

Sebastián Tornero Patricio^{a,*},
María Ángeles García Martín^b, Ana María Rueda de Castro^b,
Rocío Muñoz Rebollo^b y Gema Conejo Gaspar^b

^a Área de Gestión Sanitaria de Osuna, Servicio Andaluz de Salud, España

^b Observatorio de la Salud, Servicio de Salud del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sebastornero@yahoo.es
(S. Tornero Patricio).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.09.015>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Burnout en los pediatras de urgencias[☆]



Burnout in paediatric emergency departments

Sr. Editor:

El síndrome de *burnout* (síndrome de agotamiento o desgaste profesional) se define como una respuesta inapropiada al estrés crónico en el trabajo¹. Es un problema importante en el ámbito sanitario, por sus consecuencias negativas para el profesional que lo padece y para los pacientes que deben ser considerados las segundas víctimas del *burnout*^{1,2}.

Los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de cuidados intensivos y en urgencias constituyen un colectivo particularmente susceptible de sufrir este síndrome, debido a las características propias de estos servicios (elevada presión asistencial, plantillas insuficientes, turnos rotatorios...)¹⁻³. En nuestro país, no se han publicado estudios sobre el tema en el ámbito de los servicios de urgencias pediátricas (SUP) siendo, por tanto, desconocida su prevalencia en estos servicios.

Por ello se realizó un estudio con los objetivos de: 1) conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los pediatras que trabajan en los SUP de Catalunya, y 2) estudiar los factores de riesgo de *burnout*.

Se diseñó un estudio descriptivo multicéntrico mediante encuestas. En septiembre de 2018 se envió un correo electrónico a los responsables de los SUP de 21 hospitales catalanes, solicitando la participación del personal de urgencias en el estudio. Se incluyó al personal médico (adjuntos y residentes) y al personal enfermero (diplomados universitarios en enfermería y técnicos auxiliares de enfermería).

Los participantes, que consintieron participar, contestaron la encuesta de forma anónima (formato GoogleDocs®). En la encuesta, se recogieron:

Variables personales: sexo, edad, categoría profesional.

Variables laborales: años trabajados en urgencias, organización de la jornada laboral en el SUP (jornada completa versus parcial versus solo guardias en urgencias), horas trabajadas a la semana, organización de la jornada laboral, tipo de actividad (actividad estrictamente asistencial versus actividad mixta). Se definió actividad mixta como aquella que además de asistencia, incluía otras actividades como organización, investigación y/o docencia.

Las respuestas del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* adaptado a la población española⁴: se trata de una encuesta validada compuesta por 22 ítems y que estudia las 3 subescalas del *burnout*: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y baja realización personal (8 ítems); en función de la puntuación obtenida, cada subescala puede categorizarse en 3 niveles (bajo, medio y alto). Se definió *burnout* en los profesionales que presentaron cansancio emocional alto, despersonalización alta y realización personal baja. El personal que presentó cansancio emocional bajo, despersonalización baja y alta realización personal fue clasificado como sin *burnout*.

Se recibieron 329 encuestas de 18 hospitales. La mediana de edad fue de 33 años (p25-p75: 28-40). Las características personales y laborales de los participantes se muestran en la [tabla 1](#). El 71,1% realizaban una actividad estrictamente asistencial (el 34,6% en urgencias, el resto trabajaban también en otros servicios). El 40,1% realizaba alguna actividad no asistencial (docencia el 56,1%, investigación el 25,7% y labores organizativas el 18,2%).

Treinta y ocho participantes cumplieron criterios de *burnout*, obteniendo una prevalencia del síndrome del 11,6% (IC 95%: 8,5-15,5). El 33,1% (109 participantes) presentaban cansancio emocional alto, el 6,4% (21 participantes) despersonalización alta y el 27,4% (90 participantes) realización personal baja. El 10,9% (36 participantes) no puntuó en ninguna de las 3 subescalas. La [tabla 2](#) presenta los porcentajes de *burnout* según las distintas variables estudiadas.

La prevalencia de *burnout* en el personal sanitario de los SUP analizados de Catalunya es considerable: aproximadamente uno de cada 10 sanitarios cumple criterios de *burnout* y más de dos terceras partes presenta alguna subescala del síndrome alterada (mayoritariamente cansancio emocional alto). En pediatría, la prevalencia de *burnout* es menor que en la medicina de adultos, situándose alrededor del 35-40% de los pediatras³ y del 25% en los pediatras de urgencias⁵. La baja prevalencia del síndrome en este estudio podría deberse a distintos factores: por un lado, la muestra es más joven que en otros estudios y, por otro, se ha definido como *burnout* aquellos profesionales que puntúan en las 3 subescalas (para algunos autores, el hecho de puntuar en alguna subescala es suficiente para definir el síndrome)^{1,5,6}.

Los factores de riesgo de presentar el síndrome de *burnout* son trabajar a tiempo completo en urgencias y realizar una actividad estrictamente asistencial. Otros factores protectores descritos en la literatura (y no evaluados en este estudio) son la formación continuada de los profesionales sanitarios, la conciliación familiar, el trabajo en equipo y el patrón de personalidad^{2,6}.

Finalmente, algunos autores sugieren que el *burnout* debe ser considerado como un síntoma de disfunción del

[☆] Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en la XXIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Murcia, del 9 al 11 de mayo de 2019).

Tabla 1 Características personales y laborales de los participantes en el estudio (n = 329)

Variables	Porcentaje (Número)
Sexo	
Masculino	14 (46)
Femenino	86 (283)
Edad	
≤ 30 años	39,8 (131)
31-40 años	38,0 (125)
≥ 41 años	22,2 (73)
Categoría profesional	
Diplomado universitario enfermería	26,7 (88)
Técnico auxiliar enfermería	8,5 (28)
Médico adjunto	38,6 (127)
Médico residente	26,2 (86)
Años trabajados	
≤ 5 años	52,6 (173)
6-15 años	35,9 (118)
≥ 16 años	11,5 (38)
Porcentaje de jornada laboral en urgencias	
Jornada completa	34,7 (114)
Jornada parcial	23,7 (78)
Solo guardias	41,6 (137)
Horas trabajadas	
≤ 40 h/semana	46,3 (152)
≥ 41 h/semana	53,7 (176)
Tipo de actividad	
Actividad estrictamente asistencial	71,1 (234)
Actividad mixta	28,9 (95)

sistema sanitario y que son necesarias medidas tanto a nivel individual como colectivo. Ante la profesionalización del personal que se dedica exclusivamente a las urgencias, es necesario elaborar estrategias protectoras para evitar el desgaste profesional: en este sentido, deberían elaborarse estrategias para mejorar los circuitos asistenciales, disminuir la burocracia, evitar las largas jornadas laborales, así como favorecer el bienestar personal, la conciliación laboral y el desarrollo personal de los profesionales de urgencias^{2,3,5,6}.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los responsables y al personal sanitario que han participado en el estudio, de los siguientes hospitales: Carles Luaces Cubells (Hospital Sant Joan de Déu), Sebastián González Peris (Hospital Universitari Vall d’Hebron), Neus Pociello (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida), Eva Botifoll García (Hospital Sant Joan de Déu de Manresa), Abel Marínez Mejías (ConSORCI Sanitari de Terrassa), Toni de Francisco (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol), Xavier Codina Puig (Hospital General de Granollers), Sandra Moya Villanueva (Hospital Parc Taulí de Sabadell), Ester Castellarnau Figueras (Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII), Montse Gispert-Saüch (Hospital Universitari Doctor Josep Trueta), Elisabet Coca Fernández (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Fernando David Panzino (Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu),

Tabla 2 Porcentajes de *burnout* y sin *burnout* en los diferentes grupos estudiados. Se expresa la proporción de profesionales que cumplen criterios de *burnout* en función de las variables estudiadas

	<i>Burnout</i>	
	Porcentaje	Valor de p
Sexo		
Masculino	8,7	0,514
Femenino	12,0	
Edad		
≤ 30 años	12,5	0,837
31-40	12	
≥ 41 años	9,6	
Categoría profesional		
Técnico auxiliar enfermería	10,7	0,216
Diplomado universitario enfermería	14,8	
Médico adjunto	7,1	
Médico residente	15,1	
Años trabajados		
≤ 5 años	11,6	0,721
6-15 años	12,7	
≥ 16 años	7,9	
Porcentaje de jornada en urgencias		
Jornada completa	17,5	0,002
Jornada parcial	1,3	
Solo guardias	12,4	
Organización del trabajo		
Turnos ± guardias	10,5	0,471
Solo guardias	13,0	
Horas trabajadas		
≤ 40 h/semana	12,5	0,631
≥ 41 h/semana	10,8	
Tipo de actividad		
Actividad estrictamente asistencial	17,5	0,013
Actividad mixta	8,4	

Se han aplicado pruebas de la Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. Los valores de p < 0,05 se consideran significativos.

Matilde Viñas Viña (Hospital Universitari Dexeus), Amaia Bilbao Garitagoitia (Parc de Salut Mar), Pablo Ercoli (Fundació Sant Hospital La Seu d’Urgell), Hospital de Santa Caterina y Clínica Sant Josep.

Bibliografía

1. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: *Burnout in emergency medicine physicians*. *Emerg Med Australas*. 2013;25:491-5.
2. Gorelick MH, Schremmer R, Ruch-Ross H, Radabaugh C, Selbst S. *Current Workforce Characteristics and Burnout in Pediatric Emergency Medicine*. *Acad Emerg Med*. 2016;23:48-54.

3. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172:1377–85.
4. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Manuel Lozano L, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46:44–52.
5. Patterson J, Gardner A. Burnout Rates in Pediatric Emergency Medicine Physicians. *Pediatr Emerg Care.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000001379>.
6. Estryng-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study. *Emerg Med J.* 2011;28:397–410.

Cristina Parra Cotanda*, Victoria Trenchs Sainz de la Maza y Carles Luaces Cubells

Servicio de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cparra@sjdhospitalbarcelona.org (C. Parra Cotanda).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.09.013>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Insuficiencia respiratoria COVID-19: soporte con ECMO para niños y adultos jóvenes



COVID-19 respiratory failure: ECMO support for children and young adult patients

Sr. Editor:

El SARS-CoV-2 afecta principalmente a adultos, y en ellos se produce el mayor número de ingresos en UCI y la mayor mortalidad¹. Aunque en niños la enfermedad se describe

como menos grave y con un tiempo de recuperación más corto², presentamos el caso de una paciente de 16 años, sana y sin contactos conocidos con COVID-19, que sufrió una neumonía grave por SARS-CoV-2 que requirió ECMO veno-venosa y que se ha recuperado por completo.

La enferma acudió a Urgencias del hospital de su Departamento de Salud por presentar tos y fiebre persistente durante 6 días. La radiografía de tórax mostró una neumonía (fig. 1A), e ingresó en la sala de hospitalización. A las 48 h del ingreso se constató la positividad de la PCR SARS-CoV-2, por lo que se le prescribió ritonavir/lopinavir (hasta 7 días), hidroxicloquina (hasta 10 días), azitromicina (hasta 5 días)

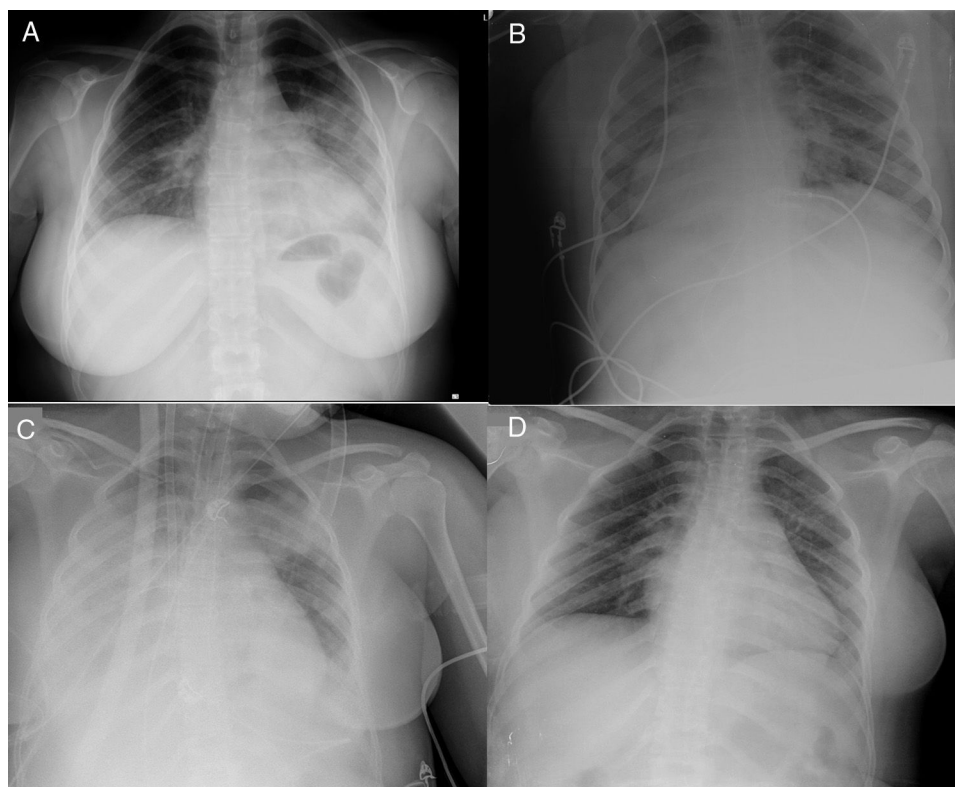


Figura 1 Radiografía simple de tórax. A) Radiografía de tórax en urgencias del hospital departamental. B) Radiografía de tórax al ingreso en la UCI del hospital departamental (prono). C) Radiografía de tórax al ingreso en la UCI tras el traslado interhospitalario al hospital de referencia (día 0 de ECMO). D) Radiografía de tórax en la planta del hospital de referencia (día del alta hospitalaria).