

la histamina por los mastocitos y basófilos ubicados en la dermis y, preferentemente, en la epidermis³. En pacientes afectados de urticaria crónica, la recurrencia de los síntomas cutáneos pueden deberse a la estimulación de dichas células por diversos mecanismos, tales como, ejercicio físico, estrés emocional, medicamentos, alimentos, etc. No por ello está relacionado con una hipersensibilidad tipo I o IgE mediada⁴. Sin ir más lejos, tras la administración de diferentes alimentos, clásicamente llamados histaminoliberadores (determinadas frutas, mariscos, picantes, etc.), los pacientes pueden presentar síntomas cutáneos (prurito, eritema, habones, etc.), sin estar sensibilizados a los mismos. En el mismo contexto, existen diferentes fármacos que pueden favorecer una excitación mayor de estas células en la piel, y liberarse secundariamente sustancias mediadoras como histamina, proteasas, quimiocinas, etc., desencadenándose los síntomas. Existen diferentes artículos en la literatura médica donde se especifica que determinados excipientes pueden desencadenar síntomas cutáneos en pacientes con enfermedades alérgicas⁵. Indudablemente los antecedentes de alergia al melocotón que padece el paciente, podría orientarnos hacia un problema con dicho excipiente, pese a no existir casos descritos en este sentido.

No obstante, cabe la posibilidad de que el paciente esté sensibilizado al clonazepam. Este hecho sería muy relevante para una actitud terapéutica en este paciente en el futuro, pues en el momento actual deberían suspenderse aquellas pautas de tratamiento con benzodiazepinas hasta que se confirmase su tolerabilidad. En ningún caso se especifica si el paciente ha tolerado otras benzodiazepinas o Rivotril® en otras presentaciones, por ejemplo, Rivotril® comprimido de 0,5 mg (clonazepam, lactosa monohidrato, almidón de maíz, almidón pregelatinizado, talco, estearato de magnésico, óxido de hierro amarillo [E172] y óxido de hierro rojo [E172])², pues en esta presentación no se encuentra el aroma de melocotón.

En conclusión, creemos que un paciente con las características clínicas reseñadas anteriormente debería ser

valorado en una unidad de alergia a medicamentos, pues no podemos dar por supuesto que el problema es el excipiente y no el principio activo *per se*, o simplemente un efecto histaminoliberador secundario a una urticaria colinérgica.

Bibliografía

1. Roth Damas P, Sempere, Manuel M, Vivas Maiques C, Palop Larrea V. Hypersensitivity to prune aroma as an excipient [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2014;46:50–1.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha Técnica Rivotril® solución [consultado 16 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=52333&formato=pdf&formulario=PROSPECTOS&file=prospecto.pdf3>
3. Greaves MW. Chronic urticaria. Current concepts. *N Engl J Med*. 1995;332:1767–72.
4. Van de Valk PGM, Moret G, Kiemeny LALM. The natural history of chronic urticaria and angioedema in patients visiting a tertiary referral centre. *Br J Dermatol*. 2002;146:110–1.
5. Park HW, Park CH, Park SH, Park JY, Park HS, Yang HJ, et al. Dermatologic adverse reactions to 7 common food additives in patients with allergic diseases: A double-blind, placebo-controlled study. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;121:1059–61.

Ariel Callero^{a,*} y Lidon Martín-Fernández^b

^a Servicio de Alergología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Servicio de Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arielcallero@hotmail.com (A. Callero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.002>

Factores de riesgo psicosocial en médicos de la provincia de Valladolid: diferencias entre atención primaria y hospitalaria



Psychosocial risk factors in physicians of the province of Valladolid: differences between primary and secondary care

Sr. Editor

El personal médico se expone a diferentes factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Los médicos de hospital están sometidos a la sobrecarga laboral y a la falta de personal¹; a su vez, los médicos de atención primaria sufren la hiperfrecuentación de las consultas de los pacientes². La percepción de los factores de riesgo psicosocial produce estrés laboral,

afectando de forma negativa a la salud, por lo que el objetivo de este trabajo es conocer en qué factores de riesgo psicosocial existen diferencias significativas entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Se realizó un estudio transversal en el primer trimestre del año 2015, mediante muestreo aleatorizado estratificado por centro/hospital de la provincia de Valladolid. Participaron 309 médicos, 154 (48,5%) varones y 155 (51,4%) mujeres, distribuidos en 3 hospitales y 41 centros de atención primaria. Setenta y tres médicos pertenecían a atención primaria y 236 al área hospitalaria. Como criterio de inclusión, el médico debía tener una antigüedad en su puesto de al menos un año. Se excluyeron aquellos facultativos que no realizaban tareas asistenciales, a los pediatras, a los médicos de urgencias y a los residentes. La tasa de respuesta fue del 55,4%. El 44,6% restante estaba representado por el personal que no cumplía los criterios de inclusión (41,9%) y por profesionales que en el momento de evaluación no

Tabla 1 Análisis de varianza del factor atención primaria/hospitalaria para los factores de riesgo psicosocial

	Área	N.º	Media	Desviación típica	F	Significación estadística
Apoyo organizacional	Primaria	73	62,1	17,4	8,134	0,005*
	Hospitalaria	236	54,6	20,2		
	Total	309	56,3	19,8		
Recompensas	Primaria	73	68,0	18,3	0,020	0,888
	Especializada	236	68,3	16,8		
	Total	309	68,3	17,2		
Control	Primaria	73	71,4	14,7	1,299	0,255
	Especializada	236	69,1	15,6		
	Total	309	69,6	15,4		
Demandas	Primaria	73	74,4	14,8	6,765	0,010**
	Especializada	236	79,5	14,4		
	Total	309	78,3	14,6		

F: estadístico F.

* p < 0,01.

** p < 0,05.

accedieron a participar (39,7%) o no se encontraban disponibles por estar de baja laboral, tener algún permiso, excedencia o vacaciones concedidas (18,4%).

Los factores de riesgo psicosocial se evaluaron con el cuestionario DECORE³, que valora la percepción de los trabajadores sobre los factores de riesgo psicosocial: falta de control (ejemplo de ítem: «yo establezco mi propio ritmo de trabajo»), poco apoyo organizacional (un ítem: «sufro aislamiento social en mi trabajo»), falta de recompensas (ejemplo de ítem: «estoy satisfecho con mi salario») y exceso (o escasez) de demandas (un ítem: «trabajo más horas de las debidas»). A mayor puntuación obtenida, el trabajador presenta percepción de: falta de control, bajo apoyo organizacional, bajas recompensas y excesivas demandas.

Los resultados mostraron que todos los trabajadores perciben en alerta las escalas apoyo organizacional, recompensas y demandas. En la dimensión control, todos los médicos se encuentran en estado de emergencia (tabla 1). El ANOVA de un factor mostró diferencias estadísticamente significativas en apoyo organizacional y demandas; los médicos de atención primaria obtuvieron mayores puntuaciones que los médicos de hospital en la escala apoyo organizacional (p = 0,005); mientras que los médicos de hospital presentaron mayores puntuaciones que los de atención primaria en la escala demandas (p = 0,010).

Como aportación principal, destaca la falta de control que perciben estos trabajadores a nivel general, así como la falta de apoyo, escasas recompensas y altas demandas. Los médicos de atención primaria perciben menos apoyo organizacional que los del área hospitalaria; mientras que estos últimos perciben más demandas que los médicos de atención primaria. Entre las principales limitaciones del estudio está la dificultad de establecer hipótesis concretas debido a la disparidad de conclusiones de otras investigaciones. Es preciso seguir investigando dado que estos resultados difieren con los de otros estudios en los que se destaca la falta de apoyo en médicos de hospital⁴. Asimismo, otros trabajos indican mayores niveles de estrés laboral en médicos de

atención primaria que en especialistas⁵, pudiéndose explicar por ser la atención primaria el primer nivel de acceso del paciente al sistema sanitario, siendo estos médicos los primeros profesionales que reciben las demandas de los pacientes y deben enfrentarse a la carga de trabajo administrativo, la saturación del sistema sanitario y la escasa coordinación con los equipos de atención especializada.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Expresar nuestro agradecimiento al sindicato de médicos CESM, Valladolid, y a los trabajadores que participaron en el estudio de forma voluntaria.

Bibliografía

1. Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002;16:487-96.
2. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P, Grupo de Investigación sobre utilización de Servicios de Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calid Asist*. 2011;26:256-63.
3. Luceño L, Martín J. DECORE. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales. Madrid: TEA Ediciones; 2008.
4. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med*. 2010;60:277-86.
5. Boran A, Shawaheen M, Khader Y, Amarin Z, Hill-Rice V. Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occup Med*. 2012;62:145-7.

Beatriz Talavera-Velasco^{a,*}, Lourdes Luceño-Moreno^a,
Jesús Martín-García^a y Ana Navarro-Canedo^b

^a *Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos II (Psicología Diferencial y del
Trabajo), Facultad de Psicología, Universidad Complutense
de Madrid, Madrid, España*

^b *Área de Psiquiatría, Hospital Universitario Río Hortega,
Valladolid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: beatriztalavera@ucm.es
(B. Talavera-Velasco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.11.003>