

Descuidarnos es nuestra Especialidad. Cuidarnos es más seguro

VIVIANA WOLANOW

Médica. Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires

En la cultura actual frecuentemente se ponen de relevancia aquellos temas que resultan “mediáticos”. Solemos asumir que lo que no existe en TV no existe, dejando así espacios sin análisis. La nota que sigue no es noticia. Lo que usted va a leer no es muy nuevo y es probable que no aparezca nunca en TV, de manera que lo que usted está leyendo no existe.

Usted podrá decir que esto que estoy escribiendo no le interesa y sin embargo le aseguro que usted es uno de los actores involuntarios de esta situación. Podrá entonces preguntarse ¿de qué estamos hablando y por qué estamos hablando?. Porque creemos que hay temas de menor impacto mediático pero de alto impacto social que deberían llamarnos la atención.

Hace algún tiempo, la muerte de un periodista exitoso como Juan Castro conmovió a muchos. Durante casi 48 horas, una presunta víctima de la “picadora de carne de los medios” fue atendida por lo que podría compararse también con una “picadora de carne” pero para el personal que allí trabaja. Nos referimos a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI’s).

Pensemos que algo debe estar sucediendo por cuanto la literatura médica internacional y los periódicos han comenzado hace tiempo a remarcar el tema de la seguridad. Sí, el tema de la seguridad. ¿Seguridad en las calles?, ¿Seguridad en los bancos?, ¿Seguridad en las autopistas?. No, seguridad en las UTI’s^{1, 2}.

Estudios de laboratorio han mostrado que luego de una guardia médica de 24 horas sin dormir, el individuo tendría una disminución en su capacidad cognitiva y motora comparable a los efectos producidos por la intoxicación alcohólica aguda³. Es evidente que a nadie se le ocurriría permitir que un individuo alcoholizado decida el tratamiento a seguir con un paciente y sin embargo muchos hemos escuchado alguna vez la frase “estoy borracha/o de sueño”. Imaginemos esta misma situación en una guardia de Terapia Intensiva y que usted es uno de los actores involucrados. Ya sea como paciente o como médico.

Y... ¿dónde está el Piloto?

La Sociedad de Medicina Crítica de EEUU publicó un interesante artículo marcando similitudes y diferencias entre la aviación y la medicina crítica. Los médicos intensivistas, así como los tripulantes de un avión, se encuentran sometidos a un alerta constante y sostenido en el tiempo. A diferencia de la aviación comercial, la medicina es una industria en la cual la seguridad pública está directamente en riesgo, y sin embargo, no tiene restricciones referidas a las horas y condiciones de trabajo en los Departamentos de Urgencia y en las Unidades de Cuidados Intensivos^{3, 4}. Es también una diferencia fundamental el hecho de que en la aviación se estimula el reporte de los errores mientras que en la medicina crítica no⁵. Un concepto en boga hoy en día podría resumirse en “el dilema del 99% de seguridad”⁶. Veamos esto:

- Si, por ejemplo el aeropuerto de Chicago mantuviera un 99% de nivel de seguridad en sus operaciones, habría dos aterrizajes poco seguros por día.
- Si los bancos en los EEUU mantuvieran un nivel de precisión del 99%, habría 32.000 transacciones erróneas por hora.
- Si el Servicio Postal de los EEUU mantuviera un nivel del 99% de exactitud en su servicio, más de 16.000 piezas de correo se extraviarían por hora.

En salud, el 99% de seguridad acarrea varias consecuencias. El Instituto de Medicina de EEUU publicó un informe según el cual el concepto de “**errar es humano**” implicaba que los errores médicos podían causar entre 44.000 a 98.000 muertes hospitalarias por año⁷. Un estudio realizado sobre el “error en terapia intensiva” plantea que los pacientes allí internados son receptores de, en promedio, 178 “procedimientos” por día. Se constataron en promedio, 1.7 errores por día. De acuerdo a este estudio, el personal estaría entonces trabajando con un nivel de precisión del 99%⁸. Lo cierto es que este 1% de “error”

sería un límite mayor al tolerado en áreas como la aviación o estaciones nucleares.

Con estos elementos de juicio, es inaceptable que el personal a cargo de pacientes críticos no esté protegido por regímenes de trabajo especiales como modo indirecto de protección de los pacientes. Los sistemas de salud deberían garantizar no sólo calidad sino también seguridad durante el proceso de atención. En este contexto podríamos empezar por plantearnos:

1. ¿Qué es una Unidad de Terapia Intensiva?, ¿Qué hay detrás de esas puertas cerradas a la curiosidad de los “curiosos”?
2. ¿Qué es un intensivista? y ¿quién cuida a los que cuidan?

¿Qué es una unidad de terapia intensiva?

En el imaginario colectivo las unidades de terapia intensiva son lugares a los que la gente va poco menos que a morir. La desinformación llega a tal punto que no infrecuentemente los familiares del paciente se niegan a que el enfermo ingrese a terapia intensiva por la presumida evolución posterior.

Las UTI's son áreas destinadas a la recuperación de pacientes con riesgo cierto de muerte y cuya enfermedad es total o parcialmente reversible. Concentran recursos humanos altamente capacitados y disponen de tecnología de muy alto costo. Sus procesos de organización y trabajo son también de alta complejidad y no se interrumpen por la súbita aparición de “los medios”. Son ambientes saturados de estímulos y ruidos constantes que generan un importante estrés laboral. Hay un continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte. No siempre las UTIs cuentan con el recurso humano numéricamente suficiente. Esto acarrea mayor presión horaria y agotamiento.

Los dilemas éticos se presentan cotidianamente, enfrentando al equipo tratante con un nuevo elemento de presión. Sumado a esto, están las relaciones interpersonales con familias sufrientes. Finalmente, en los últimos tiempos se ha agregado como factor de estrés, la permanente amenaza por los juicios de mala praxis y la caída del valor social y económico de la especialidad.

¿Qué es un Intensivista?

La mayoría de los pacientes críticos tienen múltiples problemas que demandan un manejo basado en el rápido análisis y la integración efectiva de muchas variables (cardiovasculares, hematológicas,

bioquímicas, etc). El adiestramiento que reciben los intensivistas les permite tratar rápida y racionalmente a estos pacientes. Están capacitados además para prevenir o atenuar la morbilidad y la mortalidad^{9, 10}.

Desde la literatura médica internacional y hasta el diario norteamericano Wall Street Journal enfatizan el hecho que las UTIs cuyo plantel médico cuenta con especialistas en terapia intensiva mejoran las chances de sobrevivida de los pacientes allí internados^{11, 12}. Es acá donde debería reformularse la necesidad de la deseada “tecnología de última generación” para ser reemplazada por el concepto según el cual el “recurso humano” debería ser de última generación. En línea con este concepto vale la pena rescatar lo escrito por el Dr. Eduardo San Román “las instituciones médicas publicitan su tecnología de última generación y no la calidad de su recurso humano”¹³.

Siguiendo este razonamiento podríamos pensar que los médicos intensivistas, en tanto son “recurso humano de última generación”, también deberían ser lo suficientemente importantes como para que su cuidado merezca la atención de las autoridades sanitarias.

¿Quién cuida a los que cuidan?

Como ya dijimos, en las UTIs existe un contacto continuo, sostenido y sin feriados con el sufrimiento, el dolor y la muerte. En este contexto, los Médicos Intensivistas estarían expuestos a dos síndromes claramente establecidos:

- Síndrome de Deprivación del Sueño
- Síndrome de Burnout (desesperanzado-quemado)

Cuando hablamos de deprivación de sueño nos referimos a una noche de reducción en las horas de sueño o al sueño interrumpido. Los episodios recurrentes de deprivación parcial del sueño afectan la práctica médica. Existe preocupación actualmente acerca del potencial peligro que esto acarrea para los médicos en general y para los intensivistas en particular por cuanto puede afectar sus capacidades psicomotoras¹⁴⁻¹⁷.

En lo que al síndrome de Burnout se refiere, este síndrome es una variedad específica de estrés laboral padecido por los profesionales de la salud. La voluntad por adaptarse y responder eficazmente al exceso en las demandas y presiones conduce a un esfuerzo intenso y sostenido en el tiempo. La sobre exigencia y tensión originan importantes riesgos y afectan negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional^{18, 19}.

Además de las consecuencias individuales, el Burnout afecta también la capacidad de proveer una medicina de alta calidad. En 1981 Maslach y Jackson²⁰ caracterizaron las principales manifestaciones del síndrome: cansancio y desgaste emocional, tendencia a autoevaluarse negativamente, despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) y el desarrollo de actitudes cínicas o negativas. Definido también como un síndrome compuesto por tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal).

Medido por el Maslach Burnout Inventory (MBI) este síndrome parecería ser un hallazgo frecuente en la población de intensivistas. De acuerdo con algunos estudios, los altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización estarían vinculados no sólo al cuidado del paciente sino al inadecuado soporte del sistema²¹.

Lo señalado anteriormente evidencia que el Burnout y el síndrome de privación de sueño podrían ser factores que atentan contra el adecuado accionar en un área de cuidados críticos. Prevenir los efectos del Burnout y la privación de sueño del personal que se desempeña en una UTI es trabajar para una mejor calidad en la atención de los pacientes. Para quienes brindamos (y recibimos) atención y cuidados médicos especializados, resulta imprescindible proponer planes de tipo preventivo que aseguren la preservación de la salud de los profesionales que se desempeñan en las UTIs. Lejos de generar pánico, este artículo intenta reflexionar respecto de estos temas. Hay soluciones posibles: el primer paso es reconocer el problema.

Bibliografía

1. Winters B, Dorman T. Patient-safety and quality initiatives in the intensive-care unit. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19: 140-45.
2. Nolan T. System changes to improve patient safety. *BMJ* 2000; 320: 771-3.
3. Weinger M, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA* 2002; 287: 955-7.
4. Hoyt J. Break the Blame, Shame Cycle: Lessons learned from aviation. *Critical Connections* 2002; 1: 1.
5. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320: 745-92.
6. Schabacker M. The 99% Safety dilemma: Trends in critical care safety. *Critical Connections* 2003; 2: 1.
7. Brennan T. The Institute of Medicine Report on Medical Errors - Could it do harm? *N Engl J Med* 2000; 342: 1123-5.
8. Leape L. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851-7.
9. Vincent JL. Need for intensivists in intensive care units. *Lancet* 2000; 356: 695-6.
10. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, et al. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA* 2002; 288: 2151-62.
11. Brill R, Spevetz A, Branson RD, et al. Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the best practice model. *Crit Care Med* 2001; 29: 2007-19.
12. Huang DT, Osborn TM, Gunnerson KL, et al. Critical care medicine training and certification for emergency physicians. *Crit Care Med* 2005; 33: 2104-9.
13. San Román E. El Hombre, la Máquina y la Salud. *Diario La Nación*. Febrero 11, 2003.
14. Hill J. Sleep deprivation. *Lancet* 2004; 363: 996-7.
15. Gaba D, Howard S. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002; 347: 1249-54.
16. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and intentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351: 1829-37.
17. 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.
18. Pérez Jáuregui MI. El "Síndrome Burnout" (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Psicología y Psicopedagogía*, Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, Año II N° 5 Marzo 2001.
19. Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, et al. Physician Burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425-29.
20. Maslach Ch; Jackson S. The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behavior* 1981; 2: 99-113.
21. Guntupalli K, Fromm R. Burnout in the internist-intensivist. *Int Care Med*. 1996; 22: 625-30.