

LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PUEDE AYUDAR A PREVENIR Y TRATAR EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL ENTRE EL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Porto, Portugal

Los estudios multicéntricos que utilizan métodos adecuadamente validados para la medición de las variables de interés pueden contribuir al conocimiento de los factores de riesgo asociados con el desgaste profesional en las unidades de cuidados intensivos, lo que permite la introducción temprana de intervenciones específicas.

[BMC Anesthesiology](#) , 2013

Autores:

Teixeira C, Ribeiro O, Carvalho AS

Institución/es participante/s en la investigación:

Hospital de Santo António

Título original:

Burnout in Intensive Care Unit - A Consideration of the Possible Prevalence and Frequency of New Risk Factors: A Descriptive Correlational Multicentre Study

Título en castellano:

Desgaste Profesional en las Unidades de Cuidados Intensivos: un Estudio de Correlación, Descriptivo y Multicéntrico para Evaluar la Prevalencia y la Frecuencia de Nuevos Factores de Riesgo

Extensión del Resumen-SIIC en castellano:

3.16 páginas impresas en papel A4

Introducción

El síndrome del desgaste profesional (SDP) fue descrito por Freudenberger en 1974 para definir un fenómeno caracterizado por un estado de fatiga o frustración, motivado por la dedicación a una causa, estilo de vida o tarea que no colma las expectativas. A diferencia de la depresión, el desgaste profesional es específico del contexto laboral, en el que da por resultado la incapacidad de manejar el estrés crónico, definido en sus múltiples dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducción en los logros profesionales y personales.

En el área del cuidado de la salud, el SDP es común entre los profesionales que enfrentan situaciones complejas y exigentes que generan estrés. El SDP parece ser frecuente entre los médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, con tasas de prevalencia de entre 25% y 60 por ciento.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se caracterizan por un alto nivel de estrés asociado a la tarea profesional. Muchas muertes de pacientes en estas unidades están precedidas por decisiones de retirar o retener las medidas de apoyo vital, para lo cual se requiere un alto entrenamiento y disposición del cuerpo profesional. El estrés crónico, la depresión y el SDP conspiran contra el adecuado desempeño profesional, ya que llevan a una disminución del bienestar, aumento del ausentismo y mayor frecuencia de recambio del personal, con consecuencias nocivas para el sistema de salud, en un contexto de escasez de recursos humanos capacitados.

Los estudios realizados sobre el desgaste en las UCI han mostrado que algunas características demográficas aparecen como factores de riesgo (los médicos jóvenes y las mujeres tienden a presentar mayor prevalencia de desgaste profesional, frente a sus pares varones o de mayor edad), así como factores institucionales y de la organización del trabajo, tales como la carga horaria, la relación entre colegas y el tipo de pacientes asistidos en las unidades. No hay investigaciones sobre el tema en las UCI portuguesas, por lo que el objetivo del presente estudio fue analizar la prevalencia y las características del SDP en médicos y enfermeras que se desempeñan en UCI para adultos en Portugal, para tratar de identificar factores independientes protectores o de incremento del riesgo.

Participantes y métodos

El diseño del estudio correspondió a una investigación prospectiva, observacional, transversal y multicéntrica. Todos los profesionales (médicos y enfermeras) que desempeñaban tareas en UCI para adultos en hospitales públicos del norte de Portugal fueron considerados candidatos a participar.

Cada UCI participante recibió dos tipos de encuestas. La primera estaba destinada a ser completada por el director de la unidad, y contenía datos sobre las características de la unidad y la organización del trabajo. Los investigadores solicitaron detalles acerca del tipo de institución (hospital universitario o de otro tipo, características de la UCI, número de camas, etcétera), actividad de la unidad (número de ingresos, duración de la internación, tasa de mortalidad), número de enfermeras, número de médicos, proporción pacientes/enfermeras y proporción pacientes/médicos. La gravedad al ingreso fue informada mediante el Puntaje Simplificado de Fisiopatología Aguda (SAPS II). Finalmente, se solicitó especificar si existían en la unidad grupos de discusión de distintos temas, un psicólogo asignado al área, o ambos.

La segunda encuesta estaba destinada a cada médico o enfermera individualmente, e incluía una carta de presentación, en la que se explicaban los propósitos del estudio, y un cuestionario anónimo autoadministrado, dividido en tres partes.

La primera parte consistía en un cuestionario validado en estudios previos, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que evalúa tres áreas del desgaste profesional: agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización y sentimientos de capacidad y logros profesionales. Según las respuestas al MBI, el grado de desgaste de los participantes fue clasificado como alto, medio o bajo, de acuerdo con los valores discriminatorios usualmente aceptados.

La segunda parte de la encuesta incluía datos demográficos (edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión y religión), actividad profesional, categoría profesional, títulos académicos, entrenamiento de posgrado en cuidados intensivos, carga horaria semanal, turnos de trabajo, tiempo de viaje al trabajo, años de experiencia profesional, años de práctica en UCI, situación laboral y trabajos concomitantes.

La tercera parte del cuestionario se enfocaba en los aspectos laborales recientes de los participantes. Las preguntas incluían número de pacientes a cargo, jornada nocturna de trabajo y descanso el día previo a completar la encuesta, horas trabajadas en la última semana, tiempo transcurrido desde el último fin de semana sin trabajar y desde la última semana de vacaciones, muerte de un paciente, decisiones de suspender o denegar un tratamiento, conflictos con otros profesionales y conflictos con los pacientes o sus familias.

El protocolo de estudio fue aprobado por los comités de ética de cada institución y los participantes firmaron un consentimiento informado.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizaron estadísticas descriptivas, según el tipo de variables. Se incluyeron frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para las variables categóricas, y mediana con rangos intercuartílicos para las variables continuas de distribución asimétrica. Se utilizó la prueba de la *chi* al cuadrado para examinar la asociación entre variables categóricas, y la prueba exacta de Fischer cuando la frecuencia esperada en la tabla de contingencia era menor de cinco. Las pruebas de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis se utilizaron para las comparaciones entre dos o más de dos grupos de variables continuas con distribución asimétrica, respectivamente. Se determinó el *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza [IC] del 95% para evaluar los factores de riesgo, mediante un modelo de regresión logística multivariada, para las variables independientes significativas ($p < 0.05$). Para ajustar el efecto de conglomerado de las distintas UCI se utilizaron modelos de ecuaciones estimativas generalizadas.

Resultados

De los 13 centros contactados, 10 aceptaron participar (77%). Las UCI participantes tenían un promedio de ocho camas, con un tiempo promedio de permanencia por paciente de siete días. El puntaje SAPS II fue 45 (media), y la mortalidad promedio, 26 por ciento.

Sesenta y siete por ciento de las encuestas enviadas fueron respondidas. El grupo de estudio final quedó conformado por 300 profesionales (82 médicos y 218 enfermeras). La edad promedio fue de 32 años; 65% de los participantes eran mujeres. Once por ciento de los cuestionarios fueron excluidos debido a respuestas incompletas.

Se detectaron niveles altos de desgaste profesional en el 31% de los profesionales participantes (22% con alto riesgo; 9% que presentaban síntomas de SDP). Del 69% restante, el 30% presentaba un riesgo intermedio, y el 39%, un riesgo bajo. No se registraron diferencias significativas en el nivel de desgaste profesional entre médicos y enfermeras. En el análisis multivariado, mostraron ser factores de riesgo el sexo femenino, la exposición a conflictos y a decisiones éticas referidas al retiro de tratamientos en pacientes terminales, y la situación laboral sin estabilidad, con contratos de trabajo transitorios. Por otro lado, el trabajo concomitante en otra área de la misma institución mostró ser un factor de protección.

Ninguna de las UCI informó haber implementado la práctica de grupos formales de discusión, ni contar con la presencia de un psicólogo.

Discusión y conclusiones

En diferentes estudios se ha informado que la prevalencia del SDP entre los profesionales que se desempeñan en las UCI varía entre el 25% y el 60 por ciento. En esta investigación, los autores hallaron una alta prevalencia (31%) entre médicos y enfermeras de UCI portuguesas. En comparación con las características de las unidades de otros estudios, las UCI portuguesas tenían un número promedio ligeramente inferior de camas, mientras que la gravedad de los pacientes al ingreso y la mortalidad eran superiores.

No hubo diferencias significativas entre médicos y enfermeras respecto de la prevalencia encontrada. Al analizar de manera individual cada uno de los componentes del MBI, los sentimientos de despersonalización y la sensación de insatisfacción profesional fueron más frecuentes en los médicos, mientras que el agotamiento emocional fue más frecuente en las enfermeras, aunque sólo este último componente alcanzó significación estadística ($p = 0.019$). El estudio no pudo confirmar el hallazgo de investigaciones previas, en las que los profesionales de mayor edad tendían a presentar menores tasas de desgaste profesional. El sexo femenino fue la única variable demográfica que mostró ser un factor de riesgo independiente en el análisis multivariado. Este hallazgo ha sido informado por otros autores, pero no por todos.

Para algunos investigadores, la causa principal del SDP es la sobrecarga de trabajo, y la primera medida a tomar para reducir el problema sería disminuir la carga horaria. Esto no pudo ser confirmado en el presente estudio, en el que no hubo diferencias significativas en la prevalencia del SDP entre el personal que trabajaba más horas respecto del personal que trabajaba menos horas. En cambio, se encontró que la inestabilidad laboral (contratos temporarios) contribuía a favorecer mayores tasas de SDP.

Los investigadores hallaron menores tasas de SDP en los profesionales que se desempeñaban concomitantemente en otras áreas de trabajo de la misma institución. Este factor de protección no había sido informado hasta ahora. El hallazgo sugiere que la rotación programada por otras áreas de trabajo puede ser efectiva para prevenir el desgaste profesional, y es un argumento en contra de la tendencia a considerar la medicina de cuidados críticos como una especialidad excluyente, lo que otorga al profesional una excesiva especialización en un área limitada.

Respecto de las características de los pacientes, ni la gravedad inicial ni la mortalidad alcanzaron significación estadística en el análisis multivariado. Se encontró mayor riesgo de SDP en el personal expuesto a decisiones de suspender tratamientos vitales, lo que implica reconocer la futilidad de los actos médicos en un paciente dado y en un momento determinado.

La fortaleza de este estudio fue su diseño multicéntrico, la inclusión de médicos y enfermeras, y la utilización de pruebas adecuadamente validadas para medir las variables de interés. Entre las debilidades puede mencionarse una tasa de respuesta a las encuestas que, si bien es alta en comparación con otros estudios, presenta un porcentaje apreciable de encuestados que no respondieron (33%).

En conclusión de sus autores, el estudio identificó algunos factores de protección contra el SDP, relacionados con la organización institucional y laboral. La alternancia de tareas para el personal de UCI en áreas de menor estrés, la prevención y el manejo de las situaciones de conflicto y la asistencia adecuada ante decisiones críticas relacionadas con el retiro de tratamiento a los pacientes, pueden ser áreas de futuros estudios que investiguen el efecto de intervenciones específicas.