

¿Qué sucede con las doctoras y los doctores?

Patricio Santillan-Doherty* ✉

Editor en Jefe de la Revista Neumología y Cirugía de Tórax; Jefe del Departamento de Cirugía Experimental INCMNSZ.*
Trabajo recibido: 22-II-2011; aceptado: 22-II-2011

Sin ambición uno no comienza nada. Sin trabajo uno no termina nada. El premio no os será enviado.

Debéis ganarlo.

Ralph Waldo Emerson

Sólo aquel capaz de arriesgar ir más allá tendrá la posibilidad de descubrir qué tan más allá puede ir.

T. S. Eliot

Sin duda, tener sueños y la capacidad de seguirlos, es algo que nos mueve a las médicas y a los médicos. Es difícil explicar de otra manera la forma en que toleramos las vicisitudes de nuestra carrera con sus largas y extenuantes horas de trabajo, su prolongado sistema de entrenamiento y el interminable compromiso de mantener los conocimientos y la capacitación requerida para otorgar los servicios que nos reclama la sociedad. Y aún así, persistimos.

La medicina científica ha sido un éxito fenomenal. Las enfermedades cardíacas matan a dos tercios menos de personas de lo que sucedía hace cincuenta años. Cada vez estamos en mejor condición de mejorar los desenlaces de condiciones tan diversas como la embolia cerebral y el trauma. A nivel mundial, la mortalidad del cáncer de mama ha disminuido un 25%. Incluso en nuestra área, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar han mejorado en cuanto a sus expectativas de sobrevivencia. Incluso enfermedades que históricamente constituían un azote a la humanidad han sido controladas (la peste, la polio, el sarampión, el cólera, entre otras) o de plano erradicadas (viruela).

Podemos vanagloriarnos con esto y dormir el sueño de los justos, pero dudo que ese sueño sea tranquilo. Resulta un deber analizar nuestro sistema con el objeto de identificar las zonas débiles para reforzarlas y mejorar. Ese análisis inicia con una simple pregunta primordial, ¿Qué sucede con las doctoras y los doctores? Iniciar con nosotros mismos para, una vez reforzados voltear

y comprender a Hamlet cuando susurró "...algo está podrido en el estado de Dinamarca".

Cuando consultamos las evidencias frecuentemente ignoramos lo que establece la diferencia entre la ciencia y la medicina. Pensamos que "tener los números" (v. gr.: las probabilidades de respuesta a un medicamento o tratamiento específico), es suficiente para establecer buenas decisiones clínicas y soslayamos un poco la cuestión de que la información con validez estadística, por sí sola, no es suficiente para conformarse a las necesidades específicas del paciente sentado frente a nosotros en el consultorio.

Pero el sistema nos presiona a contar con esa información científicamente válida; debemos producirla. Y uno se pregunta, ¿tenemos con qué hacerlo? Creo no estar alejado de la realidad cuando decimos que sí estamos alejados de una situación ideal. Algo no está bien cuando, en pocos kilómetros cuadrados de superficie, una pequeña porción de la población tiene acceso a sofisticadísimos sistemas de diagnóstico y tratamiento mientras que la gran mayoría a duras penas cuenta con servicios básicos. Cuando el diferencial entre el que más tiene y los que menos tienen resulta abismal; "...algo está podrido en el estado de Dinamarca...".

Vale la pena recordar a Foucault advertirnos de que, con la aparición de la medicina científica, los pobres y los ricos establecieron un trato fáustico donde los primeros reciben tratamiento en los pabellones ofreciendo sus cuerpos al servicio de la educación médica, mientras que los segundos fundaban y financiaban los hospitales.¹

Y aún así, persistimos.

El mismo Foucault reconoció que "...no es lo patológico lo que actúa con relación a la vida, como una contranaturaleza, sino el enfermo con relación a la enfermedad misma. El enfermo, pero también el médico...". Así, la cotidianidad de nuestro trabajo corre el riesgo de convertirse en rutina y, en un descuido, dejamos de pensar en lo que hacemos, en cómo lo hacemos, en porqué lo hacemos. Es importante considerar una gran variedad

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/neumologia>

de inquietantes debilidades humanas que nos orillan a que introduzcamos no solamente sesgo a nuestras acciones, sino que abiertamente nos permitimos caer en errores que afectan nuestro trabajo; y al paciente.²

Siguiendo a Gropman,² podemos dejar que la estigmatización de un paciente guíe nuestro pensamiento (*error de atribución*), o bien tomar decisiones basados en lo que primero aparece disponible en nuestra mente (p. ej., lo que ahora vemos como cáncer pulmonar antes era tuberculosis: *error de disponibilidad*); en ocasiones suspendemos nuestra investigación cuando «encontramos» un dato que satisface nuestra hipótesis aun cuando no tenga relación con lo que le pasa al enfermo (*error de búsqueda satisfecha*). Por otro lado, sesgamos nuestro pensamiento cuando seleccionamos sólo parte de la información disponible, la cual se conforma a nuestro juicio inicial (*sesgo de confirmación*); también cuando preferimos hacer algo en vez de sentarnos a esperar la evolución (*sesgo de comisión*). Finalmente, no es raro que nos sometamos a la incapacidad de modificar nuestro pensamiento sobre un diagnóstico aun y cuando puede haber mucha incertidumbre sobre la naturaleza de la afección del paciente (*momentum diagnóstico*).

Tomar conciencia de estas debilidades fortalece nuestro actuar con el paciente y, finalmente, lo beneficia. Pero eso no es todo, existen presiones académicas, laborales, financieras y la cada vez creciente influencia del sistema de mercado que tergiversa el profesionalismo que la sociedad espera de nosotros.

La inseguridad económica y el mercantilismo dejan sentir su influencia en el manejo de pacientes e incluso en nuestra participación en actividades científicas. El proceso de desarrollo de nuevos medicamentos, insumos y tecnologías frecuentemente incluye incentivos que se ofrecen a los médicos (regalos, boletos de avión, cuartos de hotel, comidas onerosas); esto contamina la capacidad de emitir juicios sin sesgo y modifican nuestra forma de pensar transformándose en coerciones.³ Tentaciones difíciles de resistir.

Y aún así, persistimos.

La carga de trabajo que enfrenta el gremio médico es pesada. Horas largas, en ocasiones físicamente extenuantes. Pacientes demandantes. Sistemas exigentes interesados en la productividad, en la transparencia administrativa, en la eficiencia programática antes que en el paciente (y poco en el trabajador de la salud). Todo esto genera un desgaste que, por su importancia, impacta en la calidad de la medicina. El artículo que presentan Cruz Valdes *et ál*, en este número de NCT nos debe mover a la reflexión profunda sobre factores que determinan la posibilidad de caer en un desgaste que impacte en nuestro actuar dentro de la profesión y la forma de contrarrestarlo.⁴

No hace mucho, la Sociedad Americana revisó exhaustivamente el impacto de factores como cansancio, exceso de trabajo, presiones y estrés sobre la calidad de los médicos en su atención de los pacientes. Tan exhaustiva fue la revisión que se dictaron normatividades para limitar las horas de trabajo hospitalario por semana a no más de 80 (v. gr. 10 horas de labor diaria todos los días -¡!). El caso que disparó esta situación fue el de la paciente Libby Zion quien, en 1984, llegó a un hospital en Nueva York con fiebre y dolor de oído para terminar pocas horas después muerta por depresión respiratoria que no fue detectada adecuadamente.⁵

La corte no encontró culpable pero determinó que las presiones del sistema de entrenamiento médico eran por demás peligrosas detonando los cambios. Esto afectó principalmente a médicos en entrenamiento de posgrado (las residencias médicas) pero, como bien anotan Cruz Valdes *et ál*, el síndrome de desgaste aparece en cualquier trabajador de la salud (médicos jóvenes, maduros, viejos, así como otras áreas –enfermería, principalmente).

Y aún así, persistimos.

El fenómeno biológico inherente al síndrome de desgaste es el estrés, término acuñado por el investigador

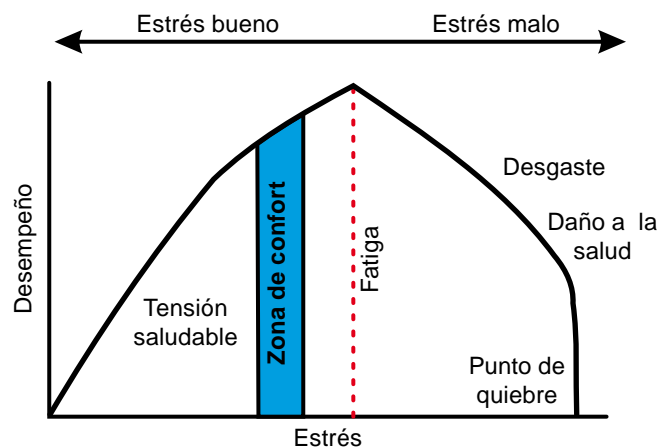


Figura 1. Un incremento en el estrés aumenta la capacidad de desempeño (capacidad de respuesta). Se reconoce una zona de mayor eficiencia en el desempeño sin provocar alteraciones (zona de comodidad). Esto se mantiene hasta cierto punto a partir del cual, el desempeño disminuye y aparecen efectos psicológicos y físicos. El punto pico de respuesta es distinto para cada quien, por lo que es importante reconocer signos y síntomas sugestivos de haber alcanzado o rebasado el pico. Estos signos también varían de acuerdo con la capacidad de cada persona; muchas veces son soslayados hasta que resulta muy tarde (ver Cruz Valdes *et ál*; referencia 4). Gráfica adaptada del Instituto Americano de Estrés (<http://www.stress.org/topic-definition-stress.htm?AIS=5a052a4d09abf45a5ed7188d73bf637c>).

canadiense Hans Selye quien en 1936 lo definió como "...la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier demanda de cambio".⁶ Esto constituyó su Síndrome General de Adaptación y sus observaciones surgieron de miles de experimentos en animales de laboratorio sujetos a distintos estímulos nocivos, tanto físicos como emocionales, en los que encontró cambios patológicos consistentes caracterizados por úlceras gástricas, involución de tejido linfoide e hipertrofia suprarrenal.

El estrés es un fenómeno normal y su existencia nos prepara para las acciones a tomar en respuesta al estímulo desencadenante. Así, Selye describió estrés «bueno» (eustres) y estrés «malo» (diestrés) diferenciando uno del otro por el grado de afección que es capaz de imponer sobre el desempeño de una persona (p.ej.: un médico o una médica) (figura 1). Además, existe gran variabilidad de respuesta ante un mismo estímulo estresante; no todos respondemos igual. El hecho es que el estrés finalmente puede tensar los sistemas del cuerpo de tal forma que termina por minar su capacidad de respuesta. En nuestro trabajo médico esto resulta especialmente importante y el estudio de Cruz Valdes et ál debe ser leído por todos.

Y aún así, persistimos.

Pienso que no pocos estarán de acuerdo en que iniciamos nuestra labor profesional con un enorme baúl de ilusiones que el tiempo se ha encargado de amoldar a la realidad. En lo personal siempre encontré inspiración en una cita del mismo Selye, quien decía que "*para hacer que un sueño se haga realidad el primer requisito es una gran capacidad para soñar, el segundo es persistencia,*

tener fe en el sueño". Entender lo que sucede con las doctoras y los doctores dentro de nuestra cotidianidad laboral, puede ayudar a que ese sueño no se esfume sino persista; y tal vez para siempre.

REFERENCIAS

1. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México, D.F.: Siglo XXI; 2006.
2. Groopman J. *How doctors think*. EU: Houghton Mifflin; 2007.p. 307.
3. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. *A national survey of physician-industry relationships*. N Engl J Med 2007;356:1742-1750.
4. Cruz-Valdes B, Austria-Corrales F, Herrera-Kiengelher L, Vázquez-García JC, Vega Valero CZ, Salas-Hernández J. *Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout «o de desgaste profesional» en trabajadores de la salud*. Neumol Cir Torax 2010;69: 137-142.
5. Robins N. *The girl who died twice: the Libby Zion case and the hidden hazards of hospitals*. EU: Delacorte Press: 2007.p.350.
6. Selye H. *From dream to Discovery: On being a scientist*. New York: McGraw-Hill; 1964.

✉ Correspondencia:

Dr. Patricio Santillan-Doherty,
Editor en Jefe de NCT. Jefe del Departamento de
Cirugía Experimental, Instituto nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
Correo electrónico: patricio.santilland@quetzal.innsz.mx;
patricio.santilland@gmail.com