

pasados 10 min, recuperó el nivel de conciencia. Durante su estancia hospitalaria persistió el BAV completo, por lo que se implantó un marcapasos definitivo, siendo dada de alta a los 8 días del ingreso.

Los BAV son una causa frecuente de ingreso en los servicios de urgencias y de implante de marcapasos en nuestro medio¹. Las guías de práctica médica actuales no recomiendan el implante de MPT en esta situación, salvo ausencia de escape ventricular con peligro vital². La atropina, un fármaco anticolinérgico derivado de la belladona, es utilizado como taquicardizante, preanestésico o como antídoto en intoxicaciones por organofosforados³. Actualmente ha desaparecido de los algoritmos terapéuticos de la PCR por asistolia, si bien, con dosis de 0,5-1 mg hasta un máximo de 3 mg, sigue siendo de elección en casos de bradicardia extrema². La intoxicación por atropina es una entidad infrecuente observada en ingestas accidentales por hierbas o como intento autolítico⁴, siendo excepcional la sobredosis iatrogénica³. El cuadro clínico secundario al bloqueo muscarínico incluye sequedad de mucosas, hiperemia, midriasis, depresión respiratoria y coma. El tratamiento incluye medidas de soporte básicas, así como la administración de agentes anticolinérgicos. La fisostigmina, por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, se considera el agente de elección³⁻⁵.

Nuestro caso ilustra una complicación iatrogénica grave secundaria a sobredosificación de atropina en el seno de una PCR. Resulta de especial interés por tratarse de un contexto frecuente en la práctica clínica de nuestro medio, apoyando la necesidad de un estricto control de las dosis administradas. Conocer esta posible complicación permite

un diagnóstico y tratamiento precoz de una entidad potencialmente mortal.

Bibliografía

1. Coma Samartín R, Cano Pérez O, Pombo Jiménez M, Spanish Pacemaker Registry. Eleventh Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Pacing (2013). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67:1024-38.
2. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway C, et al. Part 8: Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122 Suppl 3:S729-67.
3. Martínez-Mora B, Cristobo-Sáinz P, Nevado-Portero J, Domínguez-Petit A. A case of acute iatrogenic atropine poisoning. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:345 [Article in Spanish].
4. Glatstein M, Alabdulrazzaq F, Scolnik D. Belladonna Alkaloid Intoxication: The 10-Year Experience of a Large Tertiary Care Pediatric Hospital. *Am J Ther*. 2013 [Epub ahead of print].
5. Moore PW, Rasimas JJ, Donovan JW. Physostigmine is the antidote for anticholinergic syndrome. *J Med Toxicol*. 2014.

F. Díez-del Hoyo*, I. Sousa, P. Díez-Villanueva, M. Juárez y F. Fernández-Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: felipediezdelhoyo@hotmail.com

(F. Díez-del Hoyo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.02.005>

Burnout en médicos residentes de dos áreas de salud de una misma ciudad



Burnout in medical residents in two health districts of the same city

Sr. Director:

El Burnout es un trastorno adaptativo asociado al estrés crónico producido por el contacto con los clientes¹. «Estar quemado» interfiere en la labor asistencial del médico que realiza su cometido en íntimo contacto con los pacientes². Este concepto ha sido muy estudiado en el ámbito sanitario, tanto en atención primaria^{2,3}, como en el segundo nivel asistencial^{4,5}. El colectivo de Médicos Internos Residentes (MIR) es un grupo que por sus características puede considerarse como muy vulnerable a desarrollar este síndrome⁶⁻⁸. El hecho de que médicos, en general jóvenes y que están iniciando su labor asistencial presenten rasgos de Burnout debe hacernos plantearnos si realmente lo están haciendo de una forma equilibrada⁹; algunos estudios afirman que más de la mitad de los mismos pueden llegar a presentarlo^{6,7}, siendo el número total de guardias realizadas el único

factor que se asocia claramente a su desarrollo⁷. En los últimos años ha habido importantes cambios laborales y económicos en nuestro país, como son el desarrollo de la jornada laboral de 48 h semanales¹⁰ y las medidas de recortes económicos generalizadas, no existiendo estudios que hayan investigado la situación actual y los factores asociados en los MIR.

El objetivo de este estudio es conocer el grado de Burnout y los factores asociados al mismo entre los MIR de 2 áreas de salud diferentes dentro de una misma ciudad: Valladolid. Se entregó un cuestionario a todos los residentes que cursaban la especialidad en dicha población, entre marzo y junio de 2014; compuesto por: encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ y datos sociolaborales (edad, género, especialidad, año de residencia, horas de guardias mensuales y libranza). En Valladolid existen 2 áreas sanitarias diferentes: Área Este (AE) y Área Oeste (AO), cuyos hospitales de referencia son: Hospital Clínico Universitario (HCU) y Hospital Universitario Río Hortega (HURH) respectivamente. El MBI valora 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se definió existencia de Burnout como en otros estudios⁶: puntuaciones altas en cansancio emocional y/o despersonalización.

Se empleó SPSS® v.22.0 para el análisis estadístico de los datos. Se realizó un análisis de la muestra total y desglosada

por áreas: MIR AE y MIR AO. Se compararon las variables cualitativas con Chi-cuadrado y para las cuantitativas, se realizaron las comparaciones mediante la t de Student o la U de Mann-Whitney según siguiesen la normalidad o no. Se estableció un nivel de significación estadística del 0,05.

La población total de MIR en el momento en que se realizó la encuesta fue de 443. Perteneciendo al AE: 258 y al AO: 185. Ciento catorce (25,73%) MIR contestaron a la encuesta: 62 pertenecientes al AE y 52 al AO. La población de ambas áreas no difiere significativamente en edad y sexo, siendo más frecuente el género femenino y la edad joven. Sin embargo, en el AE realizaban mayoritariamente más horas de guardias y libraban menos que en el AO. En el AE prácticamente no hubo respuestas de residentes de especialidades quirúrgicas. El grado de Burnout total de la muestra estudiada fue del 49,1%. Globalmente, los MIR que cursaban 2.º y 3.º año asociaron mayor grado de Burnout ($p=0,04$). Al estratificar por las áreas de salud; en el AO Burnout se asoció con el género femenino ($p=0,005$), mientras que en el AE no se encontraron asociaciones significativamente estadísticas. En la subescala cansancio se relacionaron niveles más altos del mismo en las especialidades médicas en el AO ($p=0,007$), también se encontraron niveles de realización personal significativamente mayores en las especialidades médicas en este área ($p=0,015$).

El Burnout global obtenido en esta muestra es relativamente bajo si lo comparamos con otros estudios nacionales sobre MIR realizados hace años^{7,8}, en los que el grado de Burnout recogido fue entre el 69,7 y el 93%. Si se analizan las 2 áreas de forma independiente se comprueba que mientras en el AO la prevalencia de Burnout es baja (32,7%) en el AE la prevalencia es igual a la de estos estudios (62,9%). Asimismo se demuestra que en el AE las subescalas de cansancio y despersonalización alcanzan peores resultados de forma estadísticamente significativa ($p=0,03$ y $p=0,00$), además de tener resultados inferiores en realización personal ($p=0,057$). El grado de Burnout es mayor en el AE, área donde se hacen más horas de guardias y estas no se libran de forma significativa ($p=0,015$). También podrían justificarse estos hallazgos por la infraestructura de ambos hospitales y es que difieren respecto al nivel organizativo y funcional: el HCU está formado por un edificio vertical de 11 plantas, construido en enero de 1978, que posee habitaciones individuales, dobles y triples. Sin embargo, el HURH se inauguró en enero de 2009, cuenta con un nivel organizativo horizontal, dividido en 3 niveles, con habitaciones individuales y dobles. El desempeñar la actividad laboral en un medio moderno puede ser gratificante y disminuir la sensación de «estar quemado». Del mismo modo, si se comparan los resultados obtenidos en esta muestra con otros grupos de profesionales como son médicos de atención primaria o especializada²⁻⁵ encontramos un porcentaje muy inferior de este síndrome, resultados normales ante un grupo de médicos jóvenes que están iniciando su labor asistencial y que de

forma general no ha podido tener tiempo para llegar a un verdadero estado de Burnout⁹.

Una de las limitaciones principales del estudio es la tasa de respuesta pequeña, aunque estudios previos publicados cuentan con tamaños muestrales similares.

En conclusión, este trabajo demuestra que aquellos MIR con peores condiciones laborales tienen mayor riesgo de padecer Burnout de forma independiente a otras variables como es el lugar donde viven. Las áreas docentes deberían realizar *screening* entre este grupo de forma sistemática para detectar a aquellos que estén en riesgo de padecer este síndrome y así poder anticiparse a su instauración definitiva con las consecuencias que esto pueda conllevar para el individuo y para el propio sistema sanitario.

Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2.ª edición Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1986.
2. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27:459-68.
3. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:532-9.
4. Graham J, Potts HW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. *Lancet*. 2002;360:1975-6.
5. Flórez Lozano JA. Salud mental del médico: prevención y control del burnout. *Salud Global-Salud Mental*. 2003;2:1-7.
6. Thomas NK. Burnout resident. *JAMA*. 2004;292:2880-9.
7. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró Ò. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp*. 2010;210:209-15.
8. Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S, García del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116-21.
9. Pujol Farriols R. ¿Están nuestros residentes quemados? *Rev Clin Esp*. 2010;210:227-9.
10. Boletín Oficial del Estado. Artículo 48.2 Ley de la Jornada Complementaria. BOE núm. 301 de 17/12/2003.

Y. González Silva^{a,*}, G. Isidro García^b,
R. López Izquierdo^c y M. Hernández Gajate^c

^a Centro de Salud Plaza del Ejército, Atención Primaria de Valladolid Oeste, Valladolid, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalez.silva.yolanda@gmail.com
(Y. González Silva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.02.006>