



CARTA CIENTÍFICA

Encuesta sobre la situación laboral de los intensivistas en sus primeros años de actividad



Survey on the employment situation of intensivists in their early career

Sr. Editor:

Los intensivistas lideramos la atención al paciente crítico constituyendo un modelo que ha demostrado ser eficiente y mejorar los resultados en salud¹. Este modelo requiere de una dotación de personal, específicamente organizada y con unas condiciones laborales adecuadas^{2,3}. El trabajo a turnos, con guardias, en áreas de críticos requiere de una gestión con énfasis en el cuidado de los profesionales^{4,5}. Las condiciones inadecuadas se asocian a una mayor incidencia de accidentes *in itinere*, enfermedades crónicas y desgaste profesional⁶. A pesar de la trascendencia es muy escasa la atención prestada en nuestras organizaciones. Experiencias en otros países nos alertan sobre la importancia de estos aspectos y se han elaborado planes integrales^{7,8}. Desde el grupo SEMICYUC Joven se plantea la realización de una encuesta con el objetivo de conocer la situación laboral actual de los intensivistas durante los primeros años de actividad. Se obtuvo la aprobación científica de SEMICYUC. No se solicitó la aprobación de ningún Comité Ético de Investigación Clínica dado el carácter voluntario y anónimo. Mediante correo electrónico se invitó a participar a todos los socios que se encontraran durante los primeros 10 años de ejercicio como especialistas. El periodo de encuesta comprendió de diciembre 2020 a septiembre 2021 permitiendo incrementar el reclutamiento durante la pandemia. La encuesta se encuentra disponible como material adicional ([material adicional 1](#)). Los datos obtenidos se muestran según un análisis estadístico descriptivo con número (porcentaje) o mediana (rango intercuartil [RIC]). Los resultados se agruparon en tres ámbitos: 1) características generales de la población y condiciones laborales, 2) oportunidades en el puesto de trabajo y retención de talento, 3) conciliación laboral y cuidados del profesional. Puesto que la pandemia de COVID-19 ha generado cambios en la situación laboral de los encuestados se ha especificado para que el encuestado pueda distinguir entre la situación previa a la pandemia y la posterior.

Se obtuvieron un total de 100 respuestas. Se estimó que el número de especialistas en Medicina Intensiva con 10 o menos años de especialidad en el momento de realizar la encuesta era de 1050, siendo la tasa de respuesta del 9,5%.

El 74% eran mujeres con una mediana de edad de 33 (31-36) años. El 65% había finalizado la residencia en los 5 años previos ([material adicional 2](#)). Las comunidades autónomas más representadas fueron Cataluña (14%) y la Comunidad de Madrid (13%) ([material adicional 2](#)). El tipo de contrato más frecuente fue el temporal (79,3%) seguido del indefinido (18,5%). Un 47% trabajaba exclusivamente para el Sistema Nacional de Salud (SNS) mientras que el 46% prestaba servicios para el ámbito privado y el SNS. Tan sólo un 4% realizaba actividad privada en exclusividad. El 82% desempeñaba su actividad clínica en el entorno de la medicina intensiva hospitalaria, el resto compaginaba su actividad con otros ámbitos como los servicios de urgencias (intra- y extrahospitalarios). La mediana de empleadores fue de 2 [1-3]. En cuanto a la actividad de guardias, los encuestados realizaban 6 [5-7] guardias/mes incrementándose hasta 7 [6-8] durante la pandemia. Cabe destacar que un 18,8% realizaba 8 o más guardias de forma habitual (hasta 39% en pandemia).

En cuanto a las oportunidades laborales, un 54% refirió contar con formación de posgrado como máster y un 12% se encontraba cursando uno en el momento de la encuesta. Únicamente un 6% tenía el título de doctor/a y un 16% afirmó estar cursando dicho programa. Un 26% afirmó participar en algún proyecto de investigación financiado. Un 43,8% consideró que no se favorece su implicación en las actividades docentes y de investigación. Un 59% afirmó haber barajado cambiar de especialidad recientemente mientras que el 61% se plantea trabajar fuera de nuestro país.

Finalmente, se exploraron las posibilidades de conciliación familiar. Un 34% tenía algún familiar a cargo. Cuando se preguntó sobre la dificultad para conciliar la vida personal, un 57% respondió que mucha o bastante. Se pidió a los participantes valorar diversas afirmaciones respecto al cuidado y la conciliación ([tabla 1](#)). Destaca que un 44% no identifica un clima favorable a la conciliación en su servicio, y que más de la mitad considera que ha empeorado su salud desde que comenzó la residencia. Entre el paquete de medidas propuestas para la mejora de las condiciones ([fig. 1](#)), las que tuvieron más aceptación fueron la presencia de un horario laboral flexible (66%) y la existencia de una bolsa de horas para emergencias relacionadas con la familia y cuidados (53%).

La presente encuesta pretende ser un punto de partida en el análisis de la situación laboral de nuestra especialidad. Los resultados apuntan a una elevada temporalidad que supera la mitad de la muestra. También destaca la escasez de estrategias enfocadas a la retención del talento y promoción, así como problemas en la conciliación. Los datos requieren de una toma de conciencia para asegurar que los profesionales al frente del paciente crítico encuentren las

Tabla 1 Conciliación laboral y cuidados del profesional^a

	1	2	3	4	5
En mi servicio se da un clima favorable a la conciliación familiar	23,5	21,4	25,5	21,4	8,2
Se favorece mi implicación en actividades docentes y de investigación más allá de la actividad asistencial	17,3	26,5	20,4	23,5	12,2
Considero que mi salud ha empeorado desde que inicié la residencia	4	11	16	21	48
Volvería a realizar la misma especialidad	13	10	25	30	22

^a Grado de acuerdo con los enunciados, siendo 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Porcentaje de respuestas por categoría.

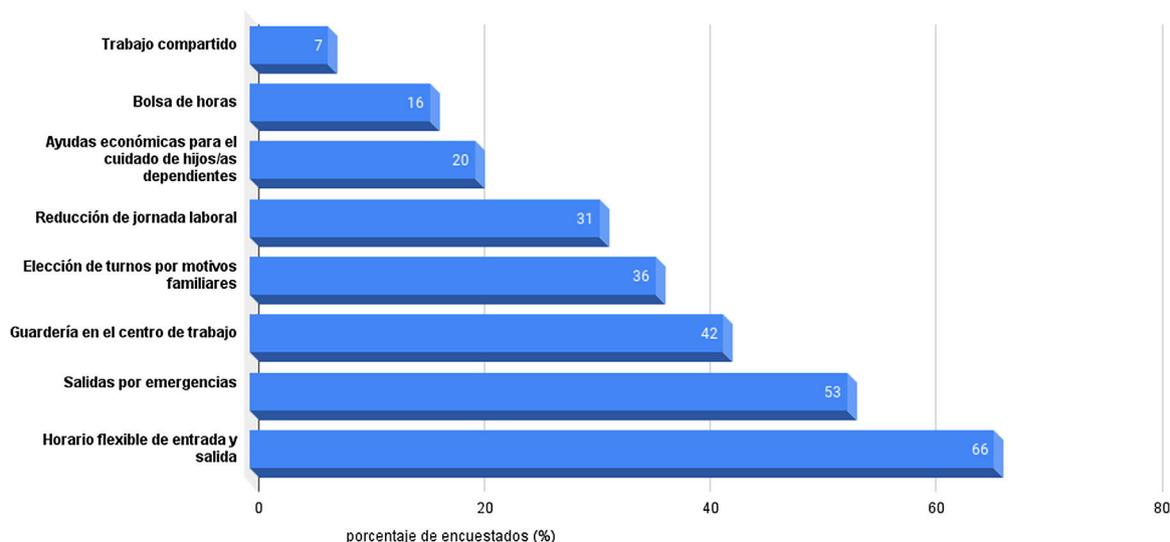


Figura 1 Medidas propuestas para la mejora de la conciliación familiar.

condiciones de vida y laborales necesarias para realizar su trabajo con calidad y seguridad²⁻⁴. El impacto de esta situación puede describirse a tres niveles. En primer lugar sobre la calidad de la atención, siendo múltiples las publicaciones que han relacionado el bienestar del profesional con la calidad de la asistencia y la seguridad^{6,7,9}. En segundo lugar, sobre el bienestar del profesional, habiéndose relacionado las condiciones laborales con el incremento de enfermedades, absentismo laboral, rotación e incremento de los costes para el sistema. Por último, sobre el propio futuro de nuestra especialidad^{3,8}. En esta línea, tanto en el plan estratégico de nuestra sociedad como en publicaciones de ámbito internacional, se recogen algunas líneas de trabajo que pueden favorecer la mejora de esta situación^{1,4,6}. Los resultados deben ser valorados con cautela dadas las limitaciones de los datos. Estos provienen de una franja de edad del total de especialistas y la tasa de respuesta resultó ser escasa a pesar del interés del tema tratado. En cualquier caso, sólo una generación de intensivistas con adecuada estabilidad laboral, motivados e integrados en las organizaciones pueden ser sustrato para una especialidad con futuro.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2021.08.008](https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.08.008).

Bibliografía

- Olaechea Astigarraga PM, Bodí Saera M, Martín Delgado MC, Holanda Peña MS, García de Lorenzo y Mateos A, Gordo Vidal F, en representación del Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (GTPOG-SEMUCYUC). Document on the state of affairs of the Spanish model of Intensive Care Medicine. SEMICYUC Strategic Plan 2018-2022. *Med Intensiva*. 2019;43:47–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.008>.

2. [Intensive Care Society. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services. Ed. 2; 2019.](#)
3. Plan for 2020/2021 National Health Service. 2022 [consultado Mar 2022]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/ournhspeople/online-version/introduction/>
4. Lilly CM, Oropello JM, Pastores SM, Coopersmith CM, Khan RA, Sessler CN, et al. Workforce Workload, and Burnout in Critical Care Organizations: Survey Results and Research Agenda. *Crit Care Med.* 2020;48:1565–71, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004552>.
5. Meissen H, Carpenter D. Advancing Critical Care Through Organizational Structure. *Crit Care Med.* 2020;48:1692–3, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004634>.
6. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest.* 2016;150:17–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.649>.
7. Vargas M, Spinelli G, Buonanno P, Iacovazzo C, Servillo G, De Simone S. Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. *Inquiry.* 2020;57, <http://dx.doi.org/10.1177/0046958020919263>, 46958020919263.
8. Recruit retain young people toolkit. A series of practical, bite-sized guides about recruiting and retaining young people in the National Health Service. 2022 [consultado Mar 2022]. Disponible en: <https://www.nhsemployers.org/>
9. Haruna J, Unoki T, Ishikawa K, Okamura H, Kamada Y, Hashimoto N. Influence of Mutual Support on Burnout among Intensive Care Unit Healthcare Professionals. *SAGE Open Nurs.* 2022;8, <http://dx.doi.org/10.1177/23779608221084977>, 23779608221084977.

J.A. Barea Mendoza^{a,*}, L. Galarza Barrachina^b, B. Lobo Valbuena^c, L. López de la Oliva Calvo^c, M. Martínez Martínez^d, I. Barrero García^e y S. Pajares Martínez^c

^a Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

^c Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

^d Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^e Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor de correspondencia.

Correo electrónico: jesusabelardo.barea@salud.madrid.org (J.A. Barea Mendoza).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.06.003>

0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Lesión cerebrovascular asociada a la enfermedad traumática



Traumatic cerebrovascular injury

Sr. Editor:

La lesión cerebrovascular traumática (LCVT) es una complicación poco frecuente de los pacientes que presentan una enfermedad traumática, con una incidencia que oscila entre el 0,5 y el 3,3%. Los déficits neurológicos, que se pueden producir pasada la fase aguda, ocurren en hasta un 58%, con una mortalidad asociada cercana al 25%^{1,2}. Es importante identificar grupos de riesgo con el objetivo de que un manejo oportuno mejore los resultados funcionales y disminuya la morbimortalidad. Describimos una serie de casos que contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación local y la concesión del consentimiento de pacientes y/o representantes.

La identificación de aquellos pacientes que pueden desarrollar LCVT es uno de los principales retos. Las guías recomiendan el uso de los criterios de Denver modificados y de Memphis como cribado^{3,4}. Los mecanismos de alta energía son la principal causa de las LCVT, sobre todo aquellos que producen flexoextensión, rotación y desaceleración; anecdóticamente, se han descrito con mecanismos triviales de baja energía como la quiropraxia y la práctica de yoga⁵. En nuestra serie, todos los casos presentaban traumatismo cerrado, siendo en su mayoría de alta energía y provocados

por accidentes de tráfico (60%). Todos presentaban traumatismo craneoencefálico. El resumen de las características clínicas y las puntuaciones de gravedad se muestran en la [tabla 1](#).

Los criterios de Denver modificados y de Memphis reúnen aspectos relacionados con el mecanismo lesional, las lesiones asociadas y las características clínicas de los pacientes con enfermedad traumática. Sin embargo, a pesar de dichos criterios, un porcentaje no despreciable de pacientes no serán diagnosticados de LCVT¹. En ese sentido, un estudio reciente de Leichter et al.⁶ estima que hasta un 20% se quedan sin diagnóstico, y de estos, hasta un 25% presentan en la escala de Denver lesiones de severidad igual o mayor de 3; es por ello que estos autores recomiendan la realización de un cribado universal para la búsqueda de LCVT en todos los pacientes que presentan enfermedad traumática grave de mecanismo cerrado; sin embargo, hacen falta más estudios de factibilidad y de coste-efectividad que respalden este enfoque.

La severidad de la LCVT se define por la escala de gravedad de Denver (también llamada escala de Biff), que está diseñada para orientar el enfoque terapéutico y pronosticar resultados⁴. Sin embargo, esta escala solo define las lesiones que se producen a nivel arterial dentro de lo que es el esquema habitual de la LCVT, dejando de lado las lesiones venosas sobre los senos cerebrales, las cuales pueden también acompañarse de déficits neurológicos⁵. Nosotros presentamos 5 casos, de los cuales 3 mostraron lesiones arteriales con una severidad de grado II, III y IV ([fig. 1A, B, E](#),