen en puntos esenciales: la duración excesiva de las jornadas médicas incrementa el riesgo de deterioro clínico y compromete tanto la salud del profesional como la del paciente. El presente trabajo, al aplicar un instrumento validado con análisis estadístico robusto, permite establecer asociaciones significativas entre la fatiga post-guardia y la percepción de afectación en la calidad de atención, lo cual fortalece la validez interna de los resultados.

A la vez, este estudio incorpora variables sociodemográficas y laborales que amplían la comprensión de los factores moduladores de la fatiga médica, evidenciando, por ejemplo, una mayor afectación en quienes tienen menor tiempo de servicio, lo que demuestra que la adaptación a las demandas laborales no mitiga necesariamente los efectos fisiológicos y cognitivos del cansancio. El hecho de que la relación entre fatiga y afectación clínica haya alcanzado significación estadística ( $r = 0,592$ ;  $p < 0,001$ ) y un riesgo relativo elevado (RR: 5,5; IC 95 %: 2,6–11,4) refuerza la gravedad del fenómeno en entornos hospitalarios estructuralmente exigentes.

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

Los estudios coinciden en que se deben implementar reformas institucionales. Desde la perspectiva de la salud laboral, es indispensable establecer límites a la duración de las guardias, introducir sistemas de descanso obligatorio y fortalecer el monitoreo de la carga física y cognitiva del personal. La coincidencia en los hallazgos y en las propuestas de intervención evidencia una convergencia científica y práctica que debe ser considerada por las autoridades sanitarias y por los organismos responsables de la regulación hospitalaria. La consistencia de estos resultados justifica plenamente la inclusión de la fatiga médica como un eje prioritario dentro de la agenda global de seguridad del paciente y bienestar del personal sanitario.

## **CONCLUSIONES**

Las largas jornadas de guardia afectan la salud del personal médico y reducen la calidad de sus decisiones clínicas. Factores como el estrés, la falta de recursos, la escasa formación en análisis crítico y las condiciones laborales desfavorables influyen en el desempeño profesional. Fortalecer las habilidades clínicas, éticas y digitales, mejorar el entorno laboral y promover una atención basada en evidencia y centrada en el paciente.

La carga laboral en las guardias médicas afecta la salud del personal y disminuye su capacidad para tomar decisiones clínicas con precisión y seguridad. Factores como el cansancio físico, el estrés emocional, la falta de pausas y el exceso de tareas deterioran el juicio profesional y aumentan los errores. Para mejorar la atención y proteger al equipo médico, se requiere un entorno laboral justo, con normas claras y formación constante.

El estudio en el Hospital Militar Dr. Carlos Alberto Alvarado Cobos muestra que las guardias largas afectan la concentración, la toma de decisiones y la seguridad del paciente. El cansancio y la somnolencia tras estas jornadas dificultan el trabajo clínico y aumentan el riesgo de errores. La diversidad en edad, género y especialidad fortalece el análisis. Estos resultados resaltan la necesidad de crear

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

protocolos que reduzcan las horas seguidas de trabajo para cuidar la salud del personal y mejorar la calidad del servicio.

La fatiga causada por guardias largas afecta la calidad de la atención y la concentración, sobre todo en quienes tienen menos tiempo de servicio. Edad, sexo y especialidad no tuvieron relación clara con el cansancio, pero el tiempo trabajado sí influyó. La fuerte conexión entre fatiga y deterioro en el trabajo demanda reducir las horas continuas para proteger la seguridad del paciente y el bienestar del personal.

## **FINANCIAMIENTO**

No monetario.

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los factores sociales que influyeron en el desarrollo de esta investigación.

## **REFERENCIAS CONSULTADAS**

- Albán, D. (2025). La privación del sueño y su impacto en la neurocognición: Un análisis de los efectos en la memoria, atención y emociones. *Horizonte Académico Revista Multidisciplinaria*. <https://n9.cl/j5nly>
- Amarilla, P., Spina, C., Cuevas, M., Quarroz, J., Capone, F., & Cruz, C. (2012). Impacto de la realización de guardias médicas sobre el rendimiento académico -*Fronteras en Medicina 2021*, 89-96. <https://n9.cl/kdpi0>
- Arteaga, M. (2020). Deterioro cognitivo en médicos residentes por la privación del sueño en guardias de 24 horas. *Revista San Gregorio*, 176-192. <https://n9.cl/h154p>
- Calahorrano, E. (2025). Equidad algorítmica y decisiones clínicas basadas en sistemas de soporte basados en inteligencia artificial. *reative Commons Reconocimiento*, 1-17. <https://n9.cl/prfzp9a>
- Calapaqui, J., & Campos, N. (2025). Impacto de la sobrecarga laboral en la salud física y psicológica del personal sanitario: una revisión sistemática. *Journal Scientific Investigar*, 9(1), -16. <https://n9.cl/77e4v>

Silvana Patricia Bacuilima-Muñoz; Martha Cecilia Nieto-Abad

- Campillo, C., (2018). La decisión clínica: clave de los resultados de los servicios de salud en cualquier país. *Revista Española de Cardiología*, 71(7),515-519 <https://n9.cl/9nvx5>
- Girón, M., & Carrera, E. (2025). La incidencia del estrés laboral en el personal médico. *MQRInvestigar*, 9(1), e296. <https://n9.cl/5zmp6>
- Intriago, S. (2019). Síndrome del "Burnout" en personal de salud *Revista San Gregorio*, <https://n9.cl/la31x>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 edición). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Parra, A., & Viñán, P. (2025). Brechas de Calidad del Servicio y Satisfacción del usuario de los servicios de salud *Journal Scientific Investigar*, 1-38. <https://n9.cl/7sfyo>
- Robaina, G., & Riesgo, S. (2025). Bases para la toma de decisiones clínicas en pediatría neonatología.*editorialCienciasMedicas*. <https://n9.cl/djmxmq>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción de conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 1(82), 179–200. <https://n9.cl/ir4dt>
- Torres, D., Vodniza, A., Matabanchoy, S. y Matabanchoy, J.(2022). Fatiga laboral en contextos hospitalarios en Latinoamérica: revisión sistemática 1. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 12(2), 1-15. <https://n9.cl/uc8vp>
- Viruez, A., & Vera, O. (2024). Normas nacionales de atención clínica. *Revista "Cuadernos"*, 72-78. <https://n9.cl/bi6nn5>
- Zambrano, E., & Serpa, C. (s.f.). Calidad de Atención y Satisfacción del paciente *Revista ASCE*. <https://n9.cl/60yb3m>