Aten Primaria. 2016;48(4):270–275

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

CARTAS AL EDITOR

Vigilancia de la salud para la detección precoz del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de atención primaria

Health surveillance for early detection of burnout in primary care physicians syndrome

Sr. Editor:

Este resumen es parte del trabajo «Protocolo de Actuación Preventiva de Vigilancia de la Salud para la detección precoz del síndrome de desgaste profesional en médicos de atención primaria» propuesto en el Curso Superior de Medicina del Trabajo (CUSMET) como protocolo de actuación preventiva.

He leído con atención su artículo[1], y me gustaría comentar el importante papel de los servicios de prevención de riesgos laborales en su detección precoz.

La vigilancia individual de la salud, se refiere a la aplicación de protocolos médicos a los trabajadores para evaluar su estado de salud en relación a los riesgos laborales, y orientar las actividades y estrategias de prevención. Entre sus objetivos se encuentran la detección precoz de las repercusiones de las condiciones laborales anómalas sobre la salud del trabajador, identificar a aquellos especialmente sensibles a ciertos riesgos y la adaptación de la tarea al individuo. La evaluación de riesgos laborales es el elemento básico para obtener información acerca de los riesgos existentes en el puesto que puedan afectar a la salud. Se requiere un instrumento de evaluación válido para conseguir información y analizar las condiciones laborales, seleccionándose el más adecuado[2]. La evaluación de riesgos psicosociales es una parte integral de esta, exigida por la ley de prevención (Ley 31/1995). Existen métodos generales como la escala de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo denominada FPSICO, el CoPsoQ-istas21, una adaptación del cuestionario psicosocial de Copenhague.

Observando el incremento de casos de burnout entre médicos, y tras revisar la literatura científica, nos planteamos un protocolo de actuación preventiva para la vigilancia de la salud para la detección precoz del síndrome de desgaste profesional en médicos de atención primaria. Ante la sospecha, es preciso determinar los síntomas, proceso de aparición, diagnóstico diferencial respecto a otros procesos, y evaluar las fuentes de estrés, disponiéndose de procedimientos cualitativos y cuantitativos[3,4].

El principal instrumento cualitativo es la entrevista clínico-laboral al trabajador. Es fundamental conocer sus antecedentes laborales (descripción de trabajos anteriores y duración), clínicos y las características del puesto (horarios, complejidad de la tarea, responsabilidad, toma decisiones, exigencias, principalmente) para la cual se utiliza la evaluación de riesgos.

Anamnesis general y específica orientada hacia los síntomas actuales (como ansiedad, insomnio, llanto, anhedonia), percepción de limitación de actividad laboral y vida diaria, relación con los pacientes, circunstancias o individuos que piensa que han influido para llegar a la situación actual.

Exploración general y específica (neuropsiquiátrica completa): descripción general (aspecto, conducta, lenguaje, actitud), humor-afectividad, percepción, sensorio y cognición (contenido, conciencia, orientación, memoria, concentración y atención).

Como procedimientos cuantitativos destacamos diferentes escalas psicométricas específicas: Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario para la Evaluación del Síndrome Quemarse por el Trabajo (CESQT), cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM), Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)[3,5,6].

Descartar origen orgánico, signos de alarma o simulación (emociones incongruentes con el relato, actitud anómala, presencia de síntomas contradictorios, entre otros).

Existen diversos tipos de exámenes de salud: inicial a la incorporación al trabajo, periódico, tras cambios de tareas con nuevos riesgos, tras ausencia prolongada por motivos de salud y a los trabajadores especialmente sensibles.

Ante la impresión de un médico con burnout se derivará precozmente al especialista (unidad de atención del médico enfermo o salud mental) para minimizar las consecuencias de la enfermedad. Cuanto antes se actúe, mejor será su pronóstico final. Si se detectan numerosos casos en un centro es preciso hacer hincapié en la vigilancia de la salud y en la evaluación de riesgos de esos puestos.

En ocasiones, habría que adaptar el puesto de trabajo para evitar empeoramiento. Si el paciente se encuentra en fase inicial se podrían modificar algunas de las condiciones de su puesto como: disminuir la presión asistencial, reducir

0212-6567/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

horario, evitar cambios de turnos, así como salida a emergencias para intentar su recuperación.

Otra opción es facilitar un cambio de puesto, valorándolo previamente con el trabajador y el especialista encargado de su seguimiento. Podría ser transitorio hasta conseguir una adaptación progresiva a su vida laboral ordinaria.

Son situaciones complejas que dependerán en gran parte de factores organizacionales, resultando fundamental la coordinación de todos los recursos asistenciales[3].

Si estas adaptaciones no fuesen posibles y/o se encontrara en situación de no poder trabajar, se valoraría la incapacidad temporal.

Precisaríamos otro apartado para citar posibles intervenciones psicoeducativas individuales y sobre organización, como la coordinación y trabajo en equipo planteado en su artículo[1].

No quisiera terminar sin incidir en la importancia de la prevención primaria desde los servicios de prevención.

Bibliografía

1. Vilá M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Aten Primaria. 2015;47:25–31.
2. Reglamento de Servicio de Prevención RD 39/1997, de 17 de enero, BOE n.° 27, de 31 de enero y Orden de desarrollo. Orden de 20 de septiembre de 2010. BOE n.° 235, de 28 de septiembre.
3. Galvéz Herrer M, Mingote Adán JC, Núñez López C, Otero Borrego C. Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Monografías. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto Carlos III. Madrid, 2012.
4. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2005.
5. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. Med Clin (Barc). 2004;123:265–70.
6. Sos Tena P, Sobreques Soriano J, Segura Bernal J. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. Med Fam. 2002;12:613–9.

María Regal*

Unidad Docente Medicina del Trabajo de Galicia, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: izasregal1@hotmail.com

http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.015

Presíncopes de repetición en mujer joven boliviana

Repetition presyncopes in bolivian woman

Sr. Editor:

Presentamos el caso clínico de una mujer de 43 años, originaria de Cochabamba (Bolivia), y residente en Palma de Mallorca desde 2005, sin antecedentes personales de interés. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución, de presíncopes ocasionales, no rotatorios, autolimitados, acompañados de vegetatismo (sudoración), sin otros síntomas prodrómicos asociados. Durante el estudio se le realiza ECG en el que se observó bradicardia sinusal y bloqueo AV de primer grado (fig. 1A). Dada la clínica, alteraciones del ECG y la procedencia de la paciente, se orientó inicialmente como enfermedad de Chagas.

Se confirmó la presencia de bradicardia sinusal severa, BAV de 1.° grado y BAV de 2.° grado tipo Mobitz II diurnas en el estudio electrocardiográfico y mediante telemetría (fig. 1B), correlacionado con la clínica de la paciente. La serología de Chagas fue positiva. El estudio digestivo descartó afectación por Chagas a ese nivel. Mediante ETT se descartó miocardiopatía avanzada y aneurisma apical, por lo que se inició tratamiento con benznidazol 100 mg/8 h con buena tolerancia, y se implantó marcapasos DDDR, sin complicaciones, con ECG al alta en RMP 60 lpm. Desde el implante permanece libre de síntomas cardiológicos en seguimiento ambulatorio.

Con este caso queremos destacar la importancia de los antecedentes epidemiológicos en el manejo de la lipotimia/síncope.

La enfermedad de Chagas es endémica en algunas zonas, sobre todo rurales, de latino-américa. Sin embargo, a partir de la primera década del siglo XXI, dados los patrones de migración existentes, observamos casos de enfermedad fuera de áreas no endémicas, especialmente en Europa y América del norte, siendo España el segundo país del mundo en que más casos se describen tras EE. UU.[1].

En la enfermedad de Chagas el tripanosoma se fija en los plexos nerviosos de la musculatura lisa, por lo que las manifestaciones clínicas más frecuentes son la afectación cardíaca y la digestiva[2]. Respecto a la afectación cardíaca encontramos 2 entidades, la miocardiopatía crónica que deteriora lentamente la contractilidad y el sistema de conducción, y la miocardiopatía isquémica, que continúa siendo la principal causa de afectación en la población latinoamericana. En ambas entidades se puede desarrollar bradicardia como resultado de una disfunción del nodo sinoauricular o por un bloqueo auriculoventricular avanzado, lo que requiere terapia de estimulación permanente[3]. Por este motivo, muchos de los pacientes finalmente necesitan el implante de un marcapasos (MCP) o de un desfibrilador automático implantable (DAI), según el grado de afectación cardíaca.

En conclusión, ante una lipotimia, síncope, bradicardia, hemos de considerar el contexto epidemiológico del paciente ya que enfermedades como el Chagas podrían pasarnos desapercibidas.