

Diferencias en la percepción del impacto de la privación de sueño entre residentes quirúrgicos y no quirúrgicos. *Woodrow SI et al. Medical Education 2008; 42: 459-467.*

La idea ya tradicional de que durante el período de residencia se trabaja por largas horas y se duerme poco, ha encontrado dentro de la misma comunidad médica y de la sociedad fuertes presiones porque deba ser modificada. Hay muchos estudios que relacionan la falta de sueño con trastornos del ánimo y de las capacidades cognitivas y motoras. Existe, por tanto, cierta evidencia que permite sugerir que pasar una noche sin dormir puede ser causa de un aumento de los errores médicos. Tanto así, que un estudio reciente ha demostrado que la privación aguda de sueño, como lo que sucede tras una noche de turno, altera el funcionamiento neural en forma equivalente a lo observado tras una intoxicación alcohólica.

Si bien existe una gran variación de los requerimientos individuales de sueño, la reducción crónica de las horas de sueño puede afectar múltiples aspectos fisiológicos y psicológicos, cuando se cae bajo un mínimo de 6,5 horas. Médicos y residentes en programas de entrenamiento han reportado que la privación de sueño disminuye su profesionalismo cuando interactúan con pacientes, dificultad para resolver tareas cognitivas complejas con aumento de los errores diagnósticos y también, dificultad para aprender. Ello, además de los trastornos del ánimo y agotamiento.

Trabajar en condiciones de privación de sueño parece tener, entonces, efectos negativos importantes. Pero, hay pocos trabajos que estudien estos efectos y la capacidad de las personas para percibir una alteración de su rendimiento, como el reconocimiento de la fatiga como una de sus causas. Un estudio ha dejado en evidencia que entre diferentes especialistas la percepción de los efectos de la privación de sueño es diferente. Una alta proporción de los cirujanos, 70 %, niega los efectos de la fatiga sobre su "performance" clínico, a diferencia de los anestesistas (47%).

Pues bien, este estudio canadiense, evaluó la percepción de la privación de sueño entre 95 residentes de cirugía y 194 residentes de programas no quirúrgicos. Para ello se emplearon tests del impacto de la privación de sueño (Sleep Deprivation Impact, SDI score) y el Epworth Sleepiness Scale, ESS. El primero refleja la percepción de los problemas causados por la pérdida de horas de sueño y el segundo apunta a valorar la capacidad indivi-

dual para adaptarse a un estado de privación de sueño.

Entre las preguntas que considera el SDI están por ejemplo si después de un turno de noche se está más irritable; si se está menos empático con los pacientes; menos interactivo con los colegas; menos comunicativo con los pacientes y su familia; menos motivado para aprender y si se siente menos seguro cuando maneja un vehículo para la casa.

Este estudio demostró con claridad, en forma estadísticamente significativa que los residentes de cirugía, inmersos en una cultura quirúrgica, están menos dados a aceptar las naturales limitaciones de su rendimiento individual por la privación de sueño. En promedio, los residentes quirúrgicos tienen más horas de trabajo semanal que los no quirúrgicos (83 y 62 horas respectivamente), y una significativa menor puntuación en la escala SDI, que refleja una menor percepción del impacto de la privación de sueño sobre su rendimiento. No está claro si esto es debido a una percepción alterada o si los residentes de cirugía tienen, efectivamente, una resiliencia más alta.

*Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile.*

Uso de betabloqueadores en trauma craneoencefálico. *Inaba K, Teixeira PGR, David J-S y cols. J Am Coll Surg 2008; 206: 432-438.*

El Trauma Craneoencefálico (TEC) es causa frecuente de invalidez y muerte. Se ha demostrado una clara interrelación entre sistema neuroendocrino y TEC. El TEC, provocaría ascenso de catecolaminas plasmáticas y urinarias, que correlacionaría con el puntaje de la Escala de Coma de Glasgow (ECG), grado de recuperación neurológica, sobrevida, período de estada hospitalaria y de conexión a respirador. En modelos animales de TEC se ha demostrado que el uso de Beta-Bloqueadores (BB) protege y mejora la función neurológica, reduciendo el edema cerebral. Estudios retrospectivos en humanos confirmarían esta apreciación.

Los AA evaluaron el uso de BB en sujetos que, como única lesión, habían sufrido un TEC cerrado. El objetivo fue corroborar los asertos, y detectar los subgrupos que más se beneficiarían con su uso. En forma retrospectiva se estudiaron 1.156 pacientes ingresados, entre 1998 y 2005, por TEC cerrado

como única lesión, a la UCI del Los Angeles County y University of Southern California Medical Center, un Centro de Trauma Nivel I. Se excluyó a pacientes con TEC irreversible (AIS = 6) y lesiones asociadas. En esta casuística se analizó variables tales como: edad, sexo, ECG, signos vitales al ingreso, caracteres lesionales, AIS, ISS y exposición a BB. El primer parámetro revisado fue mortalidad intra-hospitalaria.

Del grupo en estudio, 203 (18%) enfermos recibieron BB, no así los restantes 953 (82%). Se confronta demografía, caracteres y resultados de la serie de pacientes que recibieron BB (*) con aquellos no tratados (**): edad mayor (50* vs 38** años), AIS \geq 4 (54* vs 43**%), ECG \geq 8 (37* vs 47**%),

fracturas de cráneo (20* vs 12**%) y mayor frecuencia de craneotomía (23* vs 4**%). La mortalidad comparativa fue: 28* vs 60**%.

Se demostró un claro beneficio con el uso de BB, en términos de obtener una reducción más significativa de la mortalidad, hecho especialmente evidenciable en sujetos de edad más avanzada y con mayor gravedad lesional del TEC.

Queda por aclarar el mecanismo específico mediante el cual se obtiene este efecto.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
*Hospital del Trabajador
Santiago, Chile.*