

Percepción de la Calidad de Vida entre Médicos Anestesiólogos y No Anestesiólogos

Helena Maria Arenson-Pandikow, TSA¹, Leandro Turra Oliviera², Carmen Regina Bortolozzo³, Simone Petry⁴, Thiago Fonseca Schuch⁴

Resumen: Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF – Percepción de la Calidad de Vida entre Médicos Anestesiólogos y No Anestesiólogos.

Justificativa y objetivos: La literatura indica factores de rutina con un impacto negativo sobre la calidad de vida de los anestesiólogos. Este trabajo pretende comparar la percepción de la calidad de vida de anestesiólogos y médicos no anestesiólogos.

Método: Estudio transversal procedente de tres cuestionarios específicos (epidemiológico, WHOQOL-BREF y SF-12®) aplicados en anestesiólogos (Grupo A) y no anestesiólogos (Grupo NA), de un hospital general universitario y de un tercer grupo de anestesiólogos del interior del Estado (Grupo I). Los análisis de las variables epidemiológicas (programa SPSS) y las relacionadas con los dominios de calidad de vida del WHOQOL, fueron interpretados por medio del análisis multivariado.

Resultados: El número de respondedores del WHOQOL-BREF en el Grupo A = 67; Grupo NA = 69; Grupo I = 53. El grupo de anestesiólogos del interior (Grupo I) fue excluido del estudio por falta de un N° adecuado para los análisis estadísticos. El total de respondedores para comprobar la puntuación SF-12® fue de 61 en el Grupo A y 68 en el NA. Para la herramienta WHOQOL-BREF, las puntuaciones del dominio físico fueron $72,97 \pm 11,78$ para A y $77,17 \pm 10,85$ para NA ($p < 0,05$), en el psicológico $66,44 \pm 13,66$ para A y $71,79 \pm 11,48$ para NA ($p < 0,05$), en el dominio de relacionamiento social $64,67 \pm 19,08$ para A y $73,36 \pm 15,37$ para NA ($p < 0,01$), y en el dominio medio ambiente $68,14 \pm 11,56$ para A y $72,37 \pm 10,07$ para NA ($p < 0,05$). En el SF-12® los componentes físico y mental no mostraron diferencias estadísticas.

Conclusiones: La percepción de la calidad de vida de los anestesiólogos fue consistentemente inferior a la de los médicos en general para la muestra estudiada.

Descriptores: ANESTESIÓLOGO, Calidad de Vida; ANESTESIA, Especialidade.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

INTRODUCCIÓN

El médico se pasa prácticamente todo el tiempo en vigilia mientras trabaja. Lo está en la atención a los pacientes, en las reuniones, en los trabajos inesperados y en la necesidad de actualización/educación continua, donde ocurre una sobrecarga gradual y creciente. Le queda una desagradable sensación de que, de hecho, él se ha resignado a convivir con menos que lo mínimo, y que ha creado un abismo que va aumentando, entre las preocupaciones más urgentes en el espectro de la vida cotidiana y familiar, y en el ansia por alcanzar el futuro¹. Con ese panorama, tenemos problemas con el

sueño, alteración de la psicoestructura, de la autoestima y del desempeño profesional, y al final, lo que nos quedan, son los sentimientos contradictorios. De un lado, el placer de ejercer la profesión que escogimos. Por el otro, vemos que el sistema de salud se convirtió en un máquina que viabiliza las atenciones en masa, que se siente algo desechable; una mera pieza de repuesto. La tan apreciada autonomía se convirtió en algo encapsulado. El médico perdió su libertad. En ese contexto, el anestesiólogo, por la peculiaridad inherente a la especialidad, convive con situaciones adicionales de estrés provenientes de la falta de sueño por las llamadas nocturnas, un ambiente de trabajo constantemente mutante que incorpora la contaminación sonora (equipos quirúrgicos y de aspiración, electrocauterios, monitores y alarmas, ventiladores entre otros), exposición a la radiación, calor o frío excesivo, sillas incómodas y salas quirúrgicas mal diseñadas^{2,3}. Otros factores recaen sobre la falta de control de la carga de trabajo y la dificultad de comunicación con el equipo, sin mencionar la supeditación permanente a la agenda de los cirujanos⁴.

En la literatura, hay muchas contribuciones que respaldan la prevalencia de alteraciones psicofisiológicas, y que están vinculadas con el desempeño profesional⁵⁻⁸. Esas evidencias, exigen una reflexión y requieren cambios estructurales en el ambiente anestésico. Empezando por la identificación de los factores inalcanzables, que perjudican la calidad de

Recibido del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

1. PhD, University of London, Inglaterra; Corresponsable CET/SBA Servicio de Anestesia y Medicina Perioperatoria (SAMPE) del Hospital das Clínicas de Porto Alegre; Profesora Asociada de Anestesiología, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina (FAMED), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

2. Intensivista Pediátrico Anestesiólogo; SAMPE del Hospital de Clínicas de Porto Alegre

3. Anestesiólogo Experto en Dolor y Medicina Paliativa; SAMPE del Hospital das Clínicas de Porto Alegre

4. Anestesiólogo; Contratado del SAMPE del Hospital das Clínicas de Porto Alegre

Artículo sometido el 3 de mayo de 2011.

Aprobado para su publicación el 3 de agosto de 2011.

Dirección para correspondencia:
Dra. Helena Maria Arenson-Pandikow
Rua André Puentes, 185 Ap. 701
Bairro Independência
90035150 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: hpandikow@hcpa.ufrgs.br

vida en el trabajo, y que, por no ser reconocidos, no son adecuadamente solucionados.

El presente estudio, propone una evaluación de la calidad de vida de los anestesiólogos, y de un grupo control de médicos no anestesiólogos que representan la población médica de la ciudad de Rio Grande do Sul, para la verificación comparativa de la real situación del anestesiólogo en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto del estudio

Transversal, que analiza los datos recolectados en tres formularios específicos que fueron aplicados de forma anónima a los participantes del proyecto, entre agosto de 2007 y marzo de 2008. El primer cuestionario aborda el tema epidemiológico relacionado con la rutina de trabajo; el segundo: *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-BREF), y el tercero: SF-36® (*Medical Outcomes Study 36; Item Short-Form Health Survey*), en su versión simplificada; SF-12®.

Definición de los grupos y tamaño de la muestra

Grupo A, compuesto por médicos anestesiólogos que trabajan en el Servicio de Anestesia y Medicina Perioperatoria (SAMPE), del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). El Grupo NA incorporó médicos de diversas especialidades, no anestesiólogos, que también trabajan en el HCPA. Esta muestra fue seleccionada en proporción a las especialida-

des que constan en el Consejo Regional de Medicina de Rio Grande do Sul. El Grupo I consistió en anestesiólogos provenientes de tres ciudades del interior del estado del Rio Grande do Sul. Fueron excluidos los médicos que se negaron a participar en el proyecto, o los que no firmaron el Término de Consentimiento Informado, como también, aquellos que no rellenaron completamente los formularios y los médicos que ejercían su actividad profesional tanto en la capital como en el interior del estado. Considerando el límite del número de médicos contratados del SAMPE (70 contratados), para obtener $\alpha = 0,05$ y $\beta = 80\%$, fue necesario un rango de muestreo de 64 individuos en cada grupo.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos específica, utilizando la planilla de datos Excel Microsoft®, y analizados en el programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), para el estudio de las variables epidemiológicas. Las puntuaciones de calidad de vida fueron procesadas por los modelos específicos de cada herramienta utilizada y las correlaciones con las variables epidemiológicas fueron obtenidas por un análisis multivariado. En todos los análisis fueron considerados dos desviaciones estándar, menores que 0,05, como significativamente estadísticas.

RESULTADOS

Los resultados del cuestionario epidemiológico aplicado en los tres grupos aparecen en la Tabla I.

Tabla I – Resultados del Cuestionario Epidemiológico Aplicado a los Tres Grupos

| | Grupo NA No Anestesiólogos (n = 69) | Grupo A Anestesiólogos de la capital (n = 67) | Grupo I Anestesiólogos del interior (n = 53) |
|---|--|--|---|
| Sexo masculino | 56,4% | 48,5% | 83% p < 0,01 |
| Tiempo de graduado | 15,81 p < 0,05 | 12,54 | 15,55 p < 0,05 |
| Horas trabajadas diariamente | 9,91 ± 2,79 | 9,32 ± 2,58 | 11,20 ± 1,59 p < 0,01 |
| Turnos de reposo semanal | 1,83 ± 2,05 | 2,12 ± 1,34 | 0,97 ± 0,80 p < 0,01 |
| llamadas nocturnas* | 2,19 ± 3,12 | 1,68 ± 1,74 | 2,83 ± 1,72 p < 0,01 |
| Relación de jerarquía en el trabajo | 47,2% p < 0,01 | 89,7% | 98,6% |
| Relación con el equipo de trabajo | Placentera 63,8% p < 0,01 | De respeto/estresante 56,8% | De respeto/estresante 65,4% |
| Participación en evento científico en el último año | 94,1% p < 0,01 | 66,2% | 58,4% |
| Artículo leído* | 89,1% p < 0,01 | 76,5% | 67,9% |
| Períodos de 7 o más días de vacaciones/año | 2 períodos 77,6% | 2 períodos 64,1% | 3 o más períodos 88,5% p < 0,01 |

*Duas últimas semanas.

Tabla II – Número Total de Participantes en Cada Grupo para la Puntuación WHOQOL-BREF

| Dominios | Anestesiólogos capital (A) | Médicos no anestesiólogos (NA) |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Físico | 72,97 ± 11,78 (p < 0,05) | 77,17 ± 10,85 |
| Psicológico | 66,44 ± 13,66 (p < 0,05) | 71,79 ± 11,48 |
| Relaciones sociales | 64,67 ± 19,08 (p < 0,01) | 73,36 ± 15,37 |
| Medio ambiente | 68,14 ± 11,56 (p < 0,05) | 72,37 ± 10,07 |
| Calidad general (overall) | 62,31 ± 19,15 (p < 0,01) | 72,82 ± 14,05 |

Tabla III – Número Total de Participantes en Cada Grupo para la Puntuación SF-12

| | Anestesiólogos de la Capital Grupo A | Médicos no anestesiólogos Grupo NA |
|------|--------------------------------------|------------------------------------|
| PCS* | 55,24 ± 4,91 | 55,78 ± 4,28 |
| MCS* | 48,03 ± 10,80 | 51,07 ± 8,77 |

*PCS: *physical component summary*; *MCS: *mental component summary*.

Tabla IV – Análisis Multivariado: Anestesiólogos de la Capital X Médicos No Anestesiólogos

| Dominios | Peor relación con el equipo de trabajo | Menor tiempo dedicado a la actualización | Menor experiencia profesional |
|---------------------------|--|--|-------------------------------|
| Físico | | | |
| Psicológico | x | | |
| Relaciones sociales | x | x | |
| Medio ambiente | | | x |
| Calidad General (overall) | x | | |

Los Grupos A y I no fueron diferentes estadísticamente con relación al Grupo NA en cuanto a la edad, noches de muchos avisos y/o guardias durante la semana o finales de semana, además de la práctica de actividad física o de ocio.

El número total de participantes en cada grupo para la puntuación WHOQOL-BREF, fue de 67 anestesiólogos de la capital (A), 69 médicos no anestesiólogos (NA) y 51 anestesiólogos del interior (I), y para la puntuación SF-12 fue de 61 (A), 68 (NA) y 52 (I). Como el grupo interior no alcanzó el *n* necesario para la aplicación de las puntuaciones de calidad de vida, no pudo ser incluido en el seguimiento del análisis del trabajo.

El grupo de anestesiólogos de la capital presentó puntuaciones significativamente inferiores a los del grupo de médicos no anestesiólogos en la herramienta WHOQOL-BREF (Tabla II) en los dominios: físico, psicológicos, relación social, medio ambiente y calidad de vida en general. Ya las puntuaciones de la herramienta SF-12® (Tabla III), no fueron diferentes significativamente entre los grupos.

Cuando se hizo la regresión multivariada (Tabla IV), para correlacionar las variables epidemiológicas con las puntuaciones alteradas de los anestesiólogos de la capital, la menor participación en eventos científicos fue predictor de puntuaciones más bajas en el dominio del medio ambiente, el peor relacionamiento con el equipo de trabajo fue predictor de puntuaciones más bajas en los dominios: psicológico, relaciones sociales y calidad general, y el menor tiempo de graduado fue predictor de menores puntuaciones en el dominio medio ambiente.

DISCUSIÓN

La literatura está repleta de trabajos que relatan diferentes tipos de estrés a que están sometidos los anestesiólogos²⁻⁸, pero no existe un estudio específico que sopesa la percepción de la calidad de vida cuando se compara con la de los médicos en general. En contrapartida, el nivel de satisfacción del anestesiólogo con la profesión es elevado^{4,9}, hecho ese que podría amenizar las variables de coyuntura más drásticas, y contribuir para una mejor percepción de su calidad de vida. Sin embargo, nuestros datos no sustentan esa suposición. Al comparar los anestesiólogos de la capital con los médicos en general, quedó evidente que la “calidad de vida” de esos últimos, fue inferior en diversos aspectos del análisis. Cuando la misma comparación fue hecha con los “anestesiólogos del interior”, el tamaño de la muestra del grupo no fue suficiente.

Los factores que pueden interferir en el nivel de la calidad de vida de los anestesiólogos ya fueron muy bien explicados en las publicaciones²⁻⁸. Recientemente Mansour¹⁰, al comparar a un grupo de anestesiólogos con pacientes diabéticos y demás funcionarios de un mismo hospital, demostró puntuaciones generales de cansancio significativamente mayores en los anestesiólogos. Chia¹¹ indicó la relación inversa entre el agotamiento emocional y la satisfacción profesional, al analizar los datos de los residentes en anestesia. Nyssen y col.⁴ documentaron que, pese a que los niveles promedios de estrés mensurados de los anestesiólogos no hayan sido superiores a los de los trabajadores en general, un 40% de ellos presentaban un sufrimiento emocional (*burnout syndrome*), con tasas más elevadas entre los residentes jóvenes. En los programas norteamericanos de residencia en anestesia, se detectó después de tres años de la implantación de límites para horas de guardias, una mejoría en el bienestar de los residentes¹². Otros datos refuerzan la tendencia creciente entre los anestesiólogos norteamericanos y australianos en reducir la carga semanal de trabajo directamente relacionada con la anestesia¹³.

En el presente estudio, que aplicó la herramienta WHOQOL BREF debidamente validada^{14,15}, inclusive para grupos en ambiente laboral¹⁶, el Grupo A, de anestesiólogos de la capital, tuvo puntuaciones significativamente inferiores de calidad de vida en la totalidad de los dominios analizados (psicológico, relacionamiento social, medio ambiente y físico). Sin embargo, en la aplicación de la herramienta SF-12®, no se detectaron diferencias entre los grupos. Eso podría ser atri-

buido al instrumento, que es más indicado para la comprobación de los resultados clínicos y para diferenciar los estados de salud cuando se le compara con el WHOQOL-BREF¹⁷. En efecto, el presente abordaje no trató de poblaciones con comorbidades específicas ni tampoco grupos con alguna especie de enfermedad limitante. Pero respecto de la elección de la versión simplificada de la herramienta (12 preguntas), que abreviaría tiempo en el relleno de tres cuestionarios, el tamaño de la muestra en el HCPA, se redujo a la obtención apropiada de los resultados.

En cuanto al grupo de anestesiólogos del interior, cuya evaluación no fue posible porque no tenían un *n* estadísticamente suficiente, buscaremos ampliar esta encuesta para otras localidades del estado.

Basándonos en el perfil de trabajo de la Tabla I, el análisis multivariado arroja una relación positiva entre las puntuaciones inferiores de los anestesiólogos de la capital y la peor relación de esos con el equipo de trabajo. Ese hallazgo refuerza los planteamientos de Jenkins y col.⁹ sobre el impacto significativo de la postura del cirujano frente al anestesiólogo, y su satisfacción como profesional. La real importancia de ese componente fue todavía más evidente cuando demostramos en nuestro estudio esa relación en más de un dominio (psicológico y relaciones sociales), y en el aspecto general. Otras puntuaciones inferiores relacionadas con el factor de menor tiempo dedicado a la actualización, en el dominio relaciones sociales, nos indican la importancia de los viajes a congresos, comparecencia a los seminarios fuera del ambiente de trabajo, y discusiones de artículos, entre otros aspectos, que son indispensables para la renovación/adquisición de las habilidades cognitiva, afectiva y social. El grupo de Kinz y col.¹⁸ pautaron bien la relevancia de las relaciones sociales y personales (mayor tiempo de lectura, cultivar las amistades y las relaciones familiares), al mostrar una mayor confianza del anestesiólogo en sus habilidades personales e intelectuales para lidiar con las demandas diarias, superando, incluso, la ayuda ofrecida por los colegas o superiores. En el presente análisis, el menor tiempo de profesión mostró una correlación con las puntuaciones inferiores en el dominio medio ambiente, donde se evalúan las situaciones como seguridad, calidad del ambiente de trabajo y movilidad. El estudio de Morais y col.¹⁹ favorece esos hallazgos al constatar elevados niveles de estrés entre los anestesiólogos, siendo que el mayor tiempo de experiencia profesional se correlacionó con los índices menores de agotamiento emocional. El cambio más frecuente de local de trabajo, causaría menos estrés, privilegio generalmente adquirido solamente después de muchos años de trabajo.

En nuestra búsqueda por elementos vinculados a la calidad de vida en el trabajo de los anestesiólogos, cuando los comparamos con los médicos en general, además de las limitaciones atribuidas al tamaño de la muestra, podríamos referir también una característica peculiar en lo que se refiere a los profesionales que trabajan en un hospital escuela y que por tanto, se les exige más en el sentido académico. Esa condición, igualmente válida para el grupo control, puede que no represente adecuadamente a los médicos que trabajan en

las instituciones que no son instituciones de enseñanza. Pero de todas formas, ha quedado claro que, en el caso específico de los anestesiólogos, su percepción de calidad de vida es bastante inferior a la de los demás médicos.

CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de vida de los anestesiólogos fue consistentemente inferior a la de los médicos en general en la muestra específica. El resultado de este estudio aportó informaciones importantes para guiar las acciones que podrían ayudar, ya sean ellas de carácter individual o no, en los equipos o en los órganos representativos de la clase, sobre la coyuntura organizacional, ambiental y de logística de trabajo, que posiblemente comprometen el bienestar ocupacional de la clase. Pero de todas formas, es necesario realizar más investigaciones para verificar cuáles son las posibles diferencias en la CV de los anestesiólogos que trabajan en las regiones más alejadas de la capital.

REFERENCIAS

1. Editorial da Revista do CREMERS nº43, junho de 2007.
2. Weinger MD, Englund CE – Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment. *Anesthesiology*, 1990;73:995-1021.
3. Berry AJ, Katz JD – Hazards of working in the operating room. In Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical anesthesia*. 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1992;89-114.
4. Nyssen AS, Hansez I, Baele P et al. – Occupational stress and burn-out in anaesthesia. *Br J Anaesth*, 2003;90:333-337.
5. Jackson SH – The role of stress in anaesthetists' health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1999;43:538-602.
6. Xiao Y, Mackenzie CF, Bernhard W et al. – Dynamics of stress during elective and emergency airway management. *Anesthesiology*, 1996;85(3A):A957.
7. Toung TJ, Donham RT, Rogers MC – Effect of previous medical training on the stress of giving anesthesia. *Anesthesiology*, 1986;65(3A):A473.
8. Azar I, Sophie S, Lear E – The cardiovascular response of anesthesiologists during induction of anesthesia. *Anesthesiology*, 1985;63(3A):A76.
9. Jenkins K, Wong D – A survey of professional satisfaction among Canadian anesthesiologists. *Can J Anesth*, 2001;48(7):637-645.
10. Mansour A – The occupational fatigue in anesthesiologists: illusion or real? *Middle East J Anesthesiol*, 2010;20(4):529-534.
11. Chia AC – Comparison of stress in anaesthetic trainees between Hong Kong and Victoria, Australia. *Anaesth Intensive Care*, 2008;36(6):855-862.
12. Swide CE – Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the american perspective. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2007;20(6):580-584.
13. McIntosh CA, Macario A, Streatfeild K – How much work is enough? Results of a survey of US and Australian anesthesiologists' perception of part-time practice and part-time training. *Anesthesiology Clin*, 2008;26:693-705.
14. The WHOQOL Group – Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment 1998*. *Psychol Med*, 1998;28:551-558.
15. Fleck MPA, Moreno AB, Faerstein E et al. – Propriedades psicométricas do instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da

- Organização Mundial de Saúde no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, 2006;22(12):2585-2597.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al. – Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'. Rev Saúde Pública, 2000;34(2):178-83.
 17. Huang IC, Wu A, Frangakis C – Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from Ta population. Quality of Life Research, 2006;15:15-24.
 18. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E et al. – Work stress and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists at a university hospital J Clin Anesth, 2007;19:334-338.
 19. Morais A, Maia P, Azevedo A et al. – Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. Eur J Anaesthesiol, 2006;23(5):433-439.