



# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## CARTAS AL DIRECTOR

### Valoración del estado de salud de los médicos de atención primaria en la provincia de Cádiz

#### Assessment of the State of Health of Primary Care Doctors in the Province of Cadiz

Sr. Director:

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos de atención primaria de la provincia de Cádiz, así como otras variables relacionadas con su estado de salud. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y analítico (septiembre de 2005).

La muestra total estudiada estaba compuesta por 150 médicos de familia y pediatras de un total de 320 médicos, que en el momento de la realización del estudio se encontraban trabajando.

Se recogieron las variables sociodemográficas y antropométricas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, grado de obesidad), hábitos (consumo de tabaco, alcohol, café, psicofármacos, analgésicos y horas de ocio al día), relacionadas con el trabajo (años de ejercicio profesional, número de pacientes que atienden por día, bajas laborales en el último año, satisfacción con la situación laboral actual, horas de estudio al día), antecedentes personales patológicos, escala MBI de Maslach (que valora las tres dimensiones del síndrome de *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional), cuestionario de salud general de Goldberg (CGHQ) y función familiar mediante el test de Apgar familiar.

La media de edad de la muestra estudiada era de 43,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 42,4-44,6), el 64% eran varones y el 36%, mujeres, los casados suponen el 75%

de la muestra y el 58% refería algún consumo de alcohol; el 38% eran fumadores. El 9,3% consumía algún tipo de psicofármaco y el 29,5%, analgésicos. Respecto a los antecedentes personales patológicos el 69% refería haber padecido o padecer una o más enfermedades, las más frecuentes fueron los dolores osteomusculares (26%), los cuadros ansioso-depresivos (22%) y las cefaleas (21,3%). En el 26% se detectaba algún problema de salud reciente (GHQ), mientras que el 78% presentaba problemas crónicos.

La experiencia laboral media era de 16,3 años (IC del 95%, 15,3-17,3), el 64% no estaba satisfecho con su situación actual y el 44% había estado de baja laboral en alguna ocasión durante el último año.

Respecto a la prevalencia del síndrome de *burnout*, el 34% de la muestra estudiada presentaba alto grado para la dimensión cansancio emocional, el 18% para la dimensión despersonalización y el 19% para la realización profesional (tabla 1); los valores de fiabilidad para las tres escalas eran de 0,887, 0,697 y 0,790, respectivamente.

Respecto a la situación familiar, en el 11% se registró algún tipo de disfunción.

Las prevalencias de las categorías de la escala MBI, por separado, no cabe duda que son importantes (especialmente el cansancio emocional), pero si tenemos en cuenta la definición de «caso», según el manual: altas puntuaciones en las primeras dos escalas y bajas en la tercera<sup>1</sup> (esto es, médico con el síndrome de *burnout*), encontramos una muy baja prevalencia del síndrome en la muestra estudiada (3,3%; 5 casos). Son pocos los estudios consultados en los que se describa la prevalencia del síndrome teniendo en cuenta la definición de caso según el manual original<sup>2,3</sup>.

Las mujeres refieren menos tiempo de ocio que los varones; en ellas se aprecian mayores puntuaciones en el agotamiento emocional y menores en la realización

Tabla 1 Valores de las tres dimensiones de la escala MBI de Maslach

	Media $\pm$ desviación típica			Categorías (%)		
		Varones	Mujeres	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional <sup>a</sup>	26,41 $\pm$ 12,53	25,7 $\pm$ 12,3	27,2 $\pm$ 12,9	35,3	30,7	34
Despersonalización <sup>b</sup>	7,69 $\pm$ 6,27	8,3 $\pm$ 6,7	6,5 $\pm$ 5,2	48,7	33,3	18
Realización profesional <sup>c</sup>	35,95 $\pm$ 8,07	37 $\pm$ 7,2	34,4 $\pm$ 8,8	52,7	28	19,3

<sup>a</sup>Puntuaciones: bajo < 22; medio, 22-31; alto > 31.

<sup>b</sup>Puntuaciones: bajo < 7; medio, 7-13; alto > 13.

<sup>c</sup>Puntuaciones: bajo > 35; medio, 30-35; alto < 30.

profesional. En este sentido, las mujeres son más vulnerables por la doble carga de trabajo, múltiples roles<sup>4</sup>, etc.

La presión asistencial y la demanda injustificada es una buena causa del desgaste<sup>5</sup>. En el aspecto personal, el médico tiene que reaccionar y esforzarse activamente para salir de esas situaciones de agotamiento, deshumanización y/o de baja realización profesional, sobre todo de la despersonalización de cara a sus semejantes.

## Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario "Burnout" de Maslach (Manual). Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997.
2. Anaya Aceves JL, Ortiz García AC, Panderó Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Síndrome de "quemazón" (*burnout*) en médicos familiares y asistentes médicos. *Aten Primaria*. 2006;38:467-8.
3. Gomero Cuadra R, Palomino Baldeón J, Ruiz Gutierrez F, Llap Yesan C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Rev Med Hered*. 2005;16:233-8.
4. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:293-303.
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.

Segundo Soriano Fuentes  
 Centro de Salud Algeciras-Norte,  
 Algeciras, Cádiz, España  
 Correo electrónico: [segusf@ono.com](mailto:segusf@ono.com) (S. Soriano Fuentes)

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.004

## Adecuación del control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria

### Is the control of cardiovascular risk factors in secondary prevention adequate?

*Sr Director:*

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte en España<sup>1</sup>. De acuerdo con la American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC)<sup>2</sup>, la prevención secundaria para este tipo de pacientes consta del control de 10 ítems (tanto factores de riesgo como intervenciones preventivas). Los factores considerados son los siguientes: abandono completo del hábito tabáquico, control de la presión arterial (PA) <140/90 mmHg (130/80 mmHg en pacientes diabéticos o con enfermedad renal crónica), colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) <100 mg/dl, actividad física regular, un índice de masa corporal (IMC) <25, glucohemoglobina (HbA<sub>1c</sub>) <7%, tratamiento antiagregante o anticoagulante y tratamiento con inhibidores del sistema renina-angiotensina (inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina [IECA] y antagonistas de los receptores de la angiotensina II [ARA-II]) y bloqueadores beta. El objetivo de este estudio ha sido determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en prevención secundaria considerados en la AHA/ACC, en el ámbito de la atención primaria.

Se trata de un estudio transversal realizado en octubre de 2006. Se seleccionó, a través de una consulta informática, a todos los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica entre 2000 y 2005 (ambos incluidos) establecida en la historia clínica, atendidos en el Centro de Atención Primaria Les Corts (Barcelona).

Las variables recogidas para cada paciente fueron las correspondientes a los 10 ítems de prevención secundaria

establecidos por la AHA/ACC mencionados anteriormente. Se consideraron válidos los valores recogidos en los últimos 12 meses; factores con valores obtenidos en una fecha anterior fueron considerados como factores no controlados.

El número de pacientes con cardiopatía isquémica establecida vivos resultó ser de 883, con una media  $\pm$  desviación estándar de edad de  $71 \pm 11,7$  años.

El buen control resultó <del 50% en 6 ítems, máximo en la terapia anticoagulante (87,20%) y mínimo para el ejercicio (10,53%) y el IMC (7,25%).

De este estudio se desprende que el control de los factores de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica establecida es bastante pobre. Los factores peor controlados son los que tienen que ver con cambios en el estilo de vida (ejercicio, IMC y tabaco), la diabetes mellitus y el consumo de fármacos (PA, LDL).

El escaso control de estos factores no es una novedad y observamos repetidamente en la literatura conclusiones similares. Cabe destacar una revisión sistemática reciente<sup>3</sup>, de varios estudios observacionales publicados en los últimos 10 años, que describe la utilización de medidas de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica en España. Este estudio concluye que el manejo de dichas medidas es subóptimo, y uno de los problemas más importantes es el insuficiente uso de fármacos (antiagregantes, bloqueadores beta, IECA y estatinas) y la falta de consejo sobre estilo de vida tras el alta y en atención primaria.

En comparación con otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, obtuvimos resultados similares en cuanto a la adecuación del control de los FRCV.

En relación con el registro de datos en la historia clínica, el ejercicio y el IMC fueron los menos cumplimentados.

Los resultados obtenidos permiten concluir que en la población estudiada hay un inadecuado control de los factores de riesgo cardiovascular, a pesar de la evidencia existente del aumento de la supervivencia ante su manejo intensivo.