

## Professional Wellbeing Work Party de la WFSA: Ha Llegado el Momento de Reflexionar y de Actuar con Relación a la Salud Ocupacional del Anestesiólogo

La naturaleza y la intensidad del trabajo ejecutado por los anestesiólogos fueron modificadas drásticamente en las últimas décadas. El advenimiento de nuevas tecnologías ha venido ampliando el horizonte quirúrgico, y también ha permitido la intervención de condiciones médicas más desafiantes. Asociadas al surgimiento de casos más difíciles están la presión de una creciente competitividad económica y la necesidad de hacer más con una fuerza de trabajo reducida. Toda esa transformación ha impactado en el bienestar ocupacional del anestesiólogo. El bienestar ocupacional es un reflejo de la satisfacción en el trabajo, conllevando a la mejoría de vida por completo. Encontrar una solución sana para integrar el trabajo a nuestra vida de forma que proporcione un equilibrio y una satisfacción personal acarreará un mayor bienestar general.

Algunos estudios epidemiológicos actuales sobre la salud ocupacional de los médicos están concentrados principalmente en el descubrimiento y en el análisis de la prevalencia de patologías somáticas y/o psicológicas, tales como patologías degenerativas, cardiovasculares, tóxicas e infecciosas, el cansancio y el agotamiento, la depresión y la dependencia química<sup>1,2</sup>. Por otro lado, vemos claramente, lo poco que se ha hecho con relación a la prevención de esos problemas ocupacionales adversos y sobre el mantenimiento continuo del bienestar ocupacional de los médicos. La necesidad de prevención es remarcada por los crecientes riesgos existen-

tes para la salud ocupacional de los anestesiólogos, que es un grupo vulnerable, como todos sabemos.

Recientemente, en el área de la salud ocupacional del anestesiólogo, el conocimiento sobre los riesgos de patologías somáticas y/o psicológicas, agravadas por el estrés de la práctica clínica, ha mejorado el diagnóstico, la prevención y la administración de esas condiciones adversas<sup>3,4</sup>. Sin embargo, todavía es muy importante que los anestesiólogos estén concientes de los aspectos de su práctica que más causan estrés y que sepan cómo mejores condiciones de trabajo pueden ser establecidas en pro del mantenimiento de la salud ocupacional. La necesidad de tales mejorías queda más clara al tener en cuenta los sistemas de apoyo a los anestesiólogos que tienen alguna deficiencia y que fueron establecidos por las asociaciones de defensa profesional, por el estado o por las organizaciones gubernamentales.

### UN EJEMPLO DE SISTEMA DE APOYO AL BIENESTAR CLÍNICO

Un análisis cuidadoso de las informaciones relativas a la salud ocupacional del médico, particularmente los anestesiólogos, conlleva a una conclusión muy perturbadora e incluso alarmante de que tales sistemas de apoyo son casi inexistentes. Informaciones que fueron suministradas a través de un

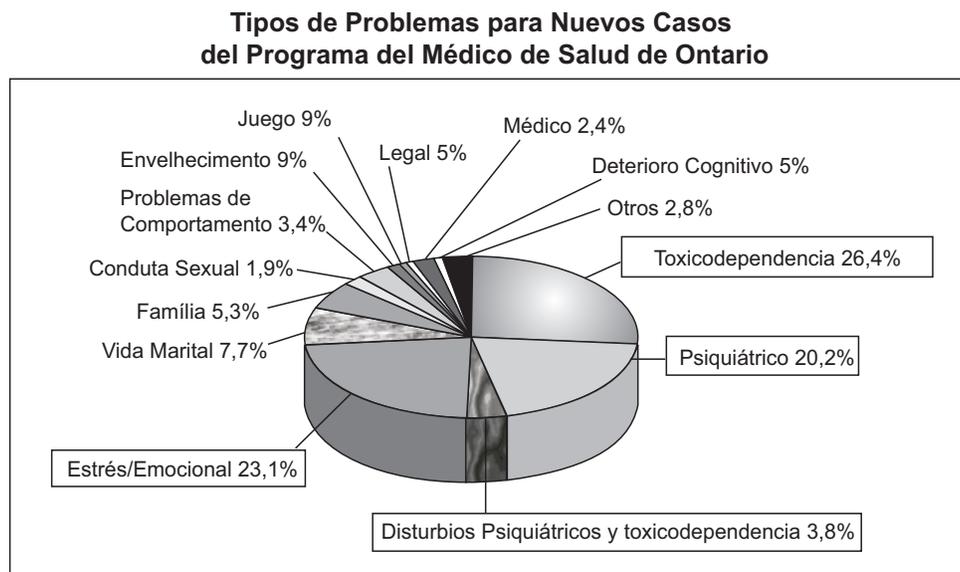


Figura 1 – Casuística del Ontario Physician Health Program.

sistema de apoyo de reconocida competencia, el Servicio de Salud del Médico Canadiense, durante el año de 2002, pueden ser tomadas como guía: El Programa de Salud del Médico de la OMA (Asociación Médica de Ontario), es un servicio confidencial canadiense que asiste al médico que sufre patologías ocupacionales (Figura 1). El Centro de la Asociación Médica Canadiense para la Salud y el Bienestar Ocupacional del Médico, una institución que le dio más credibilidad y eficacia a las actividades y a las reivindicaciones de la Asociación Médica de Ontario, se creó en el año 2000.

Datos epidemiológicos documentados por la Asociación Médica de Ontario demuestran un aumento en el número de enfermedades psicopatológicas relacionadas con la práctica médica, en comparación con las patologías estrictamente somáticas, de resultados de problemas como infecciones, irradiaciones, contaminaciones e inhalaciones de gas.

Tomando como base la atención que se le da a la salud ocupacional y al bienestar del médico en Canadá, el Dr. Michael Myers, un profesor clínico de Psiquiatría, de la *University of British Columbia*, publicó un libro a través de la Asociación Médica Canadiense, alertando sobre los factores de riesgo de las patologías ocupacionales y recaudando fondos para su diagnóstico, tratamiento y apoyo en Canadá<sup>5</sup>. Con seguridad, esa es una iniciativa a ser seguida por otras asociaciones médicas.

## RIESGOS ESPECÍFICOS

Algunas características actuales inherentes a la práctica clínica del anestesiólogo pueden traer como resultado ciertas correlaciones con patologías psicológicas. Los riesgos emergentes de cansancio agudo y crónico, y los elevados niveles de stress ocupacional, necesitan ser observados durante la práctica clínica de los anestesiólogos, como también en los programas de entrenamiento de los residentes.

Recientemente el Profesor Olli Meretoja publicó un artículo titulado "Nosotros deberíamos trabajar menos por la noche"<sup>6</sup>. Y concluye diciendo que:

"Cada vez más hay pruebas de que el desempeño de los médicos es inferior si ellos trabajan haciendo guardias excesivas o por la noche. Esos estándares de trabajo reducen la calidad de la atención y aumentan los gastos con la asistencia médica. Además, los trabajadores nocturnos tienen serios riesgos de salud debido a sus turnos de trabajo no fisiológicos. Formas eficaces de reducir las consecuencias generales de cansancio y del trabajo nocturno incluyen minimizar la cantidad de trabajo conducido en el período nocturno y establecer reglas del número máximo de horas para cada turno de trabajo."<sup>6</sup>

En Brasil, el departamento vinculado al abordaje de médicos dependientes químicos (Uniad), de la *Escola de Medicina de São Paulo*, presentó una reciente casuística, mostrada en la Tabla I, que incluye 57 anestesiólogos con evidencias clínicas de drogadicción. Los agentes más a menudo utiliza-

**Tabla I – Casuística de la UNIAD – UNIFESP (São Paulo )**

Fármacos	(Fármacos más frecuentemente usados)		
	Total n (%)	Uso alarmante n (%)	Dependencia n (%)
Alcohol	20 (35.1)	7 (12.3)	12 (22.8)
Benzodiazepínicos	20 (35.1)	3 (5.2)	17 (29.8)
Opioides	34 (59.6)	4 (7.0)	30 (52.6)
Cocaína y Crack	3 (5.2)	3 (5.2)	0 (0)
Marihuana	6 (10.5)	4 (7.0)	2 (3.5)
Ampetaminas	6 (10.5)	2 (3.5)	4 (7.0)
Inalantes	1 (1.8)	1 (1.8)	0 (0)

**Tabla II – Prevalencia de Comorbidades en Dependientes Químicos en la UNIAD – UNIFESP (São Paulo)**

Diagnóstico de Patologías Psíquicas (ICD 10)		
	n	%
Total de casos de comorbidades	24	42.1
Depresión (F32 y F33)	12	21.0
Disturbios de Personalidad (F60)	6	10.5
Disturbios bipolares (F31)	5	8.7
Disturbio de Ansiedad (F41)	4	7.0
Esquizofrenia (F20)	1	1.7

dos fueron los opioides (53%), benzodiazepínicos (30%), y el alcohol (23%). La dependencia química, principalmente con relación a los fármacos opioides, aumenta significativamente la dificultad en la prestación de la ayuda y de tratamiento de rehabilitación eficaz, principalmente debido al alto riesgo de recaída y al riesgo de muerte por suicidio o sobredosis. Otra dificultad de rehabilitación enfrentada por los anestesiólogos dependientes de opioides es la disponibilidad relativamente mayor y la facilidad de acceso al fármaco en quirófano, salas de recuperación y unidades de cuidados postoperatorios.

La Tabla II muestra la frecuencia de comorbidades psiquiátricas entre los anestesiólogos con dependencia química relacionados anteriormente. Conforme ya se ha señalado, existe una relación entre las patologías psicogénicas desarrolladas durante la práctica de la anestesiología (cansancio, depresión, agotamiento, etc.), y el síndrome de la dependencia química. Durante el entrenamiento, el profesional médico debería ser avisado con relación al riesgo de muerte debido al vicio. Eso vale principalmente para los residentes y pasantes que presentan un riesgo acentuado de desarrollar dependencia química. Recientemente, Collins y col. analizaron a residentes norteamericanos del área de anestesiología durante un período de 10 años y llegaron a la conclusión de que un 70% de los residentes con dependencia química, lograron volver a la medicina después de un programa de tratamiento exitoso<sup>7</sup>. Sin embargo, solamente un 60% de los que volvieron a la medicina lograron continuar con éxito en anestesia y un 9% murieron prematuramente. Los autores concluyeron que el residente de anestesiología que desencadena una dependencia química puede obtener un mejor resultado si escoge una especialidad de menor riesgo.

El Prof. Francis Bonnet y sus colegas publicaron una investigación de ámbito nacional sobre la incidencia de la dependencia entre los anestesiólogos franceses<sup>8</sup>. Ellos documentaron que 11% de los anestesiólogos que respondieron eran usuarios o dependientes de una o más sustancias, con excepción del cigarro. Las sustancias más frecuentemente usadas eran el alcohol (en 59% de los casos), y tranquilizantes/hipnóticos (en un 41%). El aumento de la edad hizo crecer la incidencia del consumo. Los individuos dependientes mencionaron problemas en el ambiente de trabajo que pueden haber contribuido al desarrollo de su patología.

El Síndrome de *Burnout* es una condición médica bien definida, caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal<sup>9</sup>. El agotamiento emocional es el cansancio emocional de un individuo y se le considera como siendo el rasgo inicial de ese síndrome, principalmente, por las exigencias de trabajo excesivas, los conflictos personales en las relaciones interpersonales, como también la realización de las tareas profesionales. La despersonalización se caracteriza por la insensibilidad emocional del profesional de la salud. El apareamiento de ese síntoma es esencial para el diagnóstico del Síndrome de *Burnout*, visto que los otros trazos pueden ser encontrados en casos depresivos en general. Finalmente, el sentimiento de disminución en la realización personal (incompetencia), reveló una autoevaluación negativa asociada a la falta de satisfacción y a la falta de felicidad en el trabajo.

La Profesora De Keyser y su grupo de trabajo, constituido por psicólogos y anestesiólogos de la *Université de Liège* en Bélgica, comprobó una alta incidencia del Síndrome de *Burnout* en anestesiólogos belgas, especialmente en jóvenes profesionales con menos de 30 años<sup>10</sup>. Existe una preocupación especial con relación a los residentes jóvenes, que están involucrados en el entrenamiento clínico educacional, donde la carga de trabajo y el *stress* ocupacional son generalmente excesivos, algunas veces, debido a la falta de experiencia clínica de esos residentes. Además, algunos pasantes, desdichadamente, cambian el consumo recreativo de agentes con potencial aditivo por el abuso de sustancias generadoras de dependencia química como una forma de lidiar con las situaciones difíciles a que están sometidos. Eventualmente, la dependencia química del profesional de la salud puede poner en peligro la seguridad del paciente quirúrgico.

Otro factor que perjudica la seguridad de la práctica anestésica es la presencia de cansancio y de falta de sueño en los anestesiólogos. Cada vez más existen pruebas de que el trabajo excesivo reduce la seguridad y eleva la incidencia de errores cometidos por los anestesiólogos cansados, cuando se compara con los colegas que han descansado<sup>11-14</sup>.

El interés con relación a la salud ocupacional del médico aumentó durante las dos últimas décadas. Uno de los primeros trabajos sobre el tópico fue publicado en el *BMJ* y en el *Western J Med*. Esos trabajos destacaron que hasta un 46% de todos los médicos canadienses presentaban un avanzado estado del Síndrome de *Burnout*<sup>15</sup>.

La realidad actual demuestra, sin lugar a dudas, una tendencia exacerbada para el desarrollo de patologías somá-

ticas y psicogénicas con una etiología ocupacional. Fueron presentadas las posibilidades de desarrollo de actitudes que proyectan la salud mental y física del profesional de la salud. Una opción de abordaje sería la creación de sistemas que apoyen la salud del anestesiólogo estableciendo políticas institucionales y gubernamentales para prevenir enfermedades ocupacionales. Esa premisa puede ser simplificada en el título de un editorial del *BMJ*, escrito por el Dr. Gavin Yamey: "Nosotros debemos apartarnos de un modelo de enfermedad ocupacional y concentrarnos en acciones positivas de trabajo, como una forma de profilaxis (*Occupational Wellbeing*)"<sup>16</sup>.

La Sociedad Brasileña de Anestesiología (SBA), se ha interesado mucho con relación a la salud ocupacional del anestesiólogo desde el año 2000. La SBA intenta entender, avisar e influir en ese tipo de situación lo cual tiene una importancia significativa en la vida del anestesiólogo. Las acciones desarrolladas fueron secundadas por el Comité de Salud Ocupacional de esta Entidad y por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA), a través de su *Professional Wellbeing Work Parte (PWWP/WFSA)*. El Comité de Salud Ocupacional de la SBA desarrolló una investigación epidemiológica, en conjunto con la Prof. Isabelle Hansez del Departamento de Psicología del Trabajo de la *Université de Liège*, en Bélgica, que evaluó el nivel de *stress* ocupacional y el grado de adaptabilidad a las condiciones de trabajo de los residentes y de sus preceptores en los Programas de Entrenamiento en Anestesiología vinculados a la propia SBA y al Ministerio de Educación. Los principales resultados de ese trabajo están resumidos en la Tabla III (no publicado).

En la primavera de 2010, la PWWP de la WFSA realizó una investigación con las 120 sociedades-miembro de esa organización, utilizando un cuestionario que intentó identificar el nivel de incidencia de problemas de salud ocupacional entre los miembros de una determinada sociedad y los abordajes utilizados por esas sociedades para tratar sobre la salud ocupacional del anestesiólogo.

**Tabla III – Conclusiones retiradas del *Study of Relationship Among Occupational Stress Level and the Work Conditions: in Anesthesiology Training Programs in Brazil***

- El 2º año de entrenamiento en Anestesiología presentó los más elevados índices de estrés ocupacional con relación a los otros niveles de formación y a sus preceptores.
- En el sexo femenino los niveles de estrés ocupacional eran los más elevados de estrés ocupacional.
- La franja etaria de mayor nivel de estrés ocupacional fue entre los 25 y los 35 años.
- El menor nivel de estrés quedó demostrado en el grupo de casados con relación a los solteros y divorciados.
- El número de hospitales en los entrevistados que desempeñan sus actividades clínicas no influyó en el nivel de estrés ocupacional.
- El alcoholismo fue muy prevalente en los residentes y preceptores brasileños.
- El nivel de control sobre la dinámica de trabajo analizado en 5 dimensiones, mostró un nivel menor y estadísticamente significativo cuando fue comparado con los profesionales brasileños con los anestesiólogos belgas

Los resultados demuestran que más del 90% de las Sociedades Nacionales consideraron el Síndrome de *Burnout* como un problema evidente en sus miembros asociados, pero solamente un 14% desarrollan algún tipo de estrategia de enfrentamiento para ese síndrome. El PWWP de la WFSA organizó un simposio especial sobre ese tópico para el próximo Congreso Mundial de Anestesiólogos en Buenos Aires en 2012.

Jenny Firth-Cozens, asesora especial de modernización de áreas de postgrado, en un editorial del *BMJ* "Los médicos, su bienestar y su estrés. Ha llegado el momento de ser proactivo con relación al stress y prevenirlo", sintetiza nuestros sentimientos con relación a la actitud tomada respecto de las situaciones que atañen el bienestar ocupacional de los anestesiólogos<sup>17</sup>. Ella destaca en su texto esta frase: "El estrés ha llegado para quedarse y mientras más rápido nosotros aceptemos que combatirlo es algo natural además de ser una parte esencial de la seguridad del paciente, más rápido las vidas de los médicos y sus pacientes mejorarán."

Las organizaciones involucradas en la estructuración de la educación y/o de la práctica médica, necesitan entender que las consecuencias de los problemas de salud ocupacional del médico y del residente no solo traen como resultado cambios preocupantes en la salud somática y psicológica del anestesiólogo, sino también perjudican la seguridad de las prácticas médicas con relación al anestesiólogo y al paciente, al mismo tiempo en que elevan el coste de la asistencia médica.

Como colofón, necesitamos ser más agresivos en lo que se refiere a la estructuración de la educación médica con relación a los riesgos de la salud ocupacional del médico, específicamente de los anestesiólogos, que podría perjudicar su salud y su bienestar. Además, está muy bien documentado epidemiológicamente que tales riesgos para el anestesiólogo pueden representar serias consecuencias para la seguridad del paciente. Las políticas nacionales para prevenir y lidiar con el síndrome de *burnout* y con las patologías afines en los profesionales de la salud, también hay que desarrollarlas.

*Gastão F. Duval Neto (Brasil)*  
*Presidente de la PWWP / WFSA*  
*Miembro del Comité Ejecutivo de la WFSA*

*Miembros del PWWP*  
Francis Bonet (Francia)  
Steve Howard (USA)  
Pratyush Gupta (India)  
Olli Meretoja (Finlandia)  
Roger Moore (EUA)  
Max-André Doppia (Francia)

## REFERENCIAS

1. Kain ZN, Chan KM, Katz JD, Fleisher L, Doler J, Rosenfeld LE – Anesthesiologists and acute perioperative stress: a cohort study. *Anesth Analg* 2002;95:177-83.
2. Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA et al. – On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006;61:856-866.
3. Warner TH – The effects of job satisfaction and organizational commitment on intent to leave among nurse anesthetists: a comparative study. *Diss Abstr Int Sect A: Humanit Soc Sci* 2001;61:49-66.
4. Lindfors PM, Meretoja OA, Luukkonen RA, Elovainio MJ, Leino TJ – Suicidality among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:1027-1035.
5. MYERS M – CMA guide to physician health and well-being: facts, advice and resources for Canadian doctors. 1a Ed. Ottawa: Canadian Medical Association; 2003.
6. Meretoja OA – We should work less at night. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:277-279.
7. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA – Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg* 2005;101:1457-1462.
8. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F – Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. *Ann Fr Anesth Rea* 2005;24:471-479.
9. Carlotto MS, Gobbi MD – Burnout Syndrome: an individual problem or a job-related problem? *Aletheia* 1999;10:103-114.
10. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V – Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Brit J Anaesth* 2003;90:333-337.
11. Howard SK, Gaba DM, Smith BE et al. – Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists. *Anesthesiology* 2003;98:1345-1355.
12. 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;351:1838-1848.
13. Philbert I – Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep* 2005;28:1392-1402.
14. Barger LK, Cade BE, Ayas NT et al., Harvard Work Hours, Health, and Safety Group. – Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005;352:125-134.
15. CMA Centre for Physician Health and Well-Being. Original Chart VIII. <http://prismadmin.cma.ca/living/centreforphysicianhealthwellbeing>.
16. Yamey G – We should move away from a disease model and focus on positive function. *BMJ* 2001;322:252.
17. Firth-Cozens J – Doctors, their wellbeing, and their stress. It's time to be proactive about stress and prevent it. *BMJ* 2003;326:670-671.