



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTAS AL DIRECTOR

El desgaste de la guardia para el médico de familia



On-call burnout in the family physician

Estimado Director:

El ejercicio profesional del médico de atención primaria suele ser denominado como un trabajo de desgaste psicológico, por cuanto que precisa de la toma de decisiones y elección de opciones terapéuticas en cada paciente, a pesar de que normalmente el ejercicio físico que se precisa en dichas consultas no es muy elevado.

Sin embargo, en las guardias de atención continuada la situación cambia sensiblemente, debido a que el ejercicio físico que se precisa y el estrés laboral de dicha jornada se acentúan. Existen distintos estudios¹⁻³ que relacionan el estrés laboral con el grado de *burnout*, el nivel de despersonalización y el cansancio emocional en profesionales que realizan guardias. Además, la falta de sueño, y el realizar guardias en horario nocturno, se ha relacionado⁴ con una disminución en la calidad de vida del profesional, sintiéndose mucho más cansado de lo habitual, llegando a producir accidentes de tráfico en una tercera parte de los profesionales. Los periodos de guardia producen, además, alteraciones en su estado de ánimo, siendo la ansiedad⁵ el más frecuente, interfiriendo en su vida personal y profesional, siendo un periodo más proclive a cometer errores.

A pesar de existir estudios sobre el desgaste emocional de la atención continuada, no existe ningún estudio que cuantifique el desgaste puramente físico.

Con el objetivo de cuantificar el desgaste físico que supone en un profesional médico la realización de una guardia, nos hemos planteado desde el Centro de Salud de Santa Olalla (Toledo) identificar el gasto energético que supone una guardia. Para ello hemos realizado durante 3 meses, y en 24 guardias, la medición de los pasos, calorías gastadas, evolución del peso, presión arterial, frecuencia cardiaca y kilómetros recorridos en una guardia en nuestro Centro de Salud por distintos profesionales.

Para realizar la cuantificación hemos contado con el reloj Garmin Forerunner 15 con GPS y pulsómetro, que ajustando a las características de talla y peso de los profesionales ha medido dichas variables.

Con una media de 32,25 pacientes al día atendidos en el puesto de atención continuada y 3,21 avisos a domicilio en las 17 h de guardia, se han recorrido de media 4,54 km por guardia, lo que equivale a 5.581,14 pasos y un gasto medio de 4.382,23 calorías. La medición de la presión arterial de los profesionales pre-post guardia no obtuvo diferencias significativas, mientras que sí se objetivó una pérdida de peso de 725,48 g por guardia, medida al iniciar la guardia (antes de comer) y al terminar (antes de desayunar).

Con estos datos podemos concluir que los profesionales sanitarios en nuestras horas de guardia realizamos ejercicio físico, con desgaste calórico y balance hídrico negativo, además del desgaste mental y personal que supone la realización de una guardia.

Bibliografía

1. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005;35:108-9.
2. Blandin J, Martínez D. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome burnout en médicos residentes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 2005;51:12-5.
3. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116-21.
4. García-Salaverri B, Menéndez P, Ryan P. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Archivos de Medicina*. 2005;1:2-15.
5. Fernández Martínez O, García del Río B, Hidalgo Cabrera C, López López M, Tapia A, Moreno Suárez S. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And)*. 2007;7:83-90.

J. González González^{a,*} y J.J. Criado-Alvarez^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla. Profesor asociado, Doctor, Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, Santa Olalla, Toledo, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Bartolomé de las Abiertas. Profesor asociado, Doctor,

Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, San Bartolomé de las Abiertas, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaimmeg@sescam.jccm.es (J. González González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.013>

Neumatocele



Pneumatocele

Presentamos el caso de un paciente de 36 años de edad, que consultó en su Centro de Atención Primaria por cuadro de fiebre y cefalea frontal de 48 h de evolución. A la exploración física el paciente presentaba fiebre de 38 °C, dolor a la palpación selectiva de seno frontal derecho y auscultación respiratoria con algún roncus disperso que se movilizaba con la tos. Se solicitó radiografía de senos paranasales que mostró ocupación de seno frontal derecho y radiografía de tórax que mostró imagen redondeada, de márgenes bien delimitados y densidad aire en base pulmonar derecha (fig. 1, flecha blanca). Se orientó el caso como sinusitis aguda y se inició tratamiento con amoxicilina/clavulánico con mejoría de la clínica.

Se consideró la imagen quística de base pulmonar como hallazgo casual, solicitándose TAC torácico con contraste yodado intravenoso para completar el estudio (fig. 2). La TAC mostró imagen quística en base pulmonar derecha, sin signos inflamatorios agudos, compatible con neumatocele.

Se reinterrogó al paciente que refirió ingreso por neumonía basal derecha a los 11 años de edad, sin recordar el microorganismo causal. Se atribuyó el neumatocele a posible neumonía estafilocócica en la infancia. Se

decidió actitud conservadora informando al paciente del proceso.

Los neumatoceles son espacios aéreos con pared fina contenidos dentro del parénquima pulmonar. Pueden ser únicos o múltiples y, generalmente, son de curso transitorio¹.

Generalmente se asocian a neumonías agudas (más frecuente estafilocócicas)^{2,3}. Su incidencia es del 2-8% de todas las neumonías en niños, pero puede llegar al 85% en series de neumonías estafilocócicas^{3,4}. Es más frecuente en lactantes y niños pequeños (menores de 3 años en un 70% de los casos) debido a la mayor incidencia de neumonías estafilocócicas en este grupo de edad.

El neumatocele se origina a partir de una condensación, generalmente de tipo lobar o multilobar, apareciendo en la primera semana de la misma⁵. Su patogenia se ha relacionado con un mecanismo valvular en la vía aérea que sería responsable de la entrada de aire y evitara su salida, posibilitando un atrapamiento aéreo dentro del parénquima. Generalmente desaparecen tras semanas o meses de la resolución del cuadro, siendo rara su cronificación (como en el caso que presentamos)^{3,6,7}.

La mortalidad del neumatocele es muy baja, siendo sus complicaciones el neumotórax por rotura de cavidades subpleurales, neumatocele a tensión y su infección secundaria⁸.

El diagnóstico diferencial se debe plantear con el quiste broncogénico, la malformación quística adenomatoide, el secuestro pulmonar y el absceso pulmonar^{9,10}.



Figura 1 Radiografía AP de tórax. Imagen quística, redondeada en base derecha sin niveles en el interior (flecha blanca).



Figura 2 TAC torácico, corte axial. Imagen quística, redondeada en base pulmonar derecha de 48 × 45 mm.