



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Burnout entre los residentes de Cirugía General de la Región de Murcia



Burnout among General Surgery residents in the Region of Murcia

Hemos leído con interés el artículo publicado sobre los resultados de la encuesta nacional sobre desgaste profesional realizada a todos los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) en España¹.

El síndrome de *burnout* se ha relacionado con una mayor incidencia en profesionales jóvenes, que se implican en su trabajo en exceso y en «profesiones de ayuda», en las cuales es común el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad. Es por ello por lo que la profesión sociosanitaria es una de las más afectadas, especialmente en los primeros años de experiencia laboral.

En el caso concreto de la residencia de CGAD, el estrés laboral puede relacionarse con numerosos aspectos que se asocian a su formación. Entre estos, encontramos la elevada carga de trabajo, elevado nivel de responsabilidad y competitividad, todo ello asociado a situaciones en las que es frecuente encontrarse ante situaciones para las cuales no han sido preparados durante la formación teórica.

Además, se han reportado elevadas tasas de síndrome de *burnout*. Según una revisión reciente², el 38,5% de los residentes de CGAD presentó síntomas relacionados con el síndrome de *burnout* al menos una vez por semana.

Debido a todo lo anterior, decidimos realizar un estudio similar entre los residentes de CGAD de la Región de Murcia. Para ello utilizamos el mismo formulario, Maslach Burnout Inventory³, que el usado en el estudio nacional entre los 23 residentes que accedieron a completar el estudio en nuestra región.

En nuestro análisis, obtuvimos unas elevadas tasas de sensación de estar quemado entre los residentes de CGAD de la región, pudiendo ser diagnosticados el 17,4% de los encuestados de síndrome de *burnout* y presentando el 82,6%

de la muestra un elevado riesgo de desarrollar síndrome de *burnout* en el futuro.

Además, realizamos un subanálisis planteando si era más estresante encontrarse al inicio o al final de la formación, puesto que en ambos momentos el nivel de estrés y responsabilidad puede sobrepasar al residente. En nuestro estudio se incluyeron 11 residentes mayores, de 3.º a 5.º año (48%) y 12 residentes pequeños, de 1.º o 2.º año (52%); siendo en ambos grupos elevado el nivel de estrés laboral de acuerdo con el Maslach Burnout Inventory (68 en los primeros y 65,5 en los segundos), sin objetivarse diferencias significativas ($p = 0,359$). Nuestra hipótesis es que ambos grupos se encuentran sometidos a un alto nivel de estrés, sobre todo debido a la ausencia de libranza de guardias, el estrés relacionado con la profesión médica, un alto nivel de implicación, etc.

Las conclusiones de nuestro estudio apoyan a las del estudio publicado a nivel nacional. El síndrome de *burnout* es más frecuente de lo deseable entre los residentes de CGAD en los hospitales españoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas-Guerrero V, Pascua-Solé M, Ramos Rodríguez JL, Trinidad Borrás A, González de Pedro C, Jover Navalón JM, et al., en nombre de la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo; de la Sección de Formación de la Asociación Española de Cirujanos. Burnout in General Surgery Residents. Survey From the Spanish Association of Surgeons. *Cir Esp.* 2020;98:442-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.04.013. Publicación electrónica 16 May 2020. PMID: 32423606..

2. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med*. 2019;381:1741-52.
3. Jackson SE, Maslach C, Leiter M. *Maslach burnout inventory manual*. Menlo Park, CA: Mind Garden. 2016.

Álvaro Navarro-Barrios^{a,*} y María José Cubillana-Martínez^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bServicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Área I-Murcia Oeste, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaronavarrobarrios@gmail.com
(Á. Navarro-Barrios).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.020>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica: ¿podemos iluminar algunas sombras?



Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: May we illuminate some shadows?

Sr. Director:

Hemos leído el reciente artículo de Espín Álvarez et al. «Luces y sombras de la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica»¹ y, en primer lugar, queremos felicitar a los autores no solo por los resultados presentados, sino por todas las reflexiones realizadas en torno a un tema tan sometido a debate como es la incorporación a nuestra práctica clínica de un procedimiento tan exigente como la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) mínimamente invasiva².

En nuestra unidad, a la hora de afrontar este reto, sin olvidar que ha de primar la seguridad de nuestros pacientes³, y siendo conscientes del talón de Aquiles que supone la realización de la anastomosis pancreática, hemos diseñado una estrategia por etapas, que nos permite aprovechar nuestra experiencia laparoscópica en relación con la cirugía hepática y supramesocólica (hepatectomía mayor y de segmentos posteriores, gastrectomía, pancreatectomía córpore-caudal, esplenectomía...) para la primera fase de la DPC (fase laparoscópica), llevando a cabo posteriormente las 3 anastomosis en cirugía abierta a través de una minilaparotomía media supraumbilical. Con este concepto de cirugía híbrida (laparoscópica/laparotómica)⁴ hemos intervenido durante el año 2019 nuestros 10 primeros pacientes, sin mortalidad a 90 días, cuya estancia mediana fue de 6 días (5-10), y con un solo caso de reingreso por fístula grado C (datos no publicados). En

la fase laparotómica realizamos siempre la sección pancreática y la liberación de la lámina retroportal, para un mejor control de las venas de drenaje de la cabeza del páncreas hacia el tronco mesentérico-portal, que en muchas ocasiones son las responsables de la no progresión durante la disección laparoscópica, con necesidad de conversión, tal como ocurrió a los autores en uno de sus pacientes.

De los resultados presentados llama la atención que la mediana de estancia del grupo en que se realizó DPC vía abierta sea casi el doble que para la DPC laparoscópica (15 vs. 8,5 días), siendo la incidencia de complicaciones solo un poco mayor, sin alcanzar significación estadística, en el grupo de pacientes con cirugía abierta. Probablemente, como bien argumentan, ello esté relacionado con la selección de pacientes, estando en el grupo de cirugía abierta enfermos con mayor complejidad técnica o comorbilidades.

Pensamos que las posibilidades de desarrollo de la DPC por vía laparoscópica en nuestras unidades ha de basarse en experiencia previa en cirugía pancreática por vía abierta, cuidadosa selección de pacientes tal y como recogen recientes documentos de consenso^{5,6}, programas de formación específicos orientados a tal procedimiento⁷, y una estrategia de implementación en la que la DPC híbrida, y tal ha sido nuestro enfoque, puede ocupar un atractivo lugar en la curva de aprendizaje⁸. Con esta hoja de ruta, quizás podamos iluminar y hacer desaparecer algunas de las sombras que aún nos atemorizan.