

Artículo original

El Intensivista Pediátrico: ejerciendo la especialidad

Dres. GUSTAVO CARDIGNI*, MARIA ALTHABE* y LAURA VEGA*

RESUMEN

Introducción. El contacto continuo con pacientes críticos, el apoyo y la contención de la familia y la permanente necesidad de tomar decisiones de las cuales dependen la vida y la muerte hacen que el Intensivista Pediátrico (IP) deba desarrollar su tarea en un ambiente de tensión extrema y sostenida. Es indiscutible que la repercusión de estos hechos sobre el médico no sólo es importante desde la perspectiva individual sino que afectan potencialmente la calidad de la atención médica que se ofrece a los pacientes. Se realizó este trabajo con el objetivo de 1) Describir el perfil laboral de los IP en nuestro país y 2) Describir la percepción de estos médicos sobre algunos aspectos de su situación laboral actual, la repercusión sobre su actividad extraprofesional y perspectivas futuras.

Material y métodos. Entre el 1° y el 31/7/97 se realizó una encuesta entre IP de unidades de cuidados intensivos (UCI) de la Capital y del interior del país. Se tomaron a modo de muestra los médicos inscriptos en las 2^{as} Jornadas de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". La encuesta constaba de dos secciones: Primera: datos objetivos destinados a conocer el perfil laboral de los encuestados; segunda: de carácter subjetivo, orientada a la percepción de los médicos respecto de las situaciones de mayor angustia y su situación laboral actual y futura. Los resultados fueron expresados en porcentajes o razones. El análisis estadístico se realizó a través de tablas de contingencia considerándose significativa una $p < 0,05$.

Resultados. Se recuperaron 121 encuestas sobre las 155 enviadas (78%). El 82% dedicaba más del 50% de su tiempo a la especialidad y 80% hacía guardias; 49/77 médicos de planta tenían otra actividad y otros 14 trabajaban al menos en dos instituciones. Las situaciones de mayor angustia fueron: muerte del paciente agudo previamente sano, manejo de enfermo terminal, insuficiencia de recursos, rechazo de derivaciones por falta de disponibilidad y limitación de tratamiento. El 45% de los encuestados se declaró feliz o satisfecho con su trabajo. Sólo el 22% creyó que su situación laboral futura será mejor.

Conclusiones. La mayoría de los intensivistas pediátricos dedican más del 50% de su tiempo a la especialidad, tienen más de una actividad laboral o trabajan en más de una institución y realizan guardias activas como parte de su tarea asistencial. La falta de espacios sistemáticos de discusión de problemas no médicos, el escaso reconocimiento institucional hacia su trabajo y la falta de tiempo para la actividad académica fueron las situaciones negativas identificadas en la muestra. Si bien existe un alto grado de satisfacción global por la situación laboral actual, la mitad de los encuestados creyó que la situación futura será peor.

Palabras clave: terapia intensiva, burnout (desgaste), estrés.

SUMMARY

Introduction. Pediatric intensive care is a stressful environment due to a close contact with critical patients and their anxious families, in a routinely decision making scenario that deals with life and death. These situations impact not only in a personal perspective but also in the physicians medical performance. We conducted a survey among pediatric intensive care physicians (PICP) to assess the working profile and their perception on some aspects of their work.

Material & methods. The survey took place during July 1997, in different PICUs in Buenos Aires and other cities of the country among participants of a Pediatric Intensive Care Meeting. The survey included objective questions for: demographic data, kind of medical work, etc. And subjective ones for stressful situations, personal satisfaction and future perspectives. Results were expressed in percentages and absolute values. Statistical analysis was performed using Chi square test with Yates correction; values were considered statistically significant at $p < 0,5$.

Results. 121 surveys were collected over 155 sent (78%). More than 80% of the physicians were full-time specialists, most of them with active duty days. 63/77 staff physicians worked in more than one PICU or as general pediatricians in their offices. The most stressful situations recorded were: death in a previously healthy acute patient, management of terminal patients, lack of resources, rejecting admissions because of insufficient number of beds and withholding treatment. 45% of the surveyed were happy or satisfied with their job, only 22% thought that their future would be better.

Conclusions. Most of the PICP spent >50% of their time in the specialty, worked in more than one institution, or in other jobs, and they are still on duty. Lacking of non medical problems discussion time, institutional acknowledgment, and academic time were the negative findings in our sample. Although most of the people felt satisfied by their present situation, almost 50% were concerned about the future.

Key words: intensive care, burnout, stress.

* Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

Correspondencia: Dr. Gustavo Cardigni. Thames 2484, Dep. 8 "F". (1425) Buenos Aires.

INTRODUCCION

Si bien pueden mencionarse algunos intentos previos de agrupamiento de pacientes graves para su mejor tratamiento, es probable que el primer hito en el comienzo de la terapia intensiva haya sido la epidemia de poliomielitis en Dinamarca a comienzos de los años 50. Fue en esa circunstancia cuando por primera vez pudo documentarse que el apoyo de los sistemas vitales mejoraba la sobrevivencia de los pacientes.

Desde entonces y principalmente en las dos últimas décadas, el incesante progreso tecnológico junto con la comprensión cada vez más acabada de los procesos fisiológicos, favorecieron el progreso de la especialidad. Paralelamente fue necesario el entrenamiento en técnicas de monitoreo y terapéuticas agresivas, así como la comprensión y el estudio de nuevas patologías y dilemas éticos, surgidos como consecuencia del mejor manejo del soporte vital en general.

En este contexto, el ejercicio de la terapia intensiva demandó la formación de nuevos especialistas, capaces de manejar el fallo múltiple de órganos, con un criterio diferente del tradicional enfoque de órganos y sistemas, y de revalorar permanentemente métodos y resultados ante la profusión de avances técnicos de alcances no delimitados previamente.^{1,2}

El contacto continuo con pacientes críticos, el apoyo y la contención de la familia, que sufre uno de los momentos más traumáticos que puede experimentar y la permanente necesidad de tomar decisiones de las cuales dependen la vida y la muerte hacen que el intensivista pediátrico deba desarrollar su tarea en un ambiente de tensión extrema y sostenida. Estos hechos impactan de modo significativo en el individuo y tienden a exacerbar la natural conflictiva entre todos los integrantes del grupo de trabajo.³⁻⁷

La comprensión y el diagnóstico de esta problemática (y por lo tanto el desarrollo de estrategias tendientes a la protección) no han sido abordados, en general, con el mismo ímpetu que otros aspectos de la especialidad, tanto por las instituciones como, en muchos casos, por los propios médicos. Es indiscutible que la repercusión de estos hechos sobre el médico no sólo es importante desde la perspectiva individual sino que afecta potencialmente la calidad de la atención médica que se ofrece a los pacientes.^{5,9}

En base a lo expuesto se realizó este trabajo con el objetivo de describir: 1) el perfil laboral de los médicos intensivistas pediátricos (IP) en nuestro país, y 2) su percepción de algunos aspectos de su situación laboral actual, la repercusión sobre su

actividad extraprofesional y las perspectivas futuras, tanto individuales como de la especialidad.

Población

Entre el 1° y el 31 de julio de 1997 se realizó una encuesta entre intensivistas pediátricos (IP) que ejercen su actividad en unidades de cuidados intensivos (UCI) de la Capital y del interior del país, tanto del ámbito público como privado. Se incluyeron los médicos inscriptos en las 2^{as} Jornadas de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", jefes de servicio, médicos de planta, médicos de guardia y médicos en formación que estuvieran dentro de un sistema formal de entrenamiento en la especialidad de las siguientes instituciones: hospitales Garrahan, Elizalde, Gutiérrez, Italiano, Clínicas, Francés, Naval; sanatorios Trinidad, Providencia, Bazterrica, Mitre, Suizo-Argentina, Rawson, Fleni y F. Favalaro de Capital Federal; hospitales Posadas, Sor María Ludovica y Clínica Independencia de Buenos Aires; hospitales Provincial de Neuquén, de Niños de Salta y de Niños de Córdoba.

MATERIAL Y METODOS

La encuesta constaba de dos secciones: la primera, de datos objetivos destinados a conocer el perfil laboral de los encuestados; la segunda, de carácter subjetivo, con preguntas orientadas a la percepción de los médicos respecto de las situaciones de mayor angustia y su situación laboral actual y futura (*Tabla 1*). Las respuestas fueron por opción cerrada (Sí/No; Siempre/ A veces/ Nunca) a excepción de las que evaluaron situaciones de angustia en las que el encuestado asignó un puntaje de 1 (mayor) a 9 (menor) a cada una de las situaciones planteadas. Para el análisis de estos resultados los puntajes fueron agrupados de 1 a 3: mayor angustia, 4 a 6: intermedia y 7 a 9: mínima.

Los resultados fueron expresados en porcentajes y/o en valor absoluto sobre número de respuestas dado que no todos los encuestados respondieron el 100% de las preguntas. Para identificar posibles asociaciones se utilizaron tablas de contingencia (Chi cuadrado con corrección de Yates) considerando significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se distribuyeron 155 encuestas, de las cuales se recuperaron 121 (78%), con un índice de respuesta para cada pregunta superior al 90%.

El 60% eran menores de 40 años, 56% hombres. El 74% de la población que respondió tenía hijos. Un menor número de mujeres tenía hijos (55%) compa-

radas con los hombres (85%) ($p < 0,001$).

El 35% de los encuestados trabajaba en instituciones públicas, 14% en privadas, mientras que el resto lo hacía en ambos lugares. La distribución por antigüedad, cargos e instituciones puede observarse en los *Gráficos 1 a 4*. Es de destacar que el 82%

de los encuestados dedicaba más del 50% de su tiempo a la especialidad y que 98/121 hacía guardias al momento de la encuesta sin diferencias significativas por edad o sexo.

El 60% desarrollaba otra actividad además de terapia intensiva; de ellos 78% consultorio, otra

TABLA 1
Modelo de la Encuesta

1. Datos demográficos

- Edad, Sexo, Hijos: S/N.

2. Perfil laboral

- Institución donde trabaja: Pública, privada, ambas. Hospital general o pediátrico.
- Médico de: Planta, planta y guardia, guardia.
- Antigüedad en la especialidad: <2 años, 2-5 años, >5 años.
- ¿Trabaja en otra actividad no vinculada con terapia intensiva?: (S/N).
- Consultorio, otra especialidad, otros.
- Porcentaje del tiempo laboral que dedica a terapia intensiva: 20%, 20-50%, 50-80%.
- ¿Desarrolla actividades académicas vinculadas con la especialidad? (Cursos, congresos, trabajos científicos, participación en sociedades científicas).
- ¿Qué porcentaje de su tiempo laboral utiliza para ellas?

3. Tiempo libre

- ¿Utiliza parte de su tiempo libre para actividades académicas?
- ¿Tiene alguna afición, hobby, deporte, etc. que practique regularmente?
- ¿Considera que el tiempo libre de que dispone es: Suficiente, aceptable, insuficiente?
- ¿Padeció alguna enfermedad en los últimos años que le impidió trabajar? ¿Con qué frecuencia?

4. Situaciones laborales de estrés

- Ordene en forma decreciente las situaciones que siente le producen mayor angustia (puede haber más de una de ellas con igual jerarquía).
 - Muerte de paciente agudo previamente sano.
 - Manejo del enfermo terminal.
 - Situaciones de limitación de tratamiento.
 - Insuficiencia de recursos para tratar a sus pacientes.
 - Rechazo de derivaciones de pacientes recuperables por falta de posibilidades.
 - Presentación de trabajos, conferencias, etc.
 - Conflictos con miembros del equipo tratante (colegas, enfermeros, etc.).
 - Conflictos con colegas de otras áreas o especialidades.
 - Conflictos en la relación con la familia de los pacientes.
- ¿Tienen en su servicio un espacio para la discusión sistemática de estos temas?
- ¿Habla de sus problemas laborales con personas no vinculadas a su trabajo? Familia, amigos, otro.
- ¿Comparte con las enfermeras la discusión de los problemas del paciente? A veces, siempre, nunca.

5. Satisfacción laboral y perspectivas futuras

- ¿Se siente Ud. reconocido en su trabajo por: Pares, colegas de otra especialidad, institución?
- ¿Ud. considera que la remuneración que percibe es proporcionada a la tarea que realiza?
- ¿Ud. cree que su situación laboral en 5 años será: Mejor, igual, peor?
- En relación a su trabajo, Ud. se siente: Feliz, satisfecho, conforme, insatisfecho.

especialidad 15% y otras el 13% restante. El 73% de los hombres tenía más de un trabajo mientras que sólo el 40% de las mujeres lo tenía ($p < 0,001$).

Analizando exclusivamente el grupo de médicos de planta, 49/77 tenían otra actividad además de la terapia intensiva. De los 28 que no la tenían, 14 (50%) trabajaban al menos en dos instituciones.

El 84% realizaba actividades académicas vinculadas con la especialidad, con una dedicación promedio del 11% de su tiempo laboral. La mayoría utilizaba parte de su tiempo libre para dichas actividades (85/98).

Tiempo libre: El 59% respondió tener un hobby, sin embargo el 78% consideró insuficiente su tiempo

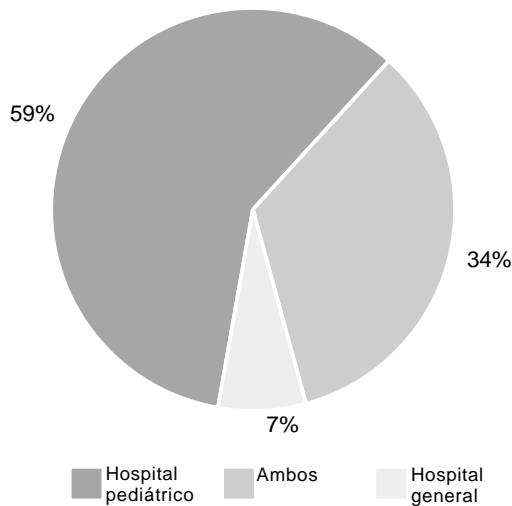


GRÁFICO 1
Distribución de los médicos según tipo de hospital

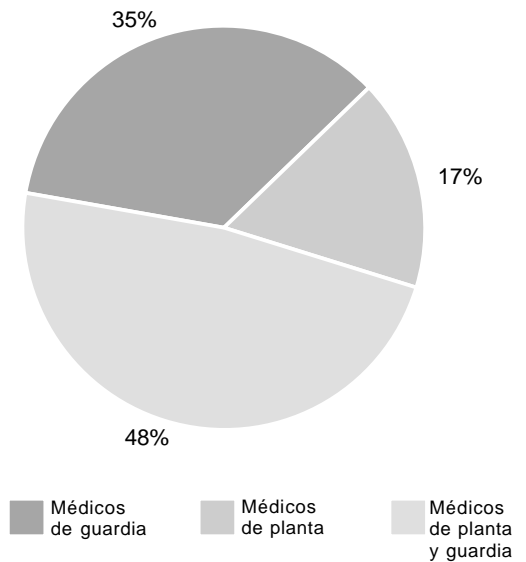


GRÁFICO 2
Distribución según cargos

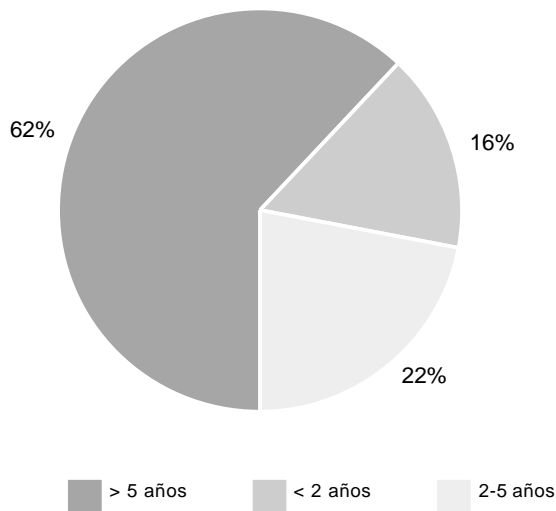


GRÁFICO 3
Antigüedad de los médicos en el ejercicio de la especialidad

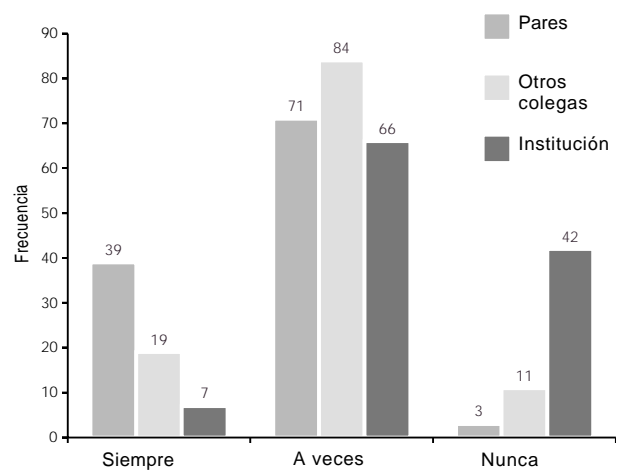


GRÁFICO 4
Percepción de los PI acerca del reconocimiento de su trabajo

libre. El 14% padeció alguna enfermedad que le impidió trabajar en los últimos años.

Situaciones frecuentes de angustia: Las situaciones mencionadas como generadoras de mayor angustia (puntaje 1 a 3) fueron, en orden de frecuencia: muerte del paciente agudo previamente sano, manejo del enfermo terminal, insuficiencia de recursos, rechazo de derivaciones por falta de disponibilidad y limitaciones de tratamiento. La presentación de trabajos, conferencias, etc., fue la situación de menor angustia en la población encuestada.

El 63% de la muestra no disponía de un espacio sistemático de discusión de estos temas en su servicio; sólo el 30% los compartía sistemáticamente con las enfermeras y 66% lo hacía ocasionalmente. El 80% respondió que compartía sus problemas con personas no vinculadas a su trabajo (79% de ellos con la familia).

Satisfacción laboral y perspectivas futuras: La percepción sobre el reconocimiento hacia su trabajo puede verse en el *Gráfico 4*. La falta de reconocimiento que sentían los encuestados frente a pares o a colegas de otra especialidad aumentó en forma muy significativa cuando la pregunta se refería a las instituciones en las que trabajaban. Sólo 3/113 refirieron que nunca se sentían reconocidos por sus pares mientras que el número ascendió a 42/115 cuando la pregunta se refería al reconocimiento por parte de la institución en la que se desempeñaban ($p < 0,0001$).

El 82% consideró que la remuneración percibida no era proporcionada a la tarea realizada.

El 45% de los encuestados se declaró feliz o satisfecho con su trabajo, el 34% conforme y el 21% insatisfecho. Sólo el 22% opinó que su situación laboral futura será mejor, 32% creyó que será igual y 46% peor.

De los que se consideraron felices o satisfechos, el 25% contestó que su situación futura será peor.

DISCUSION

La terapia intensiva pediátrica es una especialidad nueva en términos de reconocimiento formal, por lo que el número de especialistas reconocidos no refleja la población de médicos pediatras que se dedican a ella. El número más aproximado surge del censo realizado por el Comité de Terapia Intensiva de la SAP que identificó 250 pediatras que se encuentran trabajando en esta área.

Si bien esta encuesta es parcial y puede adjudicársele un sesgo de selección, creemos que es representativa ya que abarca los principales centros, en número de camas y complejidad, de la Capital y el interior del país. El perfil laboral de los

encuestados, con un alto porcentaje de médicos de planta, con dedicación completa y antigüedad de más de 5 años en la especialidad, contribuye a esta presunción.

El impacto del estrés laboral sobre el personal de enfermería ha sido extensamente analizado en la bibliografía; existen, sin embargo, menos trabajos que analizan dicho impacto sobre los médicos, aunque el interés parece creciente.³⁻⁷

El alto índice de respuesta de nuestra encuesta (78%), comparado con la cifra promedio informada habitualmente en trabajos de este tipo (55-60%) demuestra una gran preocupación por la situación analizada en este trabajo. En nuestra muestra, a diferencia de otros trabajos que incluyen médicos con dedicación parcial (5%), la mayoría tiene dedicación completa a la especialidad; este hecho y el sesgo de selección antes mencionado podría explicar esta preocupación.⁵⁻⁷

El hecho de que la mayoría tenga otra actividad, y que aun los que trabajan exclusivamente en la especialidad lo hagan en más de un centro, muestra que un médico altamente especializado en una disciplina que implica una importante carga de estrés no puede mantenerse con un solo trabajo y debe, por lo tanto, enfrentar jornadas laborales diarias de 12 horas además de la guardia de 24 horas.

Las diferencias encontradas analizando la población por sexo no difieren seguramente de otras especialidades médicas en relación a que es menos frecuente que las mujeres tengan más de un trabajo, en especial las que tienen hijos. Sin embargo el menor porcentaje de mujeres con hijos en la especialidad podría tener relación con la "carga laboral" que la misma exige.

La falta de espacios sistemáticos para la discusión de problemas no médicos y la utilización del tiempo libre (referido mayoritariamente como insuficiente) para realizar actividades académicas, podrían avalar la hipótesis de un sistema organizado en función exclusivamente asistencial en detrimento de la investigación y el desarrollo de la especialidad.

Cuando se analizan las situaciones de mayor angustia se observan algunas que podrían considerarse inherentes a la especialidad —muerte de un niño previamente sano, situaciones de limitación de tratamiento— que son similares a lo informado en la literatura.^{3,6,8} No obstante ocuparon lugares importantes otras que tienen que ver con un contexto de escasez de recursos imprescindibles, hecho que marca una importante diferencia con los países desarrollados. Los cambios en los modelos de atención médica y la falta de una clara discusión, con participación de toda la sociedad, acerca de las

políticas y el destino de los recursos en el área de salud, no hacen sino agravar el problema al que cotidianamente se enfrentan los médicos intensivistas al aceptar o rechazar un paciente.⁹

Si bien la falta de reconocimiento institucional hacia su trabajo parece un problema más extendido que el del ámbito de los intensivistas pediátricos, es un dato a destacar, ya que este aspecto particular ha sido puntualizado como uno de los factores que inciden con mayor relevancia en el desgaste del grupo médico.^{6,7}

Otro factor relevante mencionado en la bibliografía es el constituido por los conflictos de relación entre los grupos médicos; sin embargo, ellos no han ocupado los primeros lugares en nuestra muestra. Este hecho podría deberse a la existencia de una problemática más básica no resuelta (escasez de recursos, etc.). La falta de reconocimiento institucional, sin embargo, merece ser destacada. Los conflictos entre los miembros de un equipo que comparte muchas horas de trabajo, en un ámbito crítico, donde la toma de decisiones relacionadas con la vida o la muerte es casi cotidiana, pueden ser un factor determinante en el desgaste emocional de los mismos.^{3,6}

En relación al grado de satisfacción laboral, una gran mayoría (80%) se declaró feliz o al menos conforme con su situación laboral actual. Sin embargo merece destacarse que muy pocos creyeron que la misma mejorará en el futuro próximo y muchos consideraron que será peor. Si bien hay un contexto general del cual no escapa ninguna profesión y no sólo esta especialidad es posible que los hechos analizados en este trabajo colaboren a esta percepción. El desafío consiste, desde los médicos, las instituciones y quienes diseñan las políti-

cas de salud en crear condiciones de trabajo que permitan un desarrollo pleno de la especialidad generando los mecanismos necesarios para la protección del personal que trabaja bajo condiciones permanentes de estrés.^{10,11}

CONCLUSIONES

- La mayoría de los intensivistas pediátricos estudiados dedicaban más del 50% de su tiempo a la especialidad, tenían más de una actividad laboral, trabajaban en más de una institución y realizaban guardias activas como parte de su tarea asistencial.
- Las situaciones generadoras de mayor angustia fueron: muerte aguda de paciente previamente sano, manejo del enfermo terminal e insuficiencia de recursos para atender sus pacientes.
- La falta de espacios sistemáticos de discusión de problemas no médicos, el poco reconocimiento institucional hacia su trabajo y la falta de tiempo para la actividad académica fueron las situaciones negativas identificadas en la muestra.
- Si bien existe un alto grado de satisfacción global por la situación laboral actual, la mitad de los encuestados creyó que la futura será peor. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Mc D Fisher M. Critical care: A specialty without frontiers. *Crit Care Clin* 1997; 13: 235-43.
2. Calvin J, Habet K, Parrillo J. Critical Care in the United States: Who are we and how did we get here? *Crit Care Clin* 1997; 13: 363-76.
3. Spehrs V. Síndrome de burnout en los pediatras intensivistas. *Arch Arg Pediatr* 1997; 95: 413-21.
4. Jellinek M. Recognition and management of discord within house staff teams (Edit). *JAMA* 1986; 256: 754-756.
5. McCue J. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458-63.
6. Fields A, Cuerdon T, Brasseux C, Getson P et al. Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425-29.
7. Deckard G, Hicks L, Hamory B. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992; 165: 224-8.
8. Jellinek M, Torres D, Catlin E, Cassem E, Salzman A. Pediatric Intensive Care Training: Confronting the dark side. *Crit Care Med* 1993; 21: 775-779.
9. Engelhardt HT, Rie M. Intensive Care Units; Scarce Resources and Conflicting Principles of Justice. *JAMA* 1986; 255: 1159-64.
10. Disillusioned doctors: Need a better balance between service commitment and education (editorial). *BMJ* 1997; 314: 1705-6.
11. Ackerman A. Retention of critical care staff. *Crit Care Med* 1993; 21: S394-395.