

MEDICINA DEL TRABAJO



Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

www.aeemt.com

Volumen 14 - Nº 2

Mayo-Junio 2006

Asignaturas pendientes

F.J. Sánchez Lores

Dolor lumbar e incapacidad temporal

E. Gómez Suárez, J.L. Quintana Gómez, C. Romero de Lama,
R. de Felipe Medina

Perfil psicológico, social y laboral de un colectivo
de empleados postales afectados por fibromialgia

M. Custal, M. Serrano, I. Turull, M.A. Carrión

Influencia de las alteraciones del ciclo menstrual en el trabajo

F.J. Ranera García-Conde, J. Coteló Vila, E. Pantoja Martínez

El burnout y las profesiones sanitarias

J.L. Zancajo Castañares, F. Rescalvo Santiago,

J.M. de la Fuente Martín, J.J. Díaz-Franco

Ortoste óseo solitario

A. Minaya Bernedo, A. Iniesta Álvarez, E. Arráez Aybar,

S. O'Connor Pérez, J. Sánchez de la Nieta

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Blastoestimulina® Pomada al 1%. **COMPOSICIÓN por gramo:** Extracto de Centella Asiática 0,010 g, Neomicina (DCI) (sulfato) 0,0035 g. **Excipientes:** Monoestearato de dietilenglicol, propilenglicol, aceite de germen maíz, esencia de lavanda francesa, esencia de geranio y agua purificada. **PROPIEDADES:** Blastoestimulina pomada, es un cicatrizante con acción antibiótica indicada en heridas infectadas o con riesgo de infección bacteriana. El extracto de Centella Asiática promueve, protege y acelera la cicatrización. Por un lado actúa incorporando y fijando al colágeno dos aminoácidos fundamentales para la biosíntesis de las proteínas estructurales, la alanina y la prolina, con lo que estimula el tejido de granulación, y por otro facilita la correcta epitelización al estimular la biosíntesis de glicosaminoglicanos contribuyendo a la reconstrucción de la matriz amorfa. La Neomicina por su parte, cubre ampliamente el espectro bacteriano actuando tanto frente a gérmenes Gram + como Gram - garantizando plenamente la eficacia antiinfecciosa del producto. **INDICACIONES:** En la cicatrización de heridas. Úlceras, llagas, escaras y demás efracciones de la piel. Algunos tipos de quemaduras. Eczemas e intertrigos. Coadyuvante en heridas quirúrgicas y en el prendido de injertos cutáneos. Especialmente en procesos ya infectados o con peligro de contaminación (por el antibiótico acompañante). **POSOLOGÍA:** De 1 a 3 veces al día. **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** Sensibilizados a la neomicina acompañante. **INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES:** No se conocen. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Ligera sensación de escozor en algún enfermo especialmente sensible; sin importancia alguna por no corresponder a irritación. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La utilización de esta pomada no presenta ningún problema. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **CONSERVACIÓN:** No se deben tomar medidas especiales debido a la buena estabilidad del preparado. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España) **PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** Blastoestimulina® Pomada, tubo de 30 g: 6,25€. Tubo 60 g: 10,15€. **OTRAS PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** Blastoestimulina® Pulverizador, envase de 10g: 5,90€. Blastoestimulina® Óvulos, envase de 10 óvulos: 4,31€. Blastoestimulina® Polvo, envase de 5g: 7,10€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión:** Agosto 1999.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Blastoestimulina® Pulverizador al 2%. **COMPOSICIÓN por 100 g:** Extracto de Centella Asiática 2 g, Tetracaína (DCI) (clorhidrato) 2 g. **Excipientes:** Carbótil, propilenglicol y esencia de tomillo. **ACTIVIDAD:** Blastoestimulina Pulverizador es un cicatrizante con acción anestésica local para calmar o eliminar el dolor que acompaña a heridas o quemaduras. El extracto de Centella Asiática promueve, protege y acelera la cicatrización. Por un lado actúa incorporando y fijando al colágeno dos aminoácidos fundamentales para la biosíntesis de las proteínas estructurales, la alanina y la prolina, con lo que estimula el tejido de granulación, y por otro lado facilita la correcta epitelización al estimular la biosíntesis de glicosaminoglicanos contribuyendo con ello a la reconstrucción de la matriz amorfa. La tetracaína, por su parte, anestésico local de probada eficacia le confiere la propiedad de eliminar el dolor que acompaña toda alteración de continuidad de la piel. **INDICACIONES:** Úlceras, erosiones y efracciones de la piel, de todo tipo. Quemaduras. Alteraciones de la cicatrización. Implante de injertos. **CONTRAINDICACIONES:** Enfermos con antecedentes de alergia a la tetracaína. **INTERACCIONES:** No se han descrito. **ADVERTENCIAS: Advertencia para los deportistas:** Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje como positivo. **POSOLOGÍA:** La conveniente para un suave mojado de la herida, de 1 a 3 veces al día. **NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN:** Pulverizar una ligera capa de producto sobre la herida, dependiendo la dosis de la extensión del área a tratar procurando que quede cubierta toda superficie con una ligera capa de producto. **SOBREDOSIS:** El preparado no tiene toxicidad por la vía normal de administración. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **REACCIONES ADVERSAS:** No se presentan en la aplicación tópica. Si apareciera alguna reacción adversa no descrita en este apartado, deberá comunicárselo a su médico o farmacéutico. Antes de aplicarse este medicamento debe asegurarse de que no se ha sobrepasado la fecha de caducidad que figura en la etiqueta. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España). **PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** Blastoestimulina® Pulverizador, envase de 10g: 5,90€. **OTRAS PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** Blastoestimulina® Óvulos, envase de 10 óvulos: 4,31€. Blastoestimulina® Polvo, frasco de 5g: 7,10€. Blastoestimulina® Pomada, tubo 30g: 6,25€. Tubo 60g: 10,15€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión:** Enero 2002.

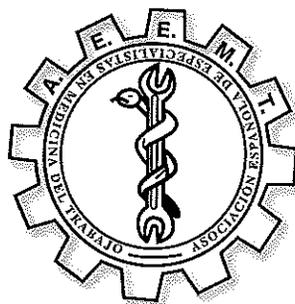
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Blastoestimulina® Polvo al 2%. Extracto de Centella Asiática. **COMPOSICIÓN PORCENTUAL:** Extracto de Centella Asiática 2g. Excipientes: Talco, estearato de magnesio y sílice coloidal. **PROPIEDADES:** El extracto de Centella Asiática, principio activo de Blastoestimulina, promueve, protege y acelera la cicatrización. Por un lado actúa incorporando y fijando al colágeno dos aminoácidos fundamentales para la síntesis de proteínas estructurales, la alanina y la prolina, con lo que estimula el tejido de granulación, y por otro lado facilita la correcta epitelización al estimular la biosíntesis de glicosaminoglicanos contribuyendo con ello a la reconstrucción de la matriz amorfa. **INDICACIONES:** Cicatrización de heridas, úlceras, llagas, escaras y demás efracciones de la piel. Algunos tipos de quemaduras. Eczemas e intertrigo. Coadyuvante en heridas quirúrgicas y en el prendido de injertos cutáneos, especialmente en casos en los que interesa una buena aireación y un pronto secado del proceso a tratar. **POSOLOGÍA:** De 1 a 3 aplicaciones al día según criterio facultativo. **NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PREPARADO:** Aplicación cutánea sobre la zona a tratar. **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** No presenta. **INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES:** No se han descrito. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Ligera sensación de escozor en algún enfermo sensible; sin importancia alguna por no corresponder a irritación. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La utilización de este polvo no presenta ningún problema. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **CONSERVACIÓN:** No se deben tomar medidas especiales debido a la buena estabilidad del preparado. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España). **PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** Polvo para uso cutáneo, envase de 5 g: 7,10€. **OTRAS PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** Blastoestimulina® Óvulos, envase de 10 óvulos: 4,31€. Blastoestimulina® Pomada, envase de 30g: 6,25€. Blastoestimulina® Pomada, envase de 60g: 10,15€. Blastoestimulina® Pulverizador, envase de 10g: 5,90€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión:** Febrero 2001.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Bonte F., Dumas M., Chaudagne C., Meybeck A.; Comparative activity of asiaticoside and madecassoside on type I and III collagen synthesis by cultured human fibroblasts. Ann Pharm Fr. 1995;53(1):38-42.

Almirall es una marca registrada de Almirall Prodesfarma, S.A.

Fecha de elaboración del material: Mayo 2005.

MEDICINA DEL
TRABAJO



Staff

REVISTA INCLUIDA EN EXCERPTA MEDICA/EMBASE
ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECS)

Director: Fco. Javier Sánchez Lores.

Redactores jefe: Fernando Rescalvo Santiago (Ámbito Sanitario-Hospitales), Javier Hermoso Iglesias (Formación), Albert Agulló Vidal (Sector Servicios).

Redacción: Celerina Ramírez, Mamen Gómez, Daniel Dorrego, Rosana Jiménez, Felipe Contreras, Francisco García.

Maquetación: Domingo Roldán, Nuria Martínez, Agustín Sánchez.

Secretaria de Redacción: Carmen González.

Precio suscripción anual (3 números: febrero, junio, octubre): 54,10 €

S.V.: 91046 R
I.S.S.N.: 1132-6255
D.L.: 43.419-1991

Control

Edita:



Redacción, Publicidad y Suscripciones:

Acción Médica, S.A.
c/ Fernández de la Hoz, 61, entreplanta
28003 MADRID
Tfno.: 91 536 08 14 - Fax: 91 536 06 07
E-mail: publicaciones@accionmedica.com
E-mail: comercialmadrid@accionmedica.com

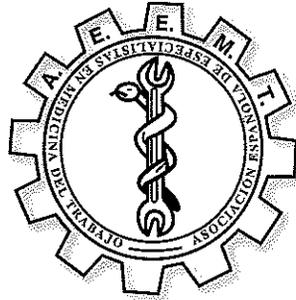
Balcells, 21-25, bajos, local 1
08024 BARCELONA
Tfno.: 93 285 75 55 - Fax: 93 285 75 56
E-mail: comercialbarcelona@accionmedica.com

Luis Montoto, 95, 2º A
41018 SEVILLA
Tfno.: 95 498 05 20 - Fax: 95 458 10 48
E-mail: andalucia@accionmedica.com

Impresión:

Artes Gráficas Palermo, S.L.
Avda. de la Técnica, 7. Pol. Ind. Santa Ana
28529 Rivas (Madrid)

MEDICINA DEL TRABAJO



Consejo Editorial

Director

Dr. D. Fco. Javier Sánchez Lores

Fundador de la revista

Dr. D. Javier Sanz González

Redactores Jefe

Fernando Rescalvo Santiago (Ámbito Sanitario Hospitalario)

Javier Hermoso Iglesias (Formación)

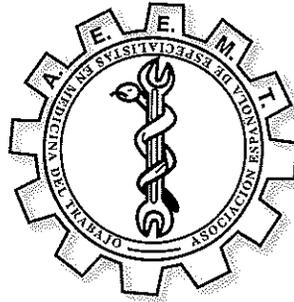
Albert Agulló Vidal (Sector Servicios)

Consejo Editorial

Dra. D^a Encarnación Aguilar Jiménez (Valencia)
Dr. D. Enrique Alday Figueroa (Madrid)
Dr. D. Felipe Álvarez de Cozar (Madrid)
Dr. D. Juan José Álvarez Sáenz (Madrid)
Dr. D. Maurice Amphoux (Francia)
Dr. D. Héctor Anabalón Aburto (Chile)
Dr. D. Vicente Arias Díaz (Madrid)
Dr. D. Fernando Bandrés Moya (Madrid)
Dr. D. Juan Angel Bartolomé Martín (Madrid)
Dra. D^a Blanca Bell Martínez (Zaragoza)
Dr. D. Antonio Botija Madrid (Madrid)
Dr. D. Ramón Cabrera (Málaga)
Dra. D^a Teresa del Campo Balsa (Madrid)
Dr. D. Manuel Carrasco Mallén (Madrid)
Dr. D. Víctor Manuel Casaus Andreu (Zaragoza)
Dr. D. José Couceiro Follente (La Coruña)
Dr. D. Juan José Díaz Franco (Madrid)
Dr. D. Eladio Díaz Peña (Madrid)
Dr. D. Manuel Figueroa Pedrosa (Guipúzcoa)
Dr. D. Enrique Galindo Andújar (Madrid)
Dr. D. Antonio García Barreiro (Madrid)
Dr. D. Fernando García Escandón (Madrid)
Dr. D. Miguel García Munilla (Madrid)
Dr. D. José González Pérez (Madrid)
Dr. D. Alfredo Gracia (Zaragoza)

Dr. D. Antonio Granda Ibarra (Cuba)
Dr. D. Pedro A. Gutiérrez Royuela (Madrid)
Dr. D. Javier de las Heras Calvo (Madrid)
Dr. D. Jesús Hermoso de Mendoza (Navarra)
Prof. Dr. D. Hubert Kahn (Estonia)
Dr. D. Antonio Iniesta (Madrid)
Dr. D. Antonio Jiménez Butragueño (Madrid) †
Dr. D. José Ramón de Juanes Pardo (Madrid)
Dr. D. Eugenio Laborda (Madrid)
Dr. D. Héctor M. Lavalle (Argentina)
Dr. D. Rafael Llopis (Madrid)
Dr. D. Enrique Malboysson Correcher (Madrid)
Dr. D. Juan Luis Manzano Medina (Madrid)
Dr. D. Gregorio Martín Carmona (Madrid)
Dr. D. Luis Nistal Martín de Serrano (Madrid)
Dra. D^a Begoña Martínez Jarreta (Zaragoza)
Dr. D. Ignacio Moneo (Madrid)
Prof. Dr. D. José Palacios Carvajal (Madrid)
Dr. D. Francisco Pérez Bouzo (Santander)
Dr. D. Eugenio Roa Seseña (Valladolid)
Dr. D. Juan Manuel Rodríguez Meseguer (Madrid)
Dr. D. Antonio Rodríguez Noriega (Madrid)
Prof. Dr. D. Enrique Rojas Montes (Madrid)
Dr. D. Francisco Villarejo Ortega (Madrid)

**MEDICINA DEL
TRABAJO**



Sumario

Editorial

Asignaturas pendientes	7
F.J. Sánchez Lores	

Original

Dolor lumbar e incapacidad temporal	8
E. Gómez Suárez, J.L. Quintana Gómez, C. Romero de Lama, R. de Felipe Medina	
Perfil psicológico, social y laboral de un colectivo de empleados postales afectados por fibromialgia	12
M. Custal, M. Serrano, L. Turull, M.A. Carrión	
Influencia de las alteraciones del ciclo menstrual en el trabajo	20
F.J. Ranera García-Conde, J. Cotelo Vila, E. Pantoja Martínez	

Revisión

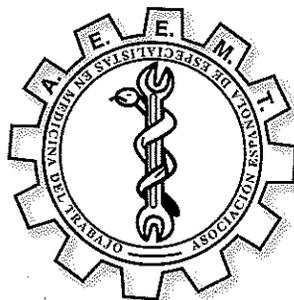
El burnout y las profesiones sanitarias	27
J.L. Zancajo Castañares, F. Rescalvo Santiago, J.M. de la Fuente Martín, J.J. Díaz-Franco	

Caso clínico

Quiste óseo solitario	35
A. Minaya Bernedo, A. Iniesta Álvarez, L. Arráez Aybar, S. O'Coonor Pérez, J. Sánchez de la Nieta	

Comentarios bibliográficos	37
Libros	40
Noticias	42
Agenda	43

MEDICINA DEL TRABAJO



Contents

Editorial

Failed subjects	7
F.J. Sánchez Lores	

Articles

Low back pain and transient disability	8
E. Gómez Suárez, J.L. Quintana Gómez, C. Romero de Lama, R. de Felipe Medina	
Psychological, social and labour profile of a population of postal workers with fibromyalgia	12
M. Custal, M. Serrano, L. Turull, M.A. Carrión	
Influence of changes in the menstrual cycle upon work	20
F.J. Ranera García-Conde, J. Coteló Vila, E. Pantoja Martínez	

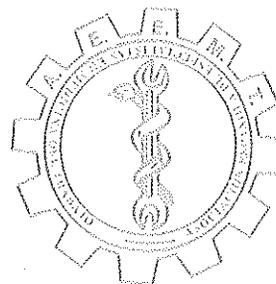
Revision

Burnout syndrome and health care professions	27
J.L. Zancajo Castañares, F. Rescalvo Santiago, J.M. de la Fuente Martín, J.J. Díaz-Franco	

Clinical case

Solitary bone cyst	35
A. Minaya Bernedo, A. Iniesta Álvarez, L. Arráez Aybar, S. O'Coonor Pérez, J. Sánchez de la Nieta	

Commented literature	37
Books	40
News	42
Agenda	43



EDITORIAL

ASIGNATURAS PENDIENTES

El artículo 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSE) dice literalmente: “De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos, y el artículo 21 de la Ley 14/86, General de Sanidad, el servicio de prevención colaborará con los servicios de atención primaria de salud y asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo”.

El mandato es imperativo, y se supone que las autoridades sanitarias han desarrollado los procedimientos para su cumplimiento.

Entendimos y aplaudimos en su momento la intención del legislador de incluir el concepto de enfermedad relacionada con el trabajo, sin especificar el carácter agudo o crónico, cuyo ámbito de acción incluye todos los procesos patológicos donde el factor trabajo contribuya de alguna manera a favorecer o modificar el proceso morboso. De esta manera, se pretendía abordar la salud del trabajador desde un punto de vista integral.

Para el correcto cumplimiento de este mandato, son necesarias varias provisiones, que, a nuestro entender, todavía no se han hecho.

En primer lugar, facilitar a los servicios de prevención propios el cumplimiento de esas funciones. Algunas se venían haciendo tradicionalmente, cómo la asistencia medico-farmacéutica al trabajador enfermo, y otras son novedosas, como la rehabilitación.

Muy pocas Comunidades Autónomas han intentado regular este hecho, estableciendo hasta la comunicación con el especialista de área.

En segundo lugar, establecer un sistema de registro y comunicación, tanto de los hallazgos por vigilancia de la salud como de los hallazgos en la actividad asistencial, si es que la hay, para todos los servicios de prevención, ajenos, propios y mancomunados.

Este sistema de información y registro no sólo contribuirá a conocer la morbilidad de nuestros trabajadores, sino que implicaría un mecanismo más para buscar la excelencia en la actividad de los servicios de prevención.

Es necesario un consenso y una voluntad política clara, por parte del Consejo Interterritorial de Salud, para aprobar estas asignaturas pendientes.

Fco. Javier Sánchez Lores

DOLOR LUMBAR E INCAPACIDAD TEMPORAL



E. Gómez Suárez⁽¹⁾, J.L. Quintana Gómez⁽¹⁾, C. Romero de Lama⁽²⁾, R. de Felipe Medina⁽³⁾

⁽¹⁾Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Greco". Getafe. Área 10. Madrid

⁽²⁾MIR 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Greco". Getafe. Área 10. Madrid

⁽³⁾Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "Pintores". Parla. Área 10. Madrid

Correspondencia:

Esther Gómez Suárez

c/ Virgen de Iciar, 17 - 1.ª esc., 4.º 28. Alcorcón 28921. Madrid

e-mail: egomsu@hotmail.com

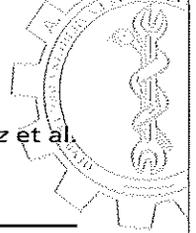
Objetivo: Describir las características y duración de la incapacidad temporal (IT) por dolor lumbar (DL) en atención primaria, y aproximarnos a los factores que en ella influyen. **Diseño:** Estudio retrospectivo descriptivo. **Emplazamiento:** Atención primaria, Centro de Salud "El Greco". Getafe. Área 10. Madrid. **Participantes:** Se incluyó en el estudio a todos los pacientes correspondientes a las 11 consultas de medicina de familia de nuestro Centro de Salud, que en el período comprendido entre junio de 1999 y octubre de 2001 habían estado en situación de IT por dolor lumbar (código L03 de la Clasificación Internacional de atención primaria, CIAP) y que habían sido dados de alta al finalizar dicho período. Se obtuvo una población de estudio de 246 pacientes, 33 de los cuales tenían más de un episodio de IT por dolor lumbar. **Mediciones principales:** Mediante el programa OMI-AP, a través de su módulo OMI-AD, se obtuvo una base de datos que posteriormente fue analizada mediante el programa SPSS. Las principales variables del estudio fueron: sexo, edad, enfermedades psíquicas, duración media de la IT, diagnóstico final y motivo de alta. **Resultados:** La IT por dolor lumbar representó en nuestro estudio el 4,9% del total de IT del período, y el 3,9% del total de días de IT. El 66,3% de los pacientes eran varones. La media de edad se estimó en 39,6 años. En el 90,2% de los casos el cuadro de DL era de origen mecánico. El 16,7% de los pacientes tenían diagnosticada alguna enfermedad mental. Sólo dos pacientes obtuvieron la incapacidad laboral permanente. La duración media de todas las IT fue de 14,7 días. Se separaron las IT en dos grupos: duración igual o inferior a 15 días y duración mayor de 15 días. En el 79,2% de los casos se encontraban en el primer grupo. En el análisis estadístico correlativo de variables, únicamente se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la duración de la IT: los pacientes de más de 45 años tenían una media de duración en días de 20,75, frente a 11,17 días de los menores de 45 años. **Conclusiones:** En nuestra muestra predominan los varones frente a las mujeres en situación de IT por DL. La mayoría están en edades medias de la vida. De las variables que se correlacionaron, sólo se encontró una asociación significativa entre la edad y la duración de la IT, no encontrándose asociación entre la duración de la IT y la existencia de enfermedades psíquicas.

Palabras clave: Dolor lumbar, incapacidad temporal, atención primaria.

LOW BACK PAIN AND TRANSIENT DISABILITY

Aim: To describe the characteristics and duration of transient disability (TD) caused by low back pain (LBP) in the Primary Health Care environment and to establish an approach to the factors influencing it. **Design:** Retrospective descriptive study. **Setting:** Primary Health Care, "El Greco" Health Care Centre, Getafe (Madrid, Spain). **Participants:** All the patients seen by the General Practitioners or Family and Community Medicine Physicians (11 physicians) in our Health Care Centre who in the period between June 1999 and October 2001 had been on sick leave (TD) due to LBP (code L03 of the International Primary Health Care Classification, ICPC) and who had been discharged by the end of that period. The study population comprised 246 patients, 33 of whom had had more than one TD episode due to LBP. **Main variables:** Using the OMI-AD module of the OMI-AP programme a database was generated that was then analysed using the SPSS programme package. The main study variables were gender, age, psychic disturbances, mean duration of TD, final diagnosis and cause of discharge. **Results:** TD due to LBP represented 4.9% of the total number of TDs during the study period, and 3.9% of the total number of TD days. Among the study population, 66.3% were males. The mean age of the patients was 39.6 years. The cause of the LBP was mechanical in 90.2% of the cases. A diagnosis of psychic disturbance had been established in 16.7% of the cases. Only two patients were granted Permanent Disability. The mean duration of sick leave due to TD was 14.7 days. Upon separating the sick leave periods into two groups (≤ 15 days or > 15 days), 79.2% of the cases were found to be in the first one. In the statistical correlation analysis of the variables, a statistically significant correlation was found to exist only between age and duration of TD: patients aged over 45 years had a mean TD duration of 20.75 days, while those below that age had a mean duration of only 11.17 days. **Conclusions:** In our sample males predominate over females in the TD due to LBP population. Most of the patients were in their middle age. Among the variables tested for correlation, a statistically significant association was observed only between age and duration of TD; there were no associations between duration of TD and presence or absence of psychic disturbances.

Key words: Low back pain, transient disability, primary health care.



INTRODUCCIÓN

Hablamos de dolor lumbar (DL) o lumbalgia cuando un paciente refiere dolor, asociado normalmente con tensión muscular, en la parte baja de la espalda. Puede ser agudo o crónico (más de 12 semanas). Entre un 60 y un 80% de las personas tiene DL a lo largo de su vida. La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico, y generalmente se manifiesta como una entidad autolimitada (el 90% de los pacientes se recuperan en menos de 6 semanas)⁽¹⁾. El DL es una de las causas importantes de absentismo laboral, y se considera la causa más común de incapacidad temporal prolongada en sujetos de edades comprendidas entre los 16 y los 44 años⁽²⁾, lo cual, unido al coste que supone el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, conlleva un importante impacto económico en nuestro sistema sanitario. Nuestro objetivo es estudiar en los pacientes de nuestro centro la duración de la IT y los factores que en ella pueden influir.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir del programa OMI-AP se obtuvo una muestra de 246 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico codificado como L03 (dolor lumbar, lumbalgia, lumbago), en edad laboral (16-65 años) y en situación de IT por dicho motivo durante el período de estudio (junio de 1999-octubre de 2001). El estudio se inició en junio de 1999 porque desde esa fecha toda la IT de nuestro centro se tramita a través de un sistema informático, lo que nos ha permitido acceder a datos completos y fiables. Se estableció un protocolo mediante el cual se revisaron una por una las historias en OMI de los pacientes seleccionados. Dicho protocolo incluía los siguientes apartados: sexo; edad; enfermedades psíquicas (considerándose únicamente como tales trastornos afectivos, como ansiedad y/o depresión); enfermedades crónicas del aparato locomotor; episodios

TABLA I LUMBALGIA	
Criterios de duración	
A. Dolor lumbar no irradiado	<ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio: De 0 a 7 días • Recaídas: De 0 a 14 días
B. Dolor lumbar con radiculopatía	<ul style="list-style-type: none"> <i>Cuadros leves</i> <ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio • Sin lumbalgia previa: De 0 a 7 días • Sin alteración neurológica objetivable <i>Cuadros moderados</i> <ul style="list-style-type: none"> • Con lumbalgia previa • Con metámera bien definida: De 0 a 20 días • Con moderada incapacidad <i>Cuadros severos</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración neurológica objetivable rápidamente: De 10 a 90 días progresiva o aguda • Invalidante

previos de lumbalgia que hubieran generado IT; duración en días de todos los episodios, estableciéndose el punto de corte en menor o igual a 15 días y mayor de 15 días, en base a los límites establecidos en el Manual de Gestión de Incapacidad Laboral de Insalud 3 (**Tabla I**); motivo de finalización de la IT (mejoría/curación o pensionista); y, por último, el diagnóstico final (DL de origen mecánico, inflamatorio o atribuible a otras causas, principalmente traumatismos o patología neuroquirúrgica). Posteriormente, los datos fueron analizados mediante el programa SPSS para Windows 10.0. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente se establecieron correlaciones para responder a las siguientes preguntas: ¿Depende la duración de la IT del sexo de los pacientes? ¿Depende la duración de la IT de la existencia de enfermedades psíquicas? ¿La duración de la IT es mayor en aquellos pacientes con enfermedades crónicas del aparato locomotor? ¿El tiempo de duración de la IT depende de la edad de los pacientes? Se obtuvieron los siguientes resultados.

RESULTADOS

En el período de estudio se tramitaron en nuestro centro 6.047 IT, representando la lumbalgia el 4,9% del total de IT (298), lo cual no supone más que el 3,9% del total de días de IT. De los 246 pacientes, 33 pacientes (13,4%) tenían dos o más episodios de IT por dolor lumbar, lo cual suponía en total 298 IT. En dichos pacientes se analizó por separado la duración media del primer episodio y del resto de los episodios; posteriormente fueron excluidos de la muestra para el análisis del resto de las variables, quedando una muestra de 246 pacientes. De los 246 pacientes del estudio, 83 eran mujeres (33,7%) y 163 varones (66,3%). La media de edad encontrada fue de 39,6 años, con intervalo de confianza de (37,9-41,3). La duración media de todas las IT fue de 14,8 días, con desviación típica de 30,25. El valor de la mediana fue de 6 y el de la moda igual a 5. La duración media del primer episodio fue de 15,5 días, con desviación típica de 25,5, y la duración media del resto de los episodios repetidos fue de 17,7 días, con desviación

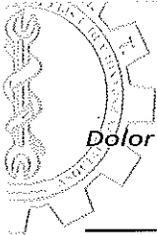


TABLA II

Parámetro	IT por dolor lumbar	
Sexo	Varones: 66,3%	Mujeres: 33,7%
Edad	39,63 ± 13,45	
Duración de todas las IT	14,77 ± 30,25	
Enfermedades a. locomotor	17,5%	
Enfermedades psíquicas	16,7%	
Patología osteoarticular	90,2%	
Alta por mejoría/curación	99,2%	

típica de 34,0. De los 246 pacientes, 205 (83,3%) no tenían enfermedad psíquica, frente a 41 pacientes (16,7%) en los que sí constaba. En lo que se refería a la existencia de enfermedades crónicas del aparato locomotor, 203 pacientes (82,5%) no presentaban dicho antecedente frente a 43 pacientes (17,5%) que sí lo presentaban. El siguiente parámetro analizado fue la duración de la IT. De los 246 pacientes, en 196 (79,7%) la duración del IT era igual o menor de 15 días; en los 50 pacientes restantes (20,3%) superaba los 15 días. En cuanto al motivo de alta, en la mayoría de los partes de alta constaba el motivo mejoría/curación, lo que traducido en términos

numéricos supone el 99,2% de los casos. Dos pacientes obtuvieron la incapacidad permanente. El último dato analizado fue el diagnóstico final de nuestros pacientes; de los 246 que fueron analizados, en 222 (90,2%) el DL se atribuía a causas de origen mecánico, principalmente patología osteoarticular o tendinosa. En dos pacientes (0,8%) se observó patología inflamatoria como responsable del DL. En el resto, el cuadro se atribuía a otras causas, entre las que se encontraba mayoritariamente la patología neuroquirúrgica (hernia discal). Los datos descriptivos referentes a los parámetros comentados se recogen en la **Tabla II**. En la segunda parte del estudio se correla-

cionaron distintas variables entre los grupos de duración superior o inferior a 15 días. No se encontró significación estadística entre el sexo y la mayor duración de la IT, así como tampoco fueron encontradas asociaciones significativas cuando se correlacionó la duración de la IT con la existencia o no de enfermedades crónicas del aparato locomotor o cuando se intentó correlacionar con la existencia de enfermedad psíquica. Sí se encontró asociación estadísticamente significativa cuando se correlacionó la duración de todas las IT con la edad de los pacientes. Se establecieron dos grupos de edad: menor o igual a 45 años y mayor de 45 años. En el primer grupo, la duración media de la IT fue de 11,17 días, frente a 20,75 días en el segundo grupo de edad ($p = 0,035$). Los datos del análisis estadístico se recogen en la **Tabla III**.

DISCUSIÓN

El DL es un cuadro al que con frecuencia nos enfrentamos en nuestra práctica médica diaria. Se trata de un motivo de IT común, que a veces se prolonga más de lo necesario. En la mayoría de las guías de práctica clínica^(1,2,4) se recomienda reiniciar tan pronto como sea posible la actividad física y laboral, ya que no existe evidencia de que el reposo prolongado acorte la duración del cuadro. Es conocido que la lumbalgia es más frecuente en varones que en mujeres. En nuestro estudio encontramos un predominio del

TABLA III

Parámetro	Duración de IT menor o igual a 15 días	Duración de IT mayor de 15 días	Significación estadística
Edad mayor de 45 años	79,7% o 79,2% (todos)	20,3% o 20,8% (todos)	$p = 0,035$
Sexo	Mujeres: 30,6%	Mujeres: 46%	$p = 0,059$
Enfermedad psíquica	15,3%	22,0%	$p = 0,257$
Enfermedad aparato locomotor	15,3%	26,0%	$p = 0,076$



sexo masculino frente al femenino. Este hecho no puede ser aplicado a toda la población, ya que la muestra es demasiado pequeña como para ser representativa y, además, faltan datos sobre el porcentaje de varones y mujeres que trabajan en nuestra población. La media de edad de nuestros pacientes no discrepa con la encontrada en la bibliografía revisada⁽⁵⁾. Hemos intentado establecer la asociación entre enfermedades psíquicas y duración de IT por DL, pero en nuestro estudio no encontramos datos significativos al respecto; en la bibliografía revisada no hemos hallado estudios que demuestren esta asociación⁽⁶⁾, si bien existen varias revisiones y guías de práctica médica en las que se analizan los factores psicológicos que influirían en la evolución a la cronicidad del DL agudo^(4,7) aunque se concluye que son necesarios más estudios prospectivos al respecto. En algunos estudios se menciona también que un alto grado de satisfacción en el trabajo y una buena relación con los compañeros afecta de modo favorable a la duración de la IT^(1,8). Se cuantificó el número de pacientes en situación de IT por DL que tenían antecedentes de patología del aparato locomotor, pero los resultados encontrados no fueron significativos. Tampoco respecto a este hecho hemos encontrado nada relevante publicado. En cuanto a la duración, en días, de la IT por DL, nuestros resultados coinciden con los de los estudios publicados a este respecto en nuestro país^(2,9) y no distan de las recomendaciones de las guías sobre IT en nuestro medio. En muchas ocasiones no es fácil constatar que el episodio que ha generado la IT sea el primer episodio de DL del paciente, y es posible que haya presentado cuadros de DL lumbar en los que la ausencia del trabajo haya sido justificada con otro documento diferente al formato oficial informatizado de IT, que ha sido el único analizado en nuestro estudio. Coincidiendo con

los datos que apuntan a la benignidad de los episodios de dolor lumbar, casi todos nuestros pacientes fueron dados de alta por mejoría/curación. En la bibliografía que hemos consultado no hemos encontrado ningún artículo publicado que trate este aspecto. En nuestra muestra predominaba la patología osteoarticular y tendinosa como responsable del DL. Este hecho coincide, asimismo, con todas las series consultadas.

Hemos encontrado pocos artículos que analicen la duración de la IT en la lumbalgia. Se realizó una búsqueda en el Índice Médico Español con las palabras clave *incapacidad temporal* y *dolor lumbar*, y en Pub Med con las palabras clave *sick leave* y *low back pain*, encontrándose dos artículos similares al nuestro: uno realizado en nuestro país, pero con datos agregados de todo el territorio nacional⁽⁹⁾, y otro realizado en Noruega⁽¹⁰⁾, en el que se incluye el análisis conjunto de la lumbalgia (código L03 de la CIAP) y cialgia o dolor lumbar irradiado (código L86). Nosotros decidimos excluir este código por presentar unas características clínicas y evolutivas muy distintas de las aquí analizadas.

CONCLUSIONES

- Existencia de un predominio del sexo masculino frente al femenino, si bien nuestros datos no permiten extrapolar resultados.
- La situación de IT por este motivo predomina en edades medias de la vida (alrededor de los 40 años).
- La edad parece ser el único factor asociado a la duración del episodio: se prolonga más en los mayores de 45 años.
- La coexistencia de enfermedades psiquiátricas o de aparato locomotor no parecen afectar a la duración de la IT por lumbalgia.
- En nuestra muestra la duración media de la IT, aproximadamente 15 días, parece adecuada para el caso que nos ocupa: el DL agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Dono MP, Louro González A. Lumbalgia. Guías Clínicas 2002; 2 (15). Fistera.
<http://www.fistera.com/guias2/lumbalgia.htm> [Consulta 21 de octubre de 2002]
2. The College Of Physicians and Surgeons of Manitoba. Management of Acute Lower Back Pain. Guidelines and Statements.
<http://www.umanitoba.ca/colleges/cps/Guidelines and Statements/343.html> [Consulta 23 de octubre de 2002]
3. Instituto Nacional de la Salud. Lumbalgia. En: Instituto Nacional de la Salud. Manual de Gestión de Incapacidad Temporal. Madrid: Instituto Nacional de la Salud 1998: 344-349.
4. Gow P, Griffiths R, Grimes P, Kendall N, McNaughton H, Nicholson R. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. New Zealand Guidelines Group.
http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/Backpain1/index.cfm [Consulta 12 de septiembre de 2002].
5. Martín Lascuevas P, Ballina García FJ, Hernández Mejía C, Cueto Espinar A. Lumbalgia e incapacidad laboral. Epidemiología y prevención. Atención Primaria 1995 diciembre; 16 (10): 641-646.
6. Dickens C, Jayson M, Creed F. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. Psychosomatics 2002 enero-febrero; 43 (1): 42-48.
7. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 2002; 27 (5): E 109-120.
8. Williams RA, Pruitt SD, Doctor JN, Epping-Jordan JE, Wahlgren DR, Grant I, et al. The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. Arch Phys Med Rehabil 1998 abril; 79 (4): 366-374.
9. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000; 114: 491-492.
10. Hagen KB, Thune O. Work Incapacity From Low Back Pain in the General Population. Spine 1998; 23 (19): 2091-2095.



PERFIL PSICOLÓGICO, SOCIAL Y LABORAL DE UN COLECTIVO DE EMPLEADOS POSTALES AFECTADOS POR FIBROMIALGIA

M. Custal⁽¹⁾, M. Serrano^(2,4), L. Turull^(2,4), M.A. Carrión^(3,4)

⁽¹⁾Médico del trabajo. Unidad Básica de Salud. Dirección Provincial de Correos. Barcelona

⁽²⁾Enfermero del trabajo. Unidad Básica de Salud. Dirección Provincial de Correos. Barcelona

⁽³⁾Instituto Técnico de Psicología y Formación. Barcelona

⁽⁴⁾Asociación de Estudios de Prevención y Salud Laboral (AEPSAL). Barcelona

Correspondencia:

Manel Fernández

Unidad Básica de Salud. Dirección Provincial de Correos. Barcelona

cf Àngel Baixeres, s/n – puerta D, 3.ª planta. 08070 Barcelona

e-mail: manel.fernandez@correos.es

El objetivo de este estudio es establecer rasgos psicológicos, sociales y laborales de un colectivo de empleados postales afectados por fibromialgia. A partir de diferentes fuentes de información, se identificó un colectivo de 25 empleados (23 mujeres y 2 hombres) diagnosticados de fibromialgia. Para valorar su perfil psicológico, los individuos fueron invitados a contestar el cuestionario de personalidad EPQ-A de Eysenk. Para el perfil social y laboral, se siguió un estudio de casos y controles en el que participaron 22 empleados (18 mujeres y 2 hombres) y en el que se estudió el comportamiento de diferentes variables sobre vida social, vida laboral, relación laboral, condiciones de trabajo, inestabilidad e incapacidad laboral, recogidas en un formulario. Procesados los cuestionarios EPQ de las 15 mujeres que lo contestaron, se encontró una puntuación media en la escala p = dureza de 10,20, significativamente más alta que en la población general de mujeres. Procesado el formulario, no se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en el bloque de variables sociales, pero sí en los grupos de Relación laboral (mayor precariedad), Condiciones de trabajo (aislamiento de los lugares de atención al público) e Incapacidad laboral (mayor número de días de IT, reclasificaciones e invalidez), del bloque de variables laborales. Concluye el estudio destacando diferencias significativas entre el rasgo dureza de personalidad, así como mayor precariedad laboral en el colectivo estudiado, y proponiendo la realización de más estudios de personalidad y de condiciones de trabajo en los colectivos de personas con fibromialgia, dada la carencia de una etiología objetivable del síndrome y la posibilidad de que éste pueda venir determinado por estresores como la personalidad o las condiciones de trabajo.

Palabras clave: Fibromialgia, fatiga crónica, psicológico, social, laboral, postal.

PSYCHOLOGICAL, SOCIAL AND LABOUR PROFILE OF A POPULATION OF POSTAL WORKERS WITH FIBROMYALGIA

The aim of the present study was to assess and determine the psychological, social and occupational features of a population of postal workers with fibromyalgia. Using a number of information sources, a group of 25 postal employees (23 females and 2 males) with a diagnosis of fibromyalgia was identified. For the assessment of their psychological profile, all of them were invited to complete the Eysenk EPQ-A personality questionnaire. For the assessment of the social and occupational profiles a case-control study was performed in which 22 employees (18 females, 2 males) participated and in which the impact of a number of variables on social life, occupational life, occupational relations, occupational conditions, occupational instability and occupational disability were assessed and recorded in a pre-established form. After processing the EPQ questionnaires of the 15 females who did answer them, the mean score in the P scale (hardness) was found to be 10.20, significantly higher than in the general female population. The pre-established form did not disclose significant differences between cases and controls in the "social variables" block, but did so in the following groups: occupational relations (greater precariousness), occupational conditions (less attention-to-the-public services) and occupational disability (greater number of days of sick leave, occupational relocations and disabilities). The study underscores statistically significant differences in the "hardness" personality trait as well as a greater occupational precariousness in the studied population, and suggests further personality and occupational conditions studies among fibromyalgia populations, considering that the syndrome has no definable aetiology and because of the possibility that it may be triggered by stressor factors such as personality and/or working conditions.

Key words: Fibromyalgia, chronic fatigue, psychological, social and occupational profiles.



La fibromialgia, reumatismo de partes blandas de etiología desconocida, es una enfermedad compleja que, por su amplia sintomatología, puede afectar a los pacientes en el ámbito físico, psicológico y social y acabar desarrollando situaciones invalidantes^(1,2).

Fue reconocida y tipificada en 1992 por la OMS en la décima revisión del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0.

La prevalencia en la población general española, según el estudio EPISER⁽³⁾, que utiliza los criterios del *American College of Rheumatology* (ACR), es del 2,37% (4,2% en el género femenino y 0,2 en el masculino). Se trata, pues, de la primera causa de dolor músculo-esquelético generalizado, que genera una amplia demanda de asistencia sanitaria, tanto en consultas externas de reumatología (15 a 20%) como de asistencia primaria (5-7%)⁽⁴⁾.

En 1990, el ACR, en un estudio multicéntrico, estableció los siguientes criterios diagnósticos⁽⁵⁾: a) Historia de dolor generalizado de más de 3 meses de evolución; y b) palpación dolorosa de once puntos (*tender points*) sobre dieciocho establecidos, que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de niveles más bajos.

Clínicamente, destaca como síntoma clave en el 100% de estos pacientes el dolor muscular. Siguen a continuación, entre otros, la fatiga, la rigidez, el sueño no reparador, la cefalea y, en menor porcentaje, las parestesias, el síndrome de las piernas inquietas, los fallos de memoria, las dificultades de concentración, la ansiedad, la depresión y el colon irritable.

La normalidad en las pruebas analíticas y complementarias de imagen dificulta la objetivación de su diagnóstico, evolución y valoración del grado de incapacidad. Asimismo, la eficacia del tratamiento

a corto y medio plazo suele ser parcial.

La afectación de la calidad de vida^(7,8) y su repercusión en el medio laboral han sido ampliamente evidenciadas⁽⁹⁾. Asimismo, junto con la discapacidad provocada por el dolor, intervendrían también factores emocionales, cognitivos y conientales⁽¹⁰⁾.

Por todo ello, nos encontramos ante una patología que ha sugerido a diversos autores complementar su enfoque biomédico con una aproximación psicosocial que permita conocer con mayor precisión aspectos psicológicos, sociales y laborales asociados, con la finalidad de mejorar el conocimiento de su naturaleza y etiopatogenia, condicionamientos y adaptaciones individuales⁽¹⁰⁻¹³⁾.

OBJETIVO

Establecer rasgos de perfil psicológico, social y laboral en un colectivo de empleados postales afectados por fibromialgia.

METODOLOGÍA

Para realizar el estudio de estos perfiles, se emprendió un proceso de identificación de empleados afectados por fibromialgia, considerando como candidatos a incorporarse al estudio a los empleados diagnosticados de este síndrome por un especialista en los últimos dos años, identificación que fue dirigida a diferentes fuentes de actividad de nuestra Unidad Básica de Salud (asistencia sanitaria, vigilancia de la salud y control de incapacidades), así como al archivo informatizado de procesos de incapacidad transitoria (IT) de nuestro software en salud laboral, MEDTRA-SEDTRA, en el cual la IT se registra a partir de la codificación del sistema de clasificación internacional CIE-9. Dadas las múltiples posibilidades de etiquetar los brotes de IT en la fibromialgia, la identificación en dicho archivo

informático fue a través de su buscador QUERY y a partir de los epígrafes "fibromialgia", "artralgia", "poliartralgia", "mialgia", "contractura muscular" y "síndrome de fatiga crónica".

Como resultado de dichas detecciones, identificamos y registramos una población de estudio compuesta por un colectivo de 25 empleados postales, veintitrés de ellos mujeres y dos hombres.

Para el estudio del perfil psicológico, se determinó la realización de un test de personalidad a los individuos de la población de estudio, así como el análisis del contraste entre los estadísticos del test en este colectivo y en la población general. En la práctica, el personal de enfermería contactó telefónica o personalmente con todos los individuos afectados y les convidó a contestar el cuestionario de personalidad de adultos EPQ-A de H. Eysenk en su versión española, en el que se contemplan cuatro escalas (N = inestabilidad, E = extroversión, P = dureza, S = sinceridad). La valoración individual del test fue realizada a partir de las instrucciones del correspondiente manual del test, y la colectiva mediante el contraste entre los parámetros del grupo que lo contestaron (15 empleados de género femenino) y los de la población general de mujeres, por estimación de los intervalos de confianza.

Para el análisis de los aspectos sociales y laborales, se determinó realizar un estudio de casos y controles, en el que se analizaron las diferencias estadísticas entre los parámetros de exposición de diferentes variables de tipo social y laboral, entre el grupo de empleados identificados como fibromiálgicos y un grupo de control.

Para la realización del estudio, el equipo de trabajo preparó un formulario que reunió unos bloques de ítems de tipo personal, social y laboral, que presentamos en la

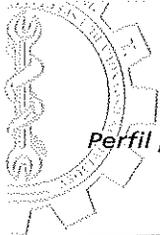


TABLA I
CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIOLABORAL EN FIBROMIALGIA

Nº	Variable	Tipos	Categorías
PERSONALES			
1	Edad	cuantitativa	
2	Género	cualitativa	1: Hombre, 2: Mujer
SOCIALES			
3	Nivel de estudios	cualitativa	1: Elementales, 2: Secundarios, 3: Medios, 4: Superiores
4	Estado civil	cualitativa	1: Casados, 2: Solteros, 3: Viudos, 4: Separados, 5: Otros
5	Nº hijos	cuantitativa	
6	Tipo de domicilio	cualitativa	1: Conyugal, 2: Familiar, 3: Compartido, 4: Individual, 5: Residencia, 6: Otros
7	Nº personas en domicilio	cuantitativa	
8	Nº cambios de pareja	cuantitativa	
9	Nº cambios de domicilio	cuantitativa	
LABORALES			
Vida laboral			
26	Años de trabajo	cuantitativa	
27	Nº cambios de empresa	cuantitativa	
Relación laboral			
10	Relación contractual	cualitativa	1: Funcionario, 2: Laboral fijo, 3: Eventual
17	Estabilidad puesto de trabajo	cualitativa	1: Puesto definitivo, 2: Puesto provisional
11	Categoría laboral	cualitativa	1: Ejecutivos, gestores y asimilados, 2: Distribuidores, 3: Ayudantes y asimilados
21	Nº de años en la empresa	cuantitativa	
Condiciones de trabajo			
16	Tipos de puesto de trabajo	cualitativa	1: Atención al público, 2: Servicio interior, 3: Público + interior, 4: Aislado, 5: Otros
18	Turno de trabajo	cualitativa	1: Mañana, 2: Tarde, 3: Noche
28	Nº personas en centro de trabajo	cuantitativa	
15	Localización centro de trabajo	cualitativa	1: Misma localidad, 2: Otra localidad menos 10 km, 3: Otra localidad más 10 km
Inestabilidad laboral			
19	Nº cambios centro trabajo	cuantitativa	
20	Nº cambios puesto trabajo	cuantitativa	
Incapacidad laboral			
22	Nº procesos de IT	cuantitativa	
23	Nº días IT en dos años	cuantitativa	
24	Nº expedientes reclasificación	cuantitativa	
25	Situación invalidez laboral	cualitativa	1: En tramite, 2: Aprobada, 3: Rechazada, 4: No tramitada

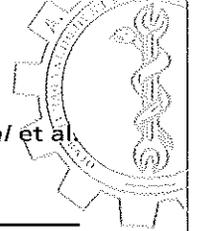


TABLA II
ESTADÍSTICOS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS DE PERFIL SOCIAL DE FIBROMIALGIA

Nº	Variable	Media	Mediana	Moda	σ	P ₅₀
5	Nº hijos	0,90	1	0	0,97	1
7	Nº personas en el domicilio	3,15	3	3	0,81	3
9	Nº cambios de domicilio	1,53	1	1	1,07	1

Tabla I. Los datos de algunas de estas variables podían obtenerse de los datos obrantes en los archivos de la Unidad Básica, pero otros había que obtenerlos de la encuesta de los propios interesados.

Seguidamente, se constituyó la población de casos solicitando la participación en el estudio a todos los individuos identificados, que fue aceptada por veinte de ellos (18 mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 44 años y una media de diagnóstico de la fibromialgia a los 41 años), y se seleccionó un grupo de control con otros veinte empleados postales aparejados a los casos con las mismas características demográficas y laborales. Una vez concretadas las dos poblaciones, se localizaron sus datos en los correspondientes archivos y se les consultó por parte de enfermería sobre el resto de datos del formulario. Ante las reticencias de los interesados a responder la variable 8 (Número de cambios de pareja), se determinó eliminarla del estudio.

Para el estudio de las diferencias de exposición entre ambos grupos, se registraron los datos de los formularios en una matriz de datos del *software* estadístico SPSS y, mediante este *software*, para las variables cuantitativas se determinó el análisis de las varianzas a través de la T de Student, y para las cualitativas se realizaron pruebas de homogeneidad a través de la Chi cuadrado. El nivel de significación asumido en ambos tipos de análisis fue del 5%.

RESULTADOS

Registrado y procesado el test de personalidad de los quince empleados que participaron en esta parte del estudio, se encontró una media de puntuación de 11,93 en la escala N (dureza) del EPQ-A; de 11,13 en la E; de 10,20 en la D; y de 20,2 en la S.

De estos estadísticos, solamente se encontraron diferencias significativas, con un nivel de confianza del 95% y con los de la población de mujeres adultas, en los de la escala P, que presenta en esta población una media de 2,21, una σ de 2,36 y un intervalo de confianza de -2,42 a 6,84.

Con respecto al análisis del perfil social, en la **Tabla II** presentamos las medias aritméticas, las medianas, las modas, las desviaciones típicas y los percentiles 50 de las correspondientes variables cuantitativas (5: número de hijos, 7: número de personas en el domicilio y 9: número de cambios de domicilio), mientras que en las gráficas en forma de tarta, desde la una hasta la tres, se encuentran las distribuciones de las categorías de las variables cualitativas (3: nivel de estudios, 4: estado civil y 6: tipos de domicilio).

En este análisis no hemos encontrado diferencias estadísticas significativas al 95% de probabilidad en ninguna de las variables cuantitativas o cualitativas entre los casos y controles. Solamente hemos encontrado diferencias casi significativas, que lo son al 82%, en la variable cualitativa 3 (Nivel

de estudios), que es ostensiblemente inferior en el grupo de casos (8 individuos los poseen elementales, 9 secundarios, 3 medios y 0 superiores) frente al de los controles (3 elementales, 10 secundarios, 5 medios y 2 superiores).

En cuanto al análisis del perfil laboral, en la **Tabla III** presentamos las medias aritméticas, las medianas, las modas, las desviaciones típicas y los percentiles 50 de las correspondientes variables cuantitativas (26: número de años de trabajo fuera de casa, 27: número de cambios de empresa, 21: número de años de trabajo en la empresa, 28: número de personas en el centro de trabajo, 19: número de cambios de centro de trabajo, 20: número de cambios de puesto de trabajo, 22: número de procesos de IT en los dos últimos años, 23: número de días de IT en los dos últimos años y 24: número de expedientes de reclasificación por motivos de salud). Asimismo, en las **gráficas** de tarta, desde la cuatro hasta la diez, representamos las distribuciones de categorías de las variables cualitativas (10: relación contractual, 17: estabilidad del puesto de trabajo, 11: categoría laboral, 16: tipo de puesto de trabajo, 18: turno de trabajo, 15: localización del centro de trabajo y 25: situación de la invalidez permanente).

En este análisis, con respecto a las variables cuantitativas, hemos encontrado diferencias significativas al 95% de probabilidad en las variables: 21: número de años de trabajo en la empresa (12,4 años



TABLA III
ESTADÍSTICOS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS DE PERFIL LABORAL DE FIBROMIALGIA

Nº	Variable	Media	Mediana	Moda	σ	P ₅₀
26	Años de trabajo	24,60	27	25, 27, 32, 34	0,86	27,0
27	Nº cambios de empresa	2,30	2	2	2,00	2,0
21	Nº años en la empresa	12,38	12	8, 12	7,13	12,0
28	Nº personas en centro trabajo	17,83	11,5	—	17,18	11,5
19	Nº de cambios centro trabajo	1,74	0	0	2,30	0,0
20	Nº de cambios puesto trabajo	1,85	1	1	1,79	1,0
22	Nº procesos de IT	4,00	4	5	2,27	4,0
23	Nº días IT en dos años	332,50	337	—	211,40	337,0
24	Nº expedientes reclasificación	0,90	0	0	1,41	0,0

en casos frente a 19 en controles); 23: número de días de IT en los dos últimos años (332 en casos frente a 70 en controles) y 24: número de expedientes de reclasificación (0,9 en casos frente a 0,5 en controles).

Con respecto a las cualitativas, hemos encontrado diferencias significativas al 95% de probabilidad en las variables: 10: relación contractual (mayor eventualidad en casos que en controles), 17: estabilidad del puesto de trabajo (mayor provisionalidad en casos que en controles), 11: categoría laboral (mayor presencia de categorías inferiores en casos que en controles), 16: tipo de puesto de trabajo (menor población de atención al público en casos que en controles) y 25: situación de la invalidez (mayor proporción de propuestas de jubilación en fibromiálgicos que en controles). En el supuesto de la variable 15 (Localización del centro de trabajo), las diferencias casi son significativas ($p = 0,057$), en el sentido de encontrar mayor proporción de empleados residentes en poblaciones a más de 10 km del centro de trabajo en casos que en controles.

DISCUSIÓN

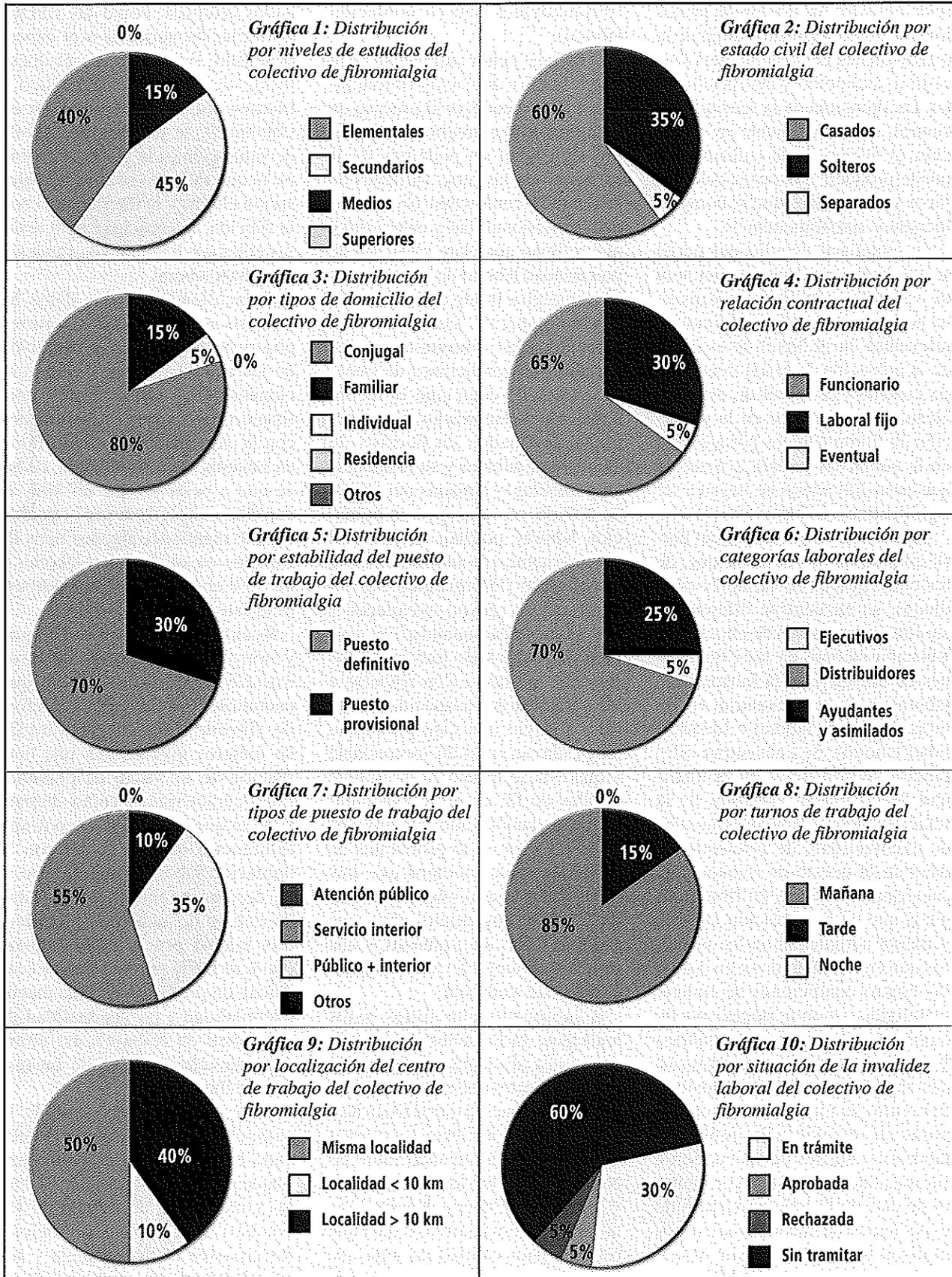
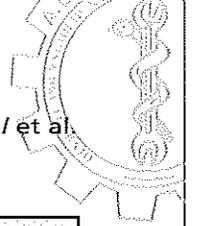
Antes de comentar los resultados de nuestro estudio, procede decir

que partimos de una población de estudio que es obvio que en ningún caso puede ser considerada como representativa de la población fibromiálgica postal, dado que el procedimiento de selección no ha sido completamente aleatorio; pero también que esta falta de aleatoriedad y representatividad no desvirtúa los resultados encontrados, dado que estamos ante un estudio analítico en el que sus objetivos son estudiar el comportamiento de determinadas variables en una población fibromiálgica laboral, y no ante un estudio descriptivo de las variables de la población fibromiálgica laboral. A pesar de ello, los estadísticos poblacionales (género y edad) de nuestra población de estudio se ajustan suficientemente a los parámetros epidemiológicos de prevalencia de este síndrome⁽³⁾.

Con respecto, pues, al estudio del perfil psicológico, hemos de decir que el estudio refleja, de una manera categórica en la población fibromiálgica estudiada, el rasgo de personalidad "dureza", dada su significación estadística, y una media de puntuación centil en esta escala de la muestra del 98,33, que supone que el 98,33% de los individuos ha obtenido una puntuación similar en la escala. Las personas que pun-

túan alto en la escala P presentan tendencia a la soledad y pueden mostrarse poco preocupadas y sensibles hacia los demás. La empatía, los sentimientos de culpabilidad o la sensibilidad hacia los demás no forman parte de sus características habituales de personalidad. Pueden presentar problemas de conducta, dado que son personas emocionalmente "duras".

La asociación de la fibromialgia con alteraciones psicopatológicas ha sido motivo frecuente de estudio, dado que un 30% de estos pacientes presentan trastornos de ansiedad y cuadros depresivos⁽³⁾, pero no con los rasgos de personalidad. Su relación con el grupo de enfermedades del espectro afectivo se encuentra en proceso de revisión, dado que la respuesta de este síndrome al tratamiento antidepressivo es habitualmente parcial. Bennet⁽¹⁵⁾ indica que un 30% de sus enfermos presentan depresión en el momento en que acuden a su consulta y un 60% en algún momento de su historia clínica. Los datos de ansiedad y depresión autovalorados (62 y 34% respectivamente) son similares en frecuencia a los de otras enfermedades que cursan con dolor crónico⁽⁶⁾. Por su parte, Rotés-Querol considera la



relación entre los trastornos psicológicos como trastornos dinámicos o funcionales del sistema nervioso central, autónomo y neuroendocrino. La alteración de la sensibilidad central, que actualmente se considera el núcleo de la enfermedad, puede producir trastornos psicológicos y funcionales que se complementan y autoalimentan⁽¹⁶⁾.

En cuanto al estudio del perfil social, hemos de decir que del *pool* de variables estudiadas solamente hemos encontrado diferencias relevantes en el Nivel de estudios de la población de casos frente a la de controles (el nivel de estudios alcanzado es inferior en la población de fibromiálgicos postales que en la población postal), a pesar de que estas diferencias no llegan a ser significativas al 95%.

Por último, en el estudio del perfil laboral, hemos de decir que, de los cinco grupos de variables estudiadas, se encuentran diferencias significativas en tres de ellos (en la Relación laboral, en las Condiciones de trabajo y en la Incapacidad laboral) y no se encuentran en las otras dos (Vida laboral e Inestabilidad laboral). Se encuentran diferencias significativas en la totalidad de las cuatro variables de la relación laboral (mayores niveles de eventualidad, de provisionalidad en el puesto de trabajo y de categorías inferiores en fibromiálgicos que en la población laboral, y menor antigüedad en los primeros que en los segundos); en dos de las cuatro condiciones de trabajo estudiadas (menor población de empleados de atención al público y mayor de residentes en poblaciones alejadas más de 10 kilómetros del centro de trabajo, en fibromiálgicos en relación a la población laboral); y en tres de las cuatro de Incapacidad laboral (mayor número de días de IT, mayor número de expedientes de reclasificación por motivos de salud y mayor número de propuestas de invalidez en

fibromiálgicos que en población laboral).

Si bien la menor antigüedad en la empresa de la población fibromiálgica podría obedecer al proceso de depuración por invalidez del propio síndrome, no podemos decir lo mismo de las otras variables de la relación contractual (eventualidad, provisionalidad y categorías), que reflejan una clara situación de precariedad laboral de la población fibromiálgica frente a la población laboral general. Asimismo, con respecto a las diferencias en las variables de condiciones de trabajo, hemos de decir que la menor población de empleados fibromiálgicos destinados en puestos de atención al público y su residencia en poblaciones alejadas del centro de trabajo, en relación a la población laboral, podrían obedecer al proceso natural de adaptación entre el colectivo fibromiálgico (menor capacitación, mayor precariedad y dureza en la personalidad) al abandono de puestos de trabajo de los servicios postales. Con respecto a las variables de Incapacidad laboral, es obvio que esta población tenga mayor nivel de incapacidad y que ésta se refleje en el número de días de IT, en el de expedientes de reclasificación por motivos de salud y en el de propuestas de invalidez, pero creemos que hay que señalar el alto número de días de IT en los dos últimos años, que es de 331 días de promedio, y que refleja una muy elevada incapacidad de este síndrome.

Relacionado con todos estos hallazgos, varios autores^(1,2,14) indican que la afectación de la calidad de vida de estos pacientes se extiende desde la funcionalidad física hasta la actividad intelectual y el estado emocional, influyendo sobre las actividades de la vida diaria, social y la capacidad laboral. Kaplan⁽⁷⁾, en un estudio comparativo, indica que refieren peor calidad de vida que la de otros pacientes con enferme-

dades crónicas, como las EPOC, la fibrilación auricular o el cáncer avanzado. Asimismo, en el documento de consenso diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña⁽¹⁾, se propone una escala de valoración de la afectación vital, en la que influyen escalas de valoración clínica y la interferencia con la función, la capacidad para realizar el trabajo habitual y la situación de la baja laboral.

Coincidiendo con los datos de nuestro estudio, varios autores observan también mayor duración de las bajas laborales y peor funcionalidad^(9,19). Henriksson⁽¹⁸⁾, analizando los factores relacionados con la capacidad laboral transitoria en mujeres con fibromialgia, deduce que a pesar de que un 80% se considera capacitada para trabajar, el 58% manifiesta algunos tipos de cambios en su situación laboral, y un 33% considera que el síndrome es la causa de su baja laboral.

Resumiendo estos hallazgos y correlaciones con las de otros estudios, podríamos decir que encontramos en nuestro colectivo de fibromialgia un predominio de mujeres jóvenes con una desviación en un rasgo de personalidad caracterizado como dureza, y en el que no hemos encontrado diferencias de tipo social con la población laboral general, pero sí un desplazamiento de los puestos de trabajo de atención al público, una mayor precariedad laboral (caracterizada por una menor cualificación profesional y una mayor eventualidad y provisionalidad de su puesto de trabajo), así como unos elevados índices de incapacidad laboral.

Ante estos perfiles, y dada la carencia de una etiología objetivada en este síndrome, podríamos plantearnos la dualidad de si son las condiciones de trabajo desfavorables las que pueden propiciar los procesos de fibromialgia y sus consecuencias (incapacidad, inva-



lidez, fibromialgia, alteración de la personalidad), o si bien son estos perfiles de personalidad los que pueden determinar una menor competencia social y, en consecuencia, un inferior estatus laboral.

CONCLUSIONES

En síntesis, de los análisis desarrollados en nuestra población de estudio con fibromialgia se deduce que estamos ante un colectivo en el que predominan los individuos del género femenino –condición que ya ha sido establecida en otros estudios– y en el que encontramos una dureza en la personalidad, un inferior nivel de cualificación, un estado de precariedad laboral, un aislamiento de los puestos de atención al público y un alto nivel de incapacidad laboral.

Dada la circunstancia de que nos encontramos ante un síndrome con una sintomatología muy compleja y unas consecuencias de salud muy importantes para las personas que lo padecen, pero sin una etiología objetivable, creemos que sería lícito profundizar en el estudio de los rasgos de personalidad y en las condiciones laborales, como posibles factores estresores desencadenantes de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, Peri JM, Cots JM. Document de consens sobre el diagnòstic y tractament de la fibromialgia en Catalunya. *Medicina Clínica*. Barcelona 2002; 118: 745-749.
2. Leza JC. Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista de Neurología* 2003; 36: 1165-1175.
3. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen). *Revista Española de Reumatología* 2000; 27: 157.
4. Rúa-Figueroa I, Erausquin C, Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Rodríguez Lozano C. Reumatología ambulatoria y hospitalaria unificadas: un año de experiencia en estratificación de consultas. *Revista Española de Reumatología* 1999; 26: 297-303.
5. Wolfe F. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.
6. Bennett RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis Rheumatic* 1996; 39: 1627-1637.
7. Kaplan RM, Schmidt SM, Cronan T. Qualitativaity of well being in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000; 27 (3): 76-83.
8. Burckhardt C, Clark S, Bennett RM. Fibromyalgia and Qualitativaity of life: a comparative analysis. *J Rheumatol* 1996; 20: 475-479.
9. Wolfe F, Anderson J, et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24 (6): 1171-1178.
10. Soriano E, Gellado MJ, Girona MR. Fibromialgia: un diagnóstico ceniencia. *Atencion Primaria* 2000; 26: 415-418.
11. Goldenberg DL, et al. A model to asses severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1995; 22: 2313.
12. Atmetilla J, Babi P. ¿Debemos apresurarnos a diagnosticar la fibromialgia? *Atención Primaria* 2001; 27: 288.
13. Moreno I, Montaña A. Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología* 2000; 27 (10); 436-441.
14. White KP, Speechley M, Hart M, Ostbye T. Comparing self reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus control in London, Ontario. The London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis Rheum* 1999 Jan; 42 (1): 76-83.
15. Bennett RM. Rational management of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28: 13-15.
16. Rotés-Querol J. La fibromialgia en el año 2002. *Revista Española de Reumatología* 2003; 30 (4): 145-149.
17. Goldenberg DL. Office management of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28: 437-446.
18. Henriksson C, Lidberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000 May; 27 (5): 1271-1276.
19. White KP, Harth M, Teasell RW. Work disability and the fibromyalgia syndrome. *Sem Arthritis Rheum* 1995 Jun; 24 (6): 371-381.
20. Liedberg GM, Henriksson CM. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: an interview study. *Arthritis Rheum* 2002 Jun; 47 (3): 266-274.
21. Assefi NP, et al. Finantial, occupational, and personal consequences of disability in patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia compared to other fatiguing conditions. *J Rheumatol* 2003 Apr; 30 (4): 804-808.

INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL EN EL TRABAJO



F.J. Ranera García-Conde⁽¹⁾, J. Coteló Vila⁽¹⁾, E. Pantoja Martínez⁽²⁾

Servicio de Prevención Ajeno Unión Museba Ibesvico (U.M.I.). Madrid

⁽¹⁾Médico Especialista en Medicina del Trabajo

⁽²⁾Diplomado Universitario en Enfermería

Correspondencia:

Dr. Javier Ranera García-Conde
SPA Unión Museba Ibesvico (UMI)
c/ Capitán Haya, 31
28020 Madrid

La elevada prevalencia de la sintomatología propia de los cambios hormonales fisiológicos que se producen durante ciclo menstrual ocasiona, con frecuencia, cierta discriminación de la población femenina en el mundo laboral. En este artículo se recoge un estudio realizado sobre 417 trabajadoras en las que se ha evaluado el impacto de estos cambios sobre el absentismo laboral y su relación con el tipo de actividad laboral, obteniéndose valores muy discretos, que en absoluto fundamentan esta actitud.

Palabras clave: Ciclo menstrual, impacto laboral, discriminación relacionada con el sexo.

INFLUENCE OF CHANGES IN THE MENSTRUAL CYCLE UPON WORK

The high prevalence of symptoms attributable to the physiological hormonal changes occurring in the course of the menstrual cycle rather often causes a certain degree of discrimination against the female population in the labour environment. We report the results of a study performed on 417 female workers in which the impact of those changes on occupational absenteeism and their relationship to the type of occupational activity were addressed. The results were discrete and do not at all warrant the said discriminative attitude.

Key words: Menstrual cycle, occupational impact, gender-related discrimination.

INTRODUCCIÓN

Aunque la menstruación produce en ocasiones el alivio de determinados síntomas en algunas mujeres, la sintomatología asociada a este proceso fisiológico, sobre todo cuando es de mayor intensidad, junto a la de otras patologías relacionadas con el ciclo menstrual femenino, pueden reflejarse en el mundo laboral.

Así, la *dismenorrea primaria*, entendida como un aumento de la sintomatología propia de la menstruación, y el *síndrome premenstrual* (SPM), como un conjunto sintomático de manifestaciones físicas y psíquicas comprendidos entre la ovulación y la menstruación, pueden tener consecuencias sobre la esfera laboral de la mujer, que es el objeto de nuestro análisis.

Se estima que entre un 80 y un 95% de las mujeres en edad fértil experimentan algún tipo de síntoma perimenstrual en sus diferentes grados⁽¹⁾, de los cuales, entre el 20 y el 40% los refieren como suaves o moderados, y entre el 2 y el 10% como severos, interfiriendo notablemente, en este último caso, con las actividades habituales de nuestra vida⁽²⁾.

DEFINICIONES

La *dismenorrea* es referida fundamentalmente como dolor pélvico de tipo cólico, ocasionado por contracciones uterinas de gran intensidad mediadas por el efecto de las prostaglandinas sobre las fibras musculares uterinas. Además, puede originar otros síntomas, como dolor

de espalda, calambres de miembros inferiores, náuseas, vómitos, etc. Cuando es causada por otra patología, como la endometriosis o la enfermedad inflamatoria pélvica, hablamos de *dismenorrea secundaria*. En estos casos, la aparición de la sintomatología suele iniciarse en la edad adulta, y las manifestaciones son más intensas y duraderas que en la *dismenorrea primaria*, aunque sus características son similares.

El *síndrome premenstrual* (SPM) es una patología de un gran polimorfismo clínico que engloba hasta 150 síntomas distintos de tipo orgánico, psíquico y/o conductual, que aparecen cíclicamente durante la fase lútea del ciclo menstrual y que desaparecen o disminuyen de forma significativa durante el resto

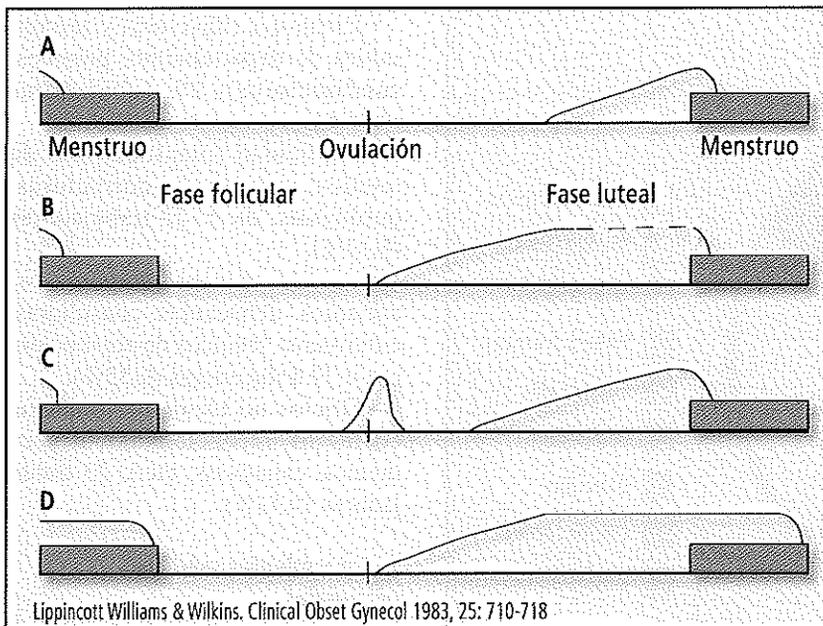


Figura 1. Modelos temporales de síntomas premenstruales en mujeres con SPM.

del ciclo menstrual (fase folicular), entre los que conviene resaltar que el dolor pélvico, que no es un síntoma requerido ni característico. Además, es necesaria la *ausencia de diagnósticos alternativos*, como anemia, enfermedades tiroideas, patología psiquiátrica, hábitos tóxicos, fármacos, etc., que expliquen el cuadro clínico.

Si estos síntomas son esencialmente de tipo afectivo, con marcada interferencia en las relaciones interpersonales, laborales, escolares, etc., se habla de un cuadro de mayor relevancia clínica: *trastorno disfórico premenstrual (PMDD, Premenstrual Dysphoric Disorder*⁽³⁾).

Otros autores han definido el SPM como un conjunto sindrómico con varios subgrupos, en función de los síntomas predominantes, indiferente de la clasificación SPM/PMDD^(4,5):

1. SPM-A (ansiedad): Tensión emocional, irritabilidad, excitación, agresividad, enfado sin motivo, dificultad de concentración y/o memoria, humor variable, insomnio.

2. SPM-C, necesidad de comer (craving): Aumento importante del apetito, deseo selectivo de ingerir

dulces, comida salada u otro tipo de comida.

3. SPM-D (depresión): Depresión, tristeza, sensibilidad, baja autoestima, sentimientos negativos, torpeza mental, cansancio.

4. SPM-H (congestión): Aumento de peso, hinchazón abdominal, tensión mamaria, edema de miembros.

5. PMS-O (otros): Cefalea, dismenorrea, cambios del ritmo intestinal, náuseas, vómitos, poliuria, palpitaciones, mareos, sofocos, sudoración fría, dolores generalizados, pesadez de piernas, calambres, acné, herpes labial, reacciones alérgicas, infecciones respiratorias frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo llevamos a cabo un estudio descriptivo transversal, durante los meses de febrero a junio de 2004, consistente en una encuesta dirigida a la población femenina de nuestro ámbito de actuación laboral dentro de la Comunidad de Madrid.

La captación se hizo entre las trabajadoras que acudieron para la realización de un reconocimiento médico laboral. Todas ellas, sin nin-

guna excepción, aceptaron contestar la encuesta, previa explicación del objetivo del estudio.

Los únicos criterios de exclusión que consideramos fueron la negativa voluntaria para la cumplimentación del cuestionario y la presencia de menopausia clínica. En principio, no consideramos como criterio de exclusión a las pacientes histerectomizadas que conservaban la función ovárica, puesto que los síntomas relacionados con el SPM no dependen de la menstruación.

Nuestra intención fue confeccionar un cuestionario sencillo y ágil, de fácil obtención, que no interfiriese demasiado con la realización de nuestras tareas habituales. Pero el diagnóstico de SPM requiere la reiteración de síntomas coincidentes con la fase lútea de ciclo menstrual, que en ocasiones no resulta de fácil asociación debido al polimorfismo de los patrones clínicos del SPM (Figura 1) y a que muchas pacientes sólo relatan los síntomas perimenstruales. Por ello, se requiere con frecuencia la realización de un diario de síntomas para su posterior comparación con el calendario menstrual. Obviamente, esto excede de nuestras posibilidades al obligarnos a revisar a las pacientes periódicamente, lo cual es inviable desde nuestro trabajo habitual.

Hemos recogido un total de 417 encuestas sucesivas de todas las trabajadoras de las diferentes empresas que acudieron a nuestro centro durante 4 meses consecutivos.

La encuesta incluía las siguientes variables:

a) Personales: edad.

b) Laborales: tipo de actividad laboral, años de permanencia en la empresa y tipo de actividad de la empresa.

c) Antecedentes personales: hábitos tóxicos y saludables (ejercicio físico, consumo de tabaco), historial y patología ginecológica, patología psiquiátrica, patología crónica.

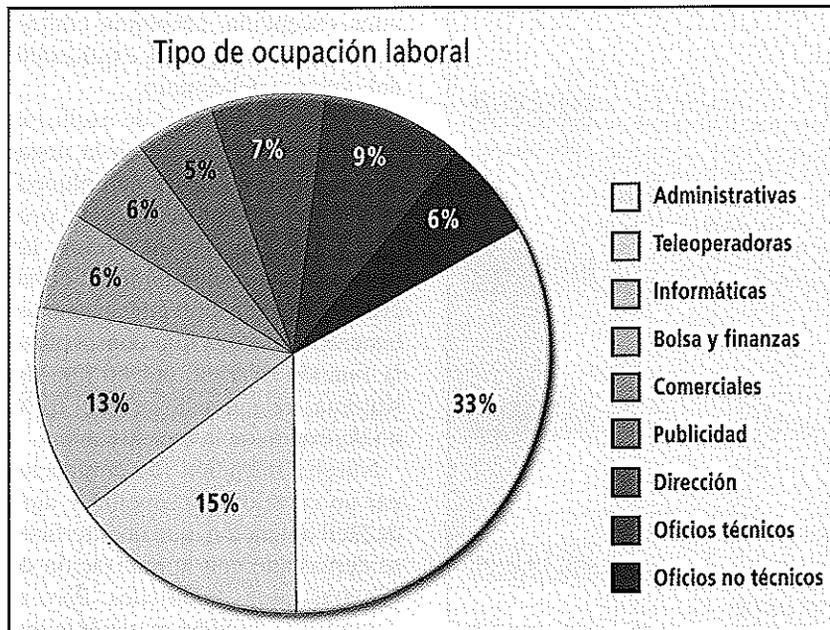


Figura 2. Distribución de los grupos de estudio.

d) Síntomas somáticos y/o conductuales relacionados con el ciclo menstrual.

e) Tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas anteriores.

f) Ausencias del trabajo motivadas con las alteraciones del ciclo menstrual.

El examen de salud comprendía, además, el resto de la anamnesis y exploraciones específicas correspondientes al motivo de la visita, entre las que se incluía un análisis básico de sangre y orina, que nos permitió descartar algunas de las patologías que podrían interferir en los resultados.

RESULTADOS

El estudio de significación estadística de cada variable se ha realizado mediante un análisis χ^2 (*chi-cuadrado*).

1. Edad

La edad media de las trabajadoras encuestadas fue $31,98 \pm 6,52$ años (rango: 20 a 51 años)

2. Variables de tipo laboral

Las trabajadoras encuestadas pertenecían a un total de 89 empresas,

todas ellas del sector servicios: banca, actividades financieras, informática, consultoría, publicidad, producción y distribución de energía, ETT, limpieza, etc.

La media de años trabajados en la empresa actual fue de $5,02 \pm 5,6$ años (rango: 0 a 30 años).

Los puestos de trabajo agrupados por actividades afines fueron (**Figura 2**):

- Trabajos de oficina (administrativos, auxiliares administrativos, secretarías y contables): 135 trabajadoras (32,37%).

- Teleoperadoras y grabadoras de datos: 60 trabajadoras (14,38%).

- Trabajos relacionados con la informática (programadoras, analistas funcionales, analistas orgánicos, operadoras, soporte informático, etc.): 56 trabajadoras (13,42%).

- Trabajos relacionados con el mundo de las finanzas (*broker*, operadores de bolsa, analistas de riesgos, analistas financieros, gestor de fondos, etc.): 26 trabajadoras (6,23%).

- Comerciales (oficiales de banca, gestores, departamento de compras, visitantes médicos, etc.): 27 trabajadoras (6,47%).

- Directoras (directores y responsables de departamento, gerentes, subdirectores): 29 trabajadoras (6,95%).

- Publicidad (planificadoras de medios, redactoras, correctoras, publicistas, etc.): 22 trabajadoras (5,27%).

- Oficios técnicos (ingenieros, auditores, delineantes, consultoras, enfermeras, técnicos de prevención, etc.): 39 trabajadoras (9,35%).

- Oficios no técnicos (limpieza, cocineros, recepcionistas, dependientes, camareras, etc.): 23 trabajadoras (5,51%).

3. Antecedentes médicos personales

Respecto al *historial obstétrico*, el número medio de gestaciones de la población a estudio referido fue de $0,68 \pm 1,09$, siendo el de nacidos vivos de $0,55 \pm 0,91$, datos muy inferiores a las cifras nacionales y provinciales. Así, el número medio de hijos por mujer para todo el territorio nacional fue de 1,26 en el año 2002 (2,80 en 1975) y de 1,31 para la Comunidad de Madrid (2,91 en 1975), y la edad media de la primera maternidad a nivel nacional fue de 29,18 años (25,24 en 1975) y de 31,35 años (28,88 años en 1975) para la Comunidad de Madrid (**Figuras 3 y 4**).

El número de mujeres que refirieron tener reglas regulares fue de 366 (87,76%), aunque de ellas 42 (11,47%) tomaban ACO como método anticonceptivo.

La frecuencia de realización de revisiones ginecológicas fue la siguiente:

- Semestrales: 31 (7,4%).
- Anuales o bianuales: 264 (63,3%).
- Esporádicas: 67 (16,0%).
- Nunca 54: (12,9%).

Son cifras muy similares a las de la Encuesta Nacional de Salud de 2001.

El número de trabajadoras que refirieron tener algún tipo de patología ginecológica fue de 52

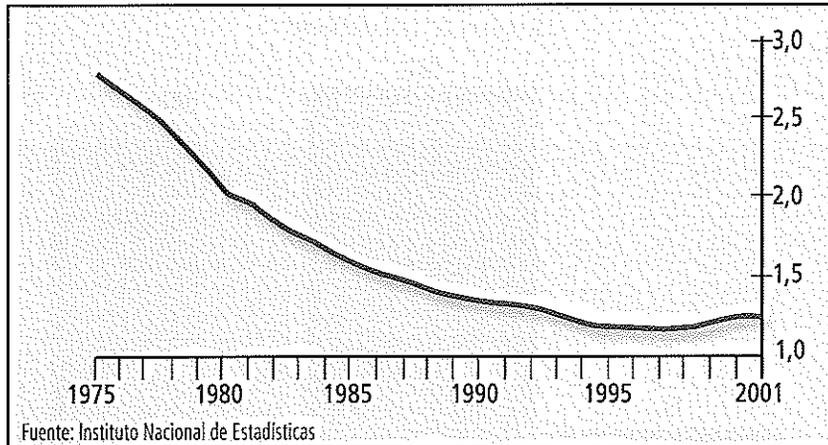


Figura 3. Evolución del número medio de hijos por mujer.

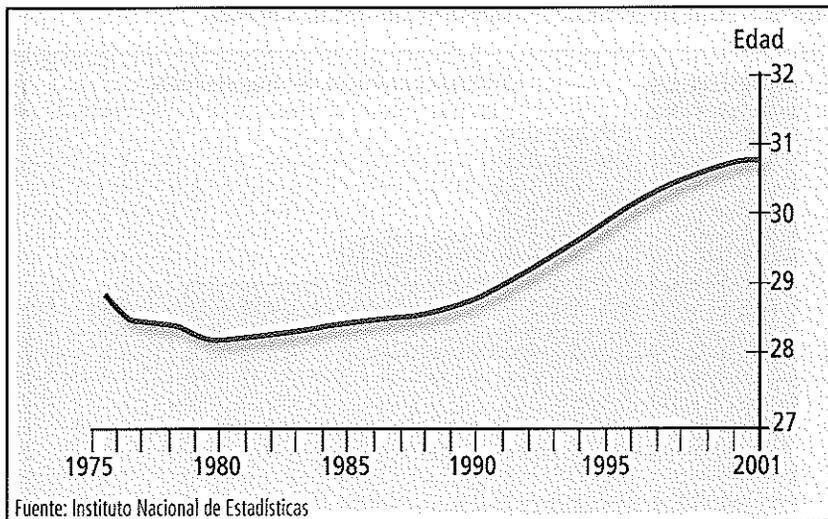


Figura 4. Evolución de la edad media de la maternidad.

(12,47%), siendo las entidades más prevalentes el síndrome del ovario poliquístico (19,23%), la miomatosis uterina (13,46%) y la mastopatía fibroquística (13,46%).

Respecto a las trabajadoras que refirieron *enfermedad psiquiátrica* actual o previa, el número fue de 55 trabajadoras (13,19%), siendo las patologías más prevalentes los trastornos depresivos (49,09%), los trastornos de ansiedad (40%) y los trastornos de personalidad (3,6%). Tan sólo tres de ellas (5,45%) refirieron consumir algún tipo de psicotrópico: ansiolíticos y/o antidepresivos.

En relación con el *consumo de tabaco*, el número de trabajado-

ras que afirmaron ser fumadoras regulares fue de 146 (35%), algo superior a la media nacional: 27,2% (Encuesta Nacional de Salud 2001), siendo el consumo medio de $11,25 \pm 7,1$ cigarrillos/día.

El número de trabajadoras que afirmaron realizar *ejercicio físico* de forma regular fue de 168 (40,28%), siendo el número medio de horas semanales de $2,82 \pm 1,62$. En comparación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2001, el porcentaje de sedentarismo es superior a la media nacional: 59,7% frente a 46,6%. Como es sabido, la realización de ejercicio físico puede mitigar la sintomatología propia del SPM.

4. Sintomatología referida

Sin tener en cuenta el criterio de severidad, llama la atención el bajo porcentaje de mujeres libres completamente de toda sintomatología, encontrando tan sólo a 15 de ellas (3,59%), siendo la cifra de trabajadoras sin ningún síntoma de tipo somático de 34 (8,15%), y la de aquellas sin ninguno de tipo conductual de 75 (17,98%) (Figura 5).

No obstante, hasta un total de 230 trabajadoras (55,15%) refirieron tomar algún tipo de fármaco para mitigar los síntomas, siendo el grupo de los AINE (55,65%) y los analgésicos (32,17%) los más consumidos; y dentro de estos grupos, especialmente el ibuprofeno y el paracetamol, los más consumidos con gran diferencia sobre el resto. Otros fármacos usados son anticonceptivos orales, naproxeno, diclofenaco, piroxicam, dipirona magnésica, ketorolaco, vitaminas y productos de herbolario. En EE UU se utilizan otros grupos de fármacos como ansiolíticos, antidepresivos, análogos de la GnRH, etc., aunque en nuestro grupo de estudio no hemos encontrado ningún caso.

Respecto a la sintomatología referida, para facilitar su recogida y tratamiento la hemos dividido en síntomas somáticos (mamarios, osteomusculares, neurovegetativos, dérmicos y digestivos) y conductuales (positivos, negativos, alteraciones del apetito y modificaciones del sueño).

Entre los *síntomas somáticos*, 281 trabajadoras (67,38%) refirieron algún *síntoma digestivo* (dolor o hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento); 250 trabajadoras (59,95%), *síntomas mamarios* (hipersensibilidad mamaria, dolor mamario); 179 trabajadoras (42,92%), *síntomas osteomusculares* (molestias musculares, artromialgias, calambres, pesadez de piernas); 160 trabajadoras (38,36%), *síntomas neurovegetativos* (cefalea, mareos, desmayos); 159 trabajadoras (38,12%), *sínto-*



mas dérmicos (acné, herpes labial, dermatitis, urticaria) (Figura 6).

Otros síntomas descritos fueron: malestar general, migrañas, aerofagia, aumento de la temperatura, diaforesis, sequedad de boca, disuria, dolor axilar, dolor dental, escalofríos, odinofagia, poliuria, *spooting*, sofocos, etc.

Entre los síntomas de *tipo conductual*, 243 mujeres (58,27%) describieron *síntomas negativos* (depresión, tristeza, sensibilidad, cansancio, etc.); 225 trabajadoras (53,95%) relataron *síntomas de tipo positivo* (irritabilidad, ansiedad, nerviosismo, etc.); 110 (26,37%), *modificaciones de la ingesta* (aumento o disminución del apetito, deseo selectivo por determinados grupos de alimentos, etc.); y 49 (11,75%), *alteraciones del sueño* (insomnio, hipersomnía) (Figura 7).

El análisis de las diferencias entre los grupos de estudio muestra otros datos de interés. En relación con el porcentaje global de trabajadoras sintomáticas, llama la atención la casi total unanimidad de resultados de todos los grupos.

Entre las trabajadoras sin síntomas, dentro de la igualdad referida, los grupos de *informáticas* y de *trabajadoras de tipo técnico* son los más numerosos.

También son muy concordantes los datos relativos a los tipos de síntomas; no obstante, el grupo de *comerciales* tiene el menor porcentaje de trabajadoras sin síntomas somáticos, mientras que el grupo de *trabajadoras menos cualificadas* (no técnicas) es el que menos síntomas de tipo conductual refiere. Por el contrario, el grupo de trabajadoras de *publicidad* es en el que más síntomas somáticos hemos encontrado, y el de *dirección* en el que más de tipo conductual (Tabla I).

El análisis de los síntomas por grupos de estudio (Tablas II y III) permite obtener algunas conclusiones:

- El grupo de comerciales es el que menos síntomas mama-

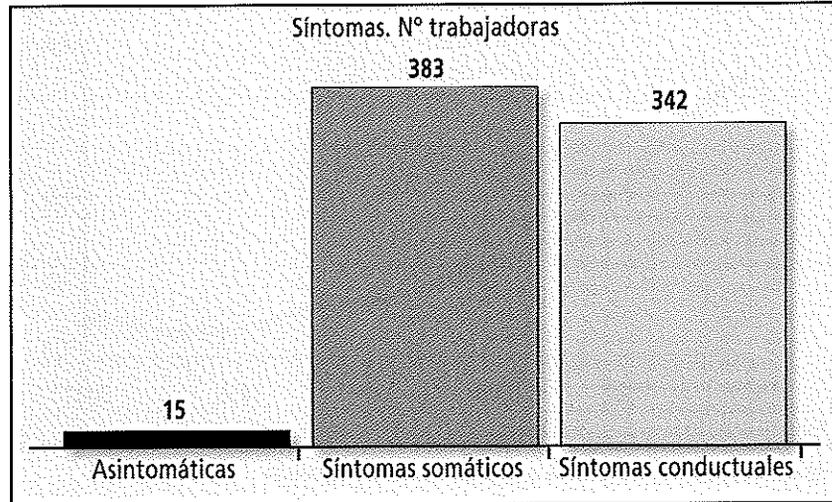


Figura 5. Número global de trabajadoras por tipo de síntomas.

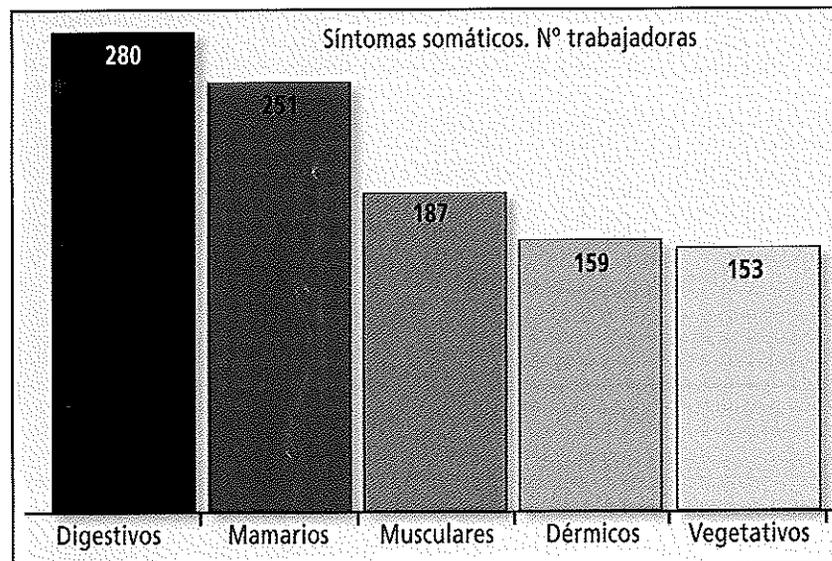


Figura 6. Número de trabajadoras con síntomas somáticos.

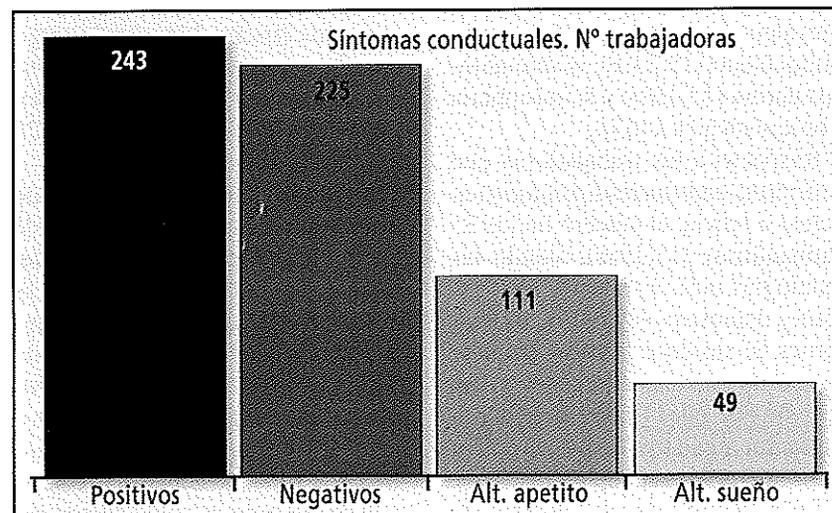


Figura 7. Número de trabajadoras con síntomas conductuales.



TABLA I
SINTOMATOLOGÍA GLOBAL POR GRUPOS

Grupo	Nº trabajadoras del grupo	Trabajadoras sintomáticas		Trabajadoras asintomáticas		Síntomas de tipo somático		Síntomas de tipo conductual	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Administrativas	135	131	97,0	4	2,9	127	94,0	110	81,5
Teleoperadoras	60	58	96,6	2	3,3	55	91,6	50	83,3
Informáticas	56	53	94,6	3	5,35	49	87,5	45	80,3
Bolsa	26	25	96,1	1	3,8	24	92,3	22	84,6
Comerciales	27	26	96,3	1	3,7	22	81,5	22	81,5
Dirección	29	28	96,5	1	3,4	26	89,6	26	89,6
Publicidad	22	22	100	0	0	21	95,4	19	86,3
Técnicos	39	37	94,8	2	5,1	36	92,3	31	79,5
No técnicos	23	22	95,6	1	4,3	21	91,3	17	73,9
Total	417	402	96,4	15	3,6	381	91,3	342	82,0

rios refiere: 37,04% vs 60,19% ($p = 0,0140$); y el de las teleoperadoras, el que más: 68,33%.

- El grupo de trabajadoras no técnicas tienen la menor prevalencia de síntomas osteomusculares: 30,43%; y el de las técnicas, la mayor: 53,85% vs 42,93%; aunque en ningún caso las diferencias respecto al total de la población del estudio son estadísticamente significativas.

- Los síntomas neurovegetativos son descritos con mayor frecuencia por el grupo de trabajadoras de publicidad: 45,45%, y con menor frecuencia por el de teleoperadoras: 33,33% vs 38,37%; tampoco hay diferencias significativas.

- El menor porcentaje de síntomas dérmicos lo encontramos en el grupo de comerciales: 14,81% vs 38,13% ($p = 0,0127$), y en el de dirección, el mayor: 48,28%.

- De nuevo, las comerciales son las que menos síntomas digestivos refieren: 37,04% vs 67,39% ($p = 0,0008$), mientras que las administrativas son las que más: 74,81%.

- Los síntomas conductuales de tipo positivo son descritos con

mayor frecuencia por las administrativas: 74,81% vs 67,39% ($p = 0,0358$), y con menor por el de publicidad: 36,36%.

- El grupo de trabajadoras de bolsa tienen más síntomas conductuales negativos: 76,92%; y el de las no técnicas, el que menos: 43,48%, aunque en ningún caso las diferencias respecto al total de la población del estudio son estadísticamente significativas.

- Las alteraciones de la ingesta son referidas con menor prevalencia por el grupo de bolsa: 7,69% vs 26,38% ($p = 0,0306$); y con mayor frecuencia por el de publicidad: 40,91%.

- El grupo de comerciales es el que refiere menos alteraciones del sueño: 7,41% vs 11,75%; y el de las de publicidad, el que más: 22,73%; no obstante, no hay diferencias significativas.

Finalmente, 42 trabajadoras (10,07%) del total afirmaron haberse ausentado o faltado del trabajo como consecuencia de las alteraciones menstruales. El grupo de trabajadoras de la bolsa y las finanzas es el que presenta un mayor porcentaje: 19,23%, mientras que el de

no técnicas representa el menor: 0%; sin embargo, en ningún caso las diferencias son significativas.

Tampoco encontramos relación con la realización de ejercicio físico: 24 trabajadoras no lo realizaban (57,15%), mientras que 18 sí lo referían (42,85%); ni con el consumo de tabaco: 21 fumadoras (50%) y 21 no fumadoras (50%) ($p = 0,04$); ni con la presencia de patología psiquiátrica previa: 10 (24%) ($p = 0,04$).

CONCLUSIONES

La tendencia a retrasar la edad de la primera gestación y disminuir el número de gestaciones es una constante entre la población trabajadora de la Comunidad de Madrid, al igual que para el resto del territorio nacional.

La incidencia sobre el absentismo laboral de las alteraciones relacionadas con el ciclo menstrual tiene una bajísima incidencia entre la población del estudio (alrededor de un 2% al año), a pesar de la enorme prevalencia de síntomas asociados.

En nuestro estudio no hemos encontrado relación con la actividad laboral, pero son necesarios

TABLA II
SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA POR GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo	Trabajadoras	Síntomas somáticos									
		Mamarios	%	Osteo-musculares	%	Neuro-vegetativos	%	Dérmicos	%	Digestivos	%
Administrativas	135	86	63,7	62	45,9	53	39,2	55	40,7	101	74,8
Teleoperadoras	60	41	68,3	22	36,6	20	33,3	28	46,6	39	65,0
Informáticas	56	28	50,0	26	46,4	19	33,9	21	37,5	37	66,1
Bolsa	26	18	69,2	11	42,3	9	34,6	7	26,9	16	61,5
Comerciales	27	10	37,0	11	40,7	10	37,0	4	14,8	10	37,0
Dirección	29	19	73,0	9	21,6	12	41,4	14	48,3	21	72,4
Publicidad	22	12	54,5	10	45,4	10	45,4	6	27,2	15	68,2
Técnicos	39	23	58,9	21	53,8	17	43,6	15	38,5	29	74,3
No técnicos	23	14	60,8	7	30,4	10	43,4	9	39,1	13	56,5
Total	417	251	60,2	179	44,1	160	38,4	159	38,1	282	63,8

TABLA III
SINTOMATOLOGÍA CONDUCTUAL POR GRUPOS DE ESTUDIO

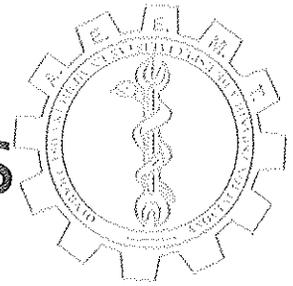
Grupo	Trabajadoras	Síntomas conductuales							
		Positivos	%	Negativos	%	Alt. de la ingesta	%	Alt. del sueño	%
Administrativas	135	85	62,9	79	58,5	34	25,2	12	8,8
Teleoperadoras	60	32	53,3	36	55,0	23	38,3	7	11,6
Informáticas	56	31	55,3	34	60,7	14	25,0	8	14,3
Bolsa	26	12	46,1	20	76,9	2	7,6	3	11,5
Comerciales	27	14	51,8	14	51,8	7	25,9	2	7,4
Dirección	29	15	51,7	16	55,2	6	20,7	6	20,7
Publicidad	22	8	36,4	12	54,5	9	40,9	5	22,7
Técnicos	39	17	43,6	22	56,4	10	25,6	4	10,2
No técnicos	23	11	47,8	10	43,4	5	21,7	2	8,6
Total	417	225	53,9	243	58,3	110	27,5	49	11,7

nuevos estudios con mayor población para obtener conclusiones significativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Freeman EW. Premenstrual syndrome. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 291-295 (26).
- Tucker JS, Whalen RE: Premenstrual syndrome. *Int J Psychiatry* 1991; 21: 311-341 (27).
- Cronje WH, Studd JW: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Prim Care* 2002; 29 (1): 1-12.
- Gehlert S, Chang C-H, Hartlage S: Symptom patterns of premenstrual dysphoric disorder as defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV. *J Clin Psychopharmacology* 1999; 8: 75-85.
- Reid RL, Yen SSC. Premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 85-104.

EL BURNOUT Y LAS PROFESIONES SANITARIAS



J.L. Zancajo Castañares⁽¹⁾, F. Rescalvo Santiago⁽²⁾, J.M. de la Fuente Martín⁽³⁾, J.J. Díaz Franco⁽⁴⁾

⁽¹⁾Servicio de Salud Laboral de la Gerencia Regional de Salud. SACYL. Valladolid

⁽²⁾Servicio de Prevención del Hospital Clínico Universitario. Valladolid

⁽³⁾Servicio Médico de MADE-Torres y Herrajes. Medina del Campo, Valladolid

⁽⁴⁾Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Correspondencia:

José Luis Zancajo Castañares

Consejería de Sanidad

SACYL. Servicio de Salud Laboral

Paseo de Zorrilla, 1

47006 Valladolid

El burnout es un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y aislamiento, descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974 y dado a conocer en 1977 por Maslach, que se presenta con mayor prevalencia en el sector "servicios" y, dentro de éste, en las actividades que tienen una proyección de "ayuda a los demás", como el sector sanitario (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), generado fundamentalmente por factores etiológicos relativos a la dinámica institucional, como la organización del trabajo, el liderazgo institucional, un aumento constante de la presión asistencial y de la responsabilidad, a la que se suma la escasa autonomía y decisión de los profesionales. La necesidad de estudiar el burnout se ha hecho particularmente intensa en los Servicios de Salud. Se calcula que el síndrome afecta a entre un 10 y un 20% de los médicos, subiendo la relación hasta un 25% en el supuesto de personal de enfermería, lo que obliga a que la Administración Sanitaria implemente programas específicos de promoción de la salud y de prevención de esta patología emergente y a que los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales asesoren a los órganos directivos en lo concerniente a la identificación de factores de riesgo relacionados con el burnout, diseñando, aplicando y coordinando planes y programas de actuación preventiva para aminorar lo que, en el devenir del tiempo, se está convirtiendo en una amenaza para todos los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Burnout, profesiones sanitarias, sector sanitario.

BURNOUT SYNDROME AND HEALTH CARE PROFESSIONS

The "burnout syndrome", characterised by emotional exhaustion, depersonalisation and isolation, was first described by Herbert Freudenberger in 1974 and brought to the public light in 1977 by Maslach. The syndrome has a greater prevalence in the Services sector, and within it in those professions and activities having an "aid to others" projection (physicians, nurses, social workers, psychologists, etc.). Its fundamental aetiologic factors are related to institutional dynamics, such as work organisation, institutional leadership, constant increase of the assistential demand pressure and responsibility, to which are added the scarce autonomy and participation in decision making of the professionals involved. The need to study the burnout syndrome has become particularly intense in the Health Care Services. It has been estimated that the syndrome affects some 10 to 20% of the physicians, and up to 25% of the nursing personnel, which has caused the Health Care Administration to implement specific programmes for health promotion and for prevention of this emergent condition, and has also caused the Occupational Risk Prevention Services to advise the supervising agencies regarding the identification of burnout-related risk factors and to design, implement and coordinate preventive plans and programmes in an effort to reduce what is already developing, with the passage of time, into a serious threat to all health care professionals.

Key words: Burnout, health care professions, Health Care sector.

El término *burnout*, que literalmente puede traducirse como "sentirse quemado", fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos que aparecen en el entorno labo-

ral y que son el resultado de una demanda profesional excesiva. Se dio a conocer en 1977 por Maslach como una situación que aparece con un progresivo aumento de su frecuencia en el tiempo a profesionales que prestan servicios de rela-

ción muy directa y mantenida con personas, produciendo una sintomatología de ansiedad y depresión. Este síndrome ha cobrado en la última década gran auge e interés, sobre todo a partir de los trabajos de Maslach y Jackson en 1976 y a

la aparición posterior del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), cuestionario operativo específico para interpretar los diferentes niveles de burnout.

La descripción de su sintomatología ha sido posible gracias al desarrollo de publicaciones que surgieron con posterioridad a la implantación del MBI. Su característica clínica principal es el agotamiento emocional y escepticismo que prevalece en profesionales del sector "servicios" con proyección hacia la "ayuda a los demás" (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.). Este tipo de estrés laboral hace que en todos los profesionales afectados se instauren sentimientos de desengaño laboral en respuesta a la tensión, a la presión externa y a la urgencia del trabajo a los que aquéllos se encuentran sometidos.

Se diferencia del estrés en que, aunque éste se suele relacionar con la fatiga por sobrecarga laboral, mejora con el descanso y se manifiesta con ansiedad, mientras que el burnout tiene un comienzo lento e insidioso, con disminución progresiva del entusiasmo, no se recupera con el descanso y sus consecuencias a largo plazo son de mayor gravedad que las que ocasiona el estrés.

Se distinguen dos formas de expresión de estrés laboral crónico: el síndrome de burnout y el mobbing o acoso institucional. El primero se genera principalmente por la dinámica institucional (organización del trabajo, liderazgo institucional, aumento constante de la presión asistencial y de la responsabilidad, a lo que se suma la escasa autonomía y decisión de los profesionales). El mobbing, por el contrario, tiene su origen en relaciones interpersonales dentro de la institución: se corresponde con maltrato recibido por superiores, compañeros o por ambos.

Desde los estudios de Maslach y Jackson, se considera que el burnout

es un síndrome integrado por tres componentes esenciales:

- **Agotamiento emocional:** que se constituye en el elemento básico y esencial caracterizado por sensación creciente de "no poder dar más de sí en el hospital".

- **Despersonalización y aislamiento:** con distanciamiento de los compañeros, deshumanización en la atención a pacientes, desprecio al entorno y tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales.

- **Sentimientos de inadecuación profesional:** con sensaciones de demandas laborales que exceden su capacidad profesional, originando tendencia a una autoevaluación negativa y a la insatisfacción. También los mencionados autores apuntan la posibilidad de sentido de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo.

Algunos autores conceptualizan el burnout como una "patología derivada de estrés crónico con sintomatología individual (ansiedad o depresión), relacional (agresión interpersonal) e institucional (baja calidad en la prestación de servicios e insatisfacción del usuario), que aparece como fruto de situaciones maladaptativas de afrontamiento de estresores ocupacionales que acaecen en los sectores de trabajo que tienen una "interrelación especialmente intensa con personas", estando en contacto constante y directo con los beneficiarios del trabajo, en una relación de ayuda o servicio. Esta situación justifica que el burnout presente una mayor incidencia en sectores laborales como educación, sanidad, y servicios sociales.

La necesidad de estudiar el burnout se ha hecho particularmente intensa en los Servicios de Salud. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitarla son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal

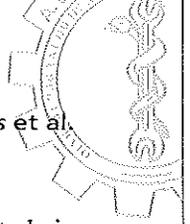
de los equipos sanitarios, que suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, debido primordialmente a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos. Este síndrome se ha ido convirtiendo en una amenaza para todos los profesionales sanitarios que es preciso identificar y manejar consecuentemente.

A la situación planteada se agrega en nuestro país el que desde el punto de vista legislativo el burnout ya ha sido considerado por algún Tribunal Superior de Justicia como accidente de trabajo: "... se ha acreditado la naturaleza del padecimiento (síndrome de desgaste personal o burnout) y su conexión directa y exclusiva con la prestación laboral, por lo que resulta clara la consideración de la incapacidad temporal como accidente laboral..." (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 2 de noviembre de 1999), así como en los Tribunales de lo Social (Sentencias del JS n.º 16 de Barcelona, de 27 de diciembre de 2002, y del JS n.º 10 de Sevilla, de 22 de abril de 2003). La Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2000 lo considera como accidente laboral.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ETIOPATOGÉNICOS EN EL ENTORNO SANITARIO

Los resultados de tres estudios epidemiológicos europeos realizados por Landau (1992), Saint-Arnaud *et al.* (1992), y Estryn-Béhar *et al.* (1990) muestran que aproximadamente el 25% de las enfermeras experimentan sensaciones de burnout.

En un estudio realizado, en 1993, por Rodary y Gauvain-Piquard, el 25% de las 520 enfermeras del Servicio de Oncología de un hospital general francés presentaban un elevado nivel de burnout. Estos elevados niveles se asociaban estrechamente, en la mayoría de los casos, a la falta de apoyo. Las quejas más



frecuentemente alegadas por las enfermeras con mayores sensaciones de burnout eran la poca consideración de que eran objeto en su servicio, el que no se tenía en cuenta su conocimiento sobre los pacientes y la poca importancia concedida a la calidad de sus tareas. Otras quejas reflejadas eran el miedo físico a los pacientes y la incapacidad para organizar su horario de trabajo.

La aparición del síndrome del desgaste profesional en el sector sanitario viene influenciada por múltiples factores etiológicos, que Cuevas agrupa de la siguiente manera:

- **Factores culturales:** fundamentalmente centrados en un progresivo descenso de apoyo a los profesionales, con una disminución clara de recursos y presupuestos.

- **Factores ocupacionales:** concomitantes a la dedicación y ayuda inherente a la profesión sanitaria junto a factores más ambiguos de tipo "conflicto de roles" de puestos de trabajo, ausencia de criterios en la valoración de logros y cumplimiento de objetivos, baja retribución económica, reducidas posibilidades de promoción, escaso apoyo y reconocimiento de la comunidad, etc.

- **Factores educativos:** como conocimientos teóricos excesivos con escaso entrenamiento de habilidades prácticas, inexistencia de entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional y manejo de ansiedad, etc.

- **Factores individuales y de personalidad:** son más vulnerables las personalidades obsesivo-compulsivas, dependientes, pasivo-agresivas, etc.

Por su parte, Mingote señala como factores patogénicos responsables de la desmotivación de los trabajadores en nuestros hospitales los siguientes:

- **Falta de identificación** entre trabajador sanitario y no sanitario con la empresa. Entre los que destacan la inexistencia de defi-

nición clara del modelo sanitario, expectativas de cambio no satisfechas, decisiones políticas incorrectas (productividades con déficit de asignación, exclusividad, etc.), falta de *feed-back* comunicativo a todos los niveles de la organización, escaso prestigio del personal de liderazgo (incluidos los líderes intermedios), con escasa cualificación técnica y "sensación" de que únicamente buscan el poder en el hospital, falta de continuidad en las líneas de gestión, etc.

- **Deficiencias en las necesidades básicas:** con una "sensación" de falta de apoyo, y una deficiente relación jurídico-laboral, que ocasiona una productividad no discriminativa, conjunción de puesto de trabajo-retribución fija, igualdad salarial a desigualdad de horas de trabajo, e inexistencia de una carrera profesional objetivable y esperable.

- **Deficiencias en las relaciones sociales:** con desprestigio de los profesionales, idealizando la tecnología, aplicación de una "medicina defensiva", comparación con otros profesionales que disfrutan de una situación mejor, "sensación" de una incentivación superior de la atención primaria, en detrimento de los hospitales, y disparidad entre intereses de la organización y de los profesionales.

- **Deficiencias en el área de la autoestima:** por falta de identificación del profesional con el trabajo (aunque no con la profesión), lo que redundaría en perjuicio de la relación profesional-usuario; y falta de participación en las decisiones de la dirección, en la formulación de objetivos (al ser éstos escasamente pactados, el trabajador no participa en su cumplimiento) y en la definición del plan estratégico del hospital.

En la génesis del síndrome en los profesionales sanitarios se perfila la existencia de factores como: las características de la tarea con experiencias próximas al dolor, sufrimiento y muerte; las condiciones

físicas y sociolaborales del trabajo hospitalario; los estilos de dirección y gestión; los recursos disponibles para la tarea y los requerimientos de ésta; las expectativas de carrera profesional; y la propia cultura corporativa de los profesionales.

Epidemiológicamente afecta con mayor énfasis a personal médico y de enfermería, aunque no es exclusivo de estos profesionales, al haberse descrito en personal no sanitario y gestores. En nuestro país tiende a presentarse a mayor escala en el ámbito hospitalario que en el de atención primaria: Díaz e Hidalgo aplicaron en 1994 el MBI en una serie de 273 médicos, de los que 143 eran del nivel especializado y 130 pertenecían a atención primaria, y demostraron niveles superiores de agotamiento en los de atención especializada. Las áreas afectadas con mayor prevalencia son las unidades de: cuidados intensivos, cuidados paliativos, geriátricos, unidades de oncología y de trasplante de médula ósea.

Atance, en un estudio aleatorizado simple aplicado a 294 trabajadores, también concluye que es más importante el problema de burnout en atención especializada, tanto para el síndrome como tal como para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, considerándose más importante en atención primaria la falta de realización personal.

Al aplicar el MBI, el mencionado autor obtiene un perfil de riesgo epidemiológico de síndrome de desgaste profesional cuyo prototipo es una mujer de unos 44 años, con pareja no estable (separado/viudo/divorciado), con más de 19 años de servicio en la profesión y más de 11 en un puesto concreto de trabajo, que trabaja en atención especializada, con más de 21 pacientes bajo su responsabilidad, que dedica más del 70% del tiempo de trabajo a sus pacientes, y con una jornada laboral que oscila entre las 36 y las 40 horas.



También establece una propuesta de perfil de riesgo organizacional en la que los problemas administrativos y organizativo-burocráticos, la sobrecarga de trabajo, el estrés organizacional, la falta de apoyo y las condiciones físicas de trabajo son los factores que más fácilmente pueden inducir a mayores situaciones de riesgo de producción del síndrome y, en consecuencia, hacia estos factores habría que orientar las actividades preventivas.

Sin embargo, Da Silva establece, sobre una serie de 363 profesionales sanitarios (médicos, enfermería y auxiliares) a los que aplican el MBI, la existencia de un grado medio de burnout que no se relaciona con la categoría profesional ni con los factores sociodemográficos estudiados, existiendo alguna correlación entre nivel de salud general, burnout y factores como antigüedad, tiempo libre a diario, hábito tabáquico y empleo de analgésicos y tranquilizantes.

DIFERENCIACIÓN DE LA ETIOPATOGENICIDAD POR PROFESIONES SANITARIAS

Los profesionales sanitarios más afectados son aquellos que han estado más implicados en su actividad laboral y han intentado encontrar soluciones para la colectividad, "idealizando su trabajo", por lo que afecta con mayor intensidad a personal médico y de enfermería.

Personal médico

Autores como Shinn reflejan en sus trabajos que el personal médico que padece el burnout oscila entre un 10 y un 20% del total de la plantilla de esta categoría. Parece que los facultativos médicos poseen ciertos factores de riesgo específicos que McCue señala como: las elevadas exigencias de certeza y eficacia que se les requieren; la intolerancia de los médicos a la incertidumbre, impotencia laboral y fracaso personal; su inadecuada preparación

psicológica para relacionarse con los enfermos; y la negación de la complejidad y dificultades de la práctica médica.

En España, Hidalgo y Díaz, de una serie de 56 médicos de atención especializada a los que se les aplicó el MBI, definen un perfil de afectado correspondiente a un varón de 37 años, casado, con más de 13 años de profesión y que, en general, se encuentra insatisfecho con su trabajo, no valora positivamente la política de personal de sus gestores, y no se identifica con la misión, visión y valores de la institución sanitaria en la que trabaja.

Personal de enfermería

Caldwell y Weinwer destacaron como factores productores de burnout en el personal de enfermería la gran carga de trabajo, la turnicidad y nocturnidad, tareas desagradables, identificación con los enfermos, problemas éticos, y la presentación de conflictos (con médicos, confusión de roles, conflictos entre iguales, con la Administración, etc.). Para Meinzies, el personal de enfermería puede sentirse perdido en la compleja maquinaria asistencial, excluido entre el médico y el enfermo, desvalorizado y sometido.

En nuestro país, Cano acometió un estudio realizado a 250 enfermeros, cuyos resultados fueron sorprendentes, porque de los diplomados universitarios de enfermería que, en general, se quejan de padecimiento de síndrome de desgaste profesional, únicamente un 14,4% objeto de estudio presentaban un burnout moderado, revelando el cuestionario que el 84,6% de ellos juzgaron su estado como óptimo.

Atance concluye que comparativamente los profesionales médicos son los que tienen un mayor problema de burnout frente a enfermería y, en sentido inverso, son más importantes las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en

enfermería. Estudios posteriores vienen a reflejar que cuantitativamente es más importante el problema en atención especializada, y específicamente en los médicos, respecto a la atención primaria y a la enfermería.

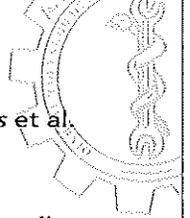
Personal interno residente

Mención especial requieren los licenciados y diplomados universitarios (médicos, farmacéuticos, químicos, psicólogos, diplomados universitarios de enfermería, etc.) que están en periodo de formación sanitaria especializada: los internos residentes. Small, ya en 1981, describió el "síndrome del residente" con dos formas clínicas de presentación:

- **Forma benigna:** con manifestaciones clínicas de tipo tensión, hostilidad crónica, distimias y conflictos familiares, problemas de comunicación, y promiscuidad sexual, fundamentalmente.

- **Forma grave:** que ya se muestra con depresión, utilización de tóxicos, fracaso profesional e ideas de suicidio, con tendencia a la hospitalización por somatizaciones y otros trastornos mentales.

Existen descritas varias estrategias maladaptativas de residentes (excesivas cargas de trabajo y de exigencias propias, privación del sueño, alta competencia entre iguales, aislamiento social, inseguridad económica y laboral futura, amenaza de mala práctica y trabajo mal supervisado o burocratizado), lo que unido a algunas situaciones que la práctica profesional les obliga a afrontar y que son especialmente difíciles (como la muerte de pacientes, sobreidentificación con algunos de ellos, equivocaciones por querer "saberlo todo" o "ser el mejor", dificultad de "estar al día", y la confrontación diaria con la muerte y la enfermedad) hacen percibir el trabajo como una "guerra continua, extenuante y perdida", a lo que se acompaña aislamiento personal,



poco tiempo para la autorreflexión, cuidado deficiente del paciente, poca consideración respecto a sus necesidades, etc.

Por otra parte, Belloch, sobre una serie de 56 residentes de medicina interna del hospital de La Fe de Valencia, aplicó el MBI acompañado de un cuestionario general, que fue contestado por el 81,1%. Encontraron un 7,1% de residentes con un alto riesgo de agotamiento emocional, un 17,8% de alto riesgo de personalización, y un 23,2% con bajo riesgo de "acomplejamiento" personal. También descubrieron factores de tipo social y demográfico asociados directamente a esta patología, como, por ejemplo, ser el único residente, tener baja estabilidad laboral, baja satisfacción laboral y escasa sensación de autoridad para con los pacientes. Existe menor relación del síndrome con el factor lugar de residencia (para la elección de la especialidad, ésta no es la primera opción) y no encontraron relación entre burnout y factores económicos.

FISIOPATOLOGÍA

Se describe el burnout como una pérdida progresiva del entusiasmo, de la energía y propósito experimentado en profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo, frente a las demandas excesivas por parte de los usuarios/enfermos. El proceso que describió Cherniss en 1980 se adapta perfectamente al ámbito hospitalario, y contempla las fases siguientes:

- **Fase de entusiasmo:** sucede en los primeros años de ejercicio, en los que acontece una idealización de expectativas laborales y sobreidentificación con los enfermos. Se produce una ruptura entre las expectativas individuales y la realidad.

- **Fase de estancamiento o "acomodamiento":** el profesional se concientiza de que una excesiva implicación en el trabajo conlleva

un abandono de otras necesidades personales, con disminución de actividades placenteras e interesantes, lo que viene acompañado de falta de sentimiento de recompensa por los enfermos y compañeros.

- **Fase de frustración:** en la misma se cuestiona el valor del trabajo en sí mismo, contagiándose de compañeros que están en la misma situación, con actitudes ante el enfermo de apatía e incluso de rechazo. Generalmente, se destacan todas aquellas dificultades significativas relacionadas con el trabajo: excesivas horas de dedicación, turnicidad, salarios bajos, falta de autonomía, ambigüedad en el desempeño de funciones, creencia de pertenecer a un sistema u organización viciada, etc.

- **Fase de apatía:** aparece la indiferencia, con falta de interés emocional por frustración profesional, lo que provoca, ante los enfermos, sentimientos de distanciamiento emocional e incluso de desprecio.

CLÍNICA

En su comienzo, el burnout se manifiesta por la aparición de cansancio emocional, con fatiga, pérdida de energía, cambios continuos de tareas, insomnio, y cefaleas. El enfermo no se recupera tras periodos cortos de descanso, suele pasar inadvertido entre los compañeros de trabajo y no tiene repercusión en su rendimiento laboral.

En una segunda fase, surge la despersonalización, con aptitudes negativas, cinismo (llegando a culpar a los demás de sus propios problemas), irascibilidad y falta de discriminación en la toma de decisiones. Pueden aparecer alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de drogas, "pseudoabsentismo" laboral, cuyo objeto es limitar el número de horas reales en el hospital (actividades sindicales, formación continuada, etc.) y absentismo por trastornos del aparato digestivo (dolor abdominal, colon irritable, úlcera gastro-

duodenal), manifestaciones cardiovasculares (hipertensión, coronariopatías), osteoarticulares (mialgias), respiratorias (asma), alteraciones menstruales, etc.

Por último, aparece la pérdida del concepto de autorrealización profesional, con sentimientos de infelicidad, surge la sombra de la incompetencia profesional, personal y familiar, con manifestaciones pseudodepresivas, y entonces su situación profesional se ve sobrepasada y su capacidad de adaptación resulta muy reducida.

Posteriormente, la pérdida de profesionalidad se pone de manifiesto junto con un agotamiento físico no recuperable; y el insomnio que acompaña a esta fase puede condicionar toxicomanías por consumo de estimulantes, por drogodependencia o alcoholismo, etc. Asumen sentimientos de frustración profesional (lo que puede plantear su abandono) junto a deseos de aislamiento. Esta última situación se corrobora mediante trabajos como el de Burtinza, que realizó un estudio sobre 68 intensivistas pediátricos en nuestro país, utilizando el MBI, y obtuvo como resultado que el 55,9% de los consultados atribuían su insatisfacción laboral al conflicto con la política de gestión, y un 58,8% se planteaba abandonar el trabajo en un futuro.

Se establecen diferencias cuando se trata de personal sanitario que efectúa cuidados de geriatría, oncología, urgencias, unidades de cuidados intensivos, infecciosos o psiquiatría. Aunque todos ellos presenten cansancio emocional, o falta de realización profesional, los conflictos surgen de diferente manera:

- En las unidades de geriatría resaltan los conflictos con los familiares y el tiempo empleado directamente con los enfermos.

- En las unidades de infecciosos hay un conflicto entre los diferentes estilos de vida alternativos que entrañan riesgo, así como la esca-

sa eficacia de las intervenciones y tratamiento sanitario, junto a la edad juvenil que presentan algunos enfermos.

- En las unidades de oncología, el conflicto ocurre por las altas exigencias de familiares y el choque emocional que surgen si, a petición de familiares, se oculta a algunos pacientes la realidad de su enfermedad.

- En las unidades de cuidados intensivos y áreas de urgencias, el conflicto se puede generar por el escaso tiempo de contacto directo con el paciente, condiciones estresantes de trabajo, temores a agresiones y contacto, y, en ocasiones, con la escasez de recursos materiales, humanos y organizativos.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS

Las medidas que se proponen pretenden evitar las graves consecuencias que aparecen en los profesionales que desarrollan su actividad laboral en el sector sanitario, y que fundamentalmente se centran en el aumento del absentismo laboral, la desmotivación y la falta de efectividad e ineficiencia del trabajo en equipo.

Toda política de prevención que se fundamente en actuaciones concretas sobre los factores de riesgo mencionados va a tener efectos beneficiosos. Cushman sostiene que, en los centros de cuidados paliativos objeto de su estudio y en los que se prestó atención sobre los factores mencionados, el burnout llegó a ser inferior a los de otros colectivos sanitarios.

Se pueden establecer como estrategia general, ante la posible aparición de burnout, las siguientes actividades:

- **Estrategias a escala individual:** implementando actividades que persiguen afrontar el estrés o neutralizar sus consecuencias negativas mediante actividades que persiguen actuar correctamente

para solucionar problemas que se presentan (como manejo del tiempo de forma eficaz, optimización de la comunicación, cambios en el estilo de vida, etc.), junto con otras que persigan manejar emociones asociadas (como actividades de entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa y relajación).

- **Estrategias de grupo:** resulta un objetivo terapéutico muy eficaz incrementar el contacto social y mejorar las habilidades sociales, la comunicación eficaz y la asertividad (expresión de sentimientos y pensamientos). Los programas de intervención recomiendan el desarrollo de habilidades sociales en grupo, ya que fomentan el apoyo social, mejorando actitudes y disminuyendo las conductas negativas hacia otros. La implementación de técnicas grupales para que los profesionales sanitarios puedan conversar con otros profesionales de sus relaciones tanto laborales como con los pacientes resulta fundamental. Se recomiendan técnicas cognoscitivo-conductuales y los grupos Balint que han demostrado su efectividad en la prevención del burnout.

- **Estrategias organizacionales:** incluyen programas de socialización anticipatorios dirigidos a profesionales de la salud para prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias "antes" de que comience su vida laboral, y, además, programas de desarrollo organizacional para mejorar el ambiente y clima organizacional que incluyan las siguientes medidas:

- Desarrollo de equipos de trabajo eficaces.

- Rediseño de procesos con definición e tareas que disminuyan la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales.

- Mejoras en los sistemas de incentiación y de promoción profesional que incrementan la respon-

sabilización de los profesionales sanitarios, la participación en la toma de decisiones y la autonomía necesaria en este sector.

- Formación de grupos de trabajo con flexibilidad laboral.

Las medidas organizacionales son las más difíciles de acometer, fundamentalmente porque exigen cambios de conducta y de cultura en toda la organización, al proponer transformaciones generales en los hospitales, consistentes en cambios culturales (recapitalizando recursos humanos), cambios en el estilo de liderazgo (orientándose más hacia un liderazgo más participativo, descentralizado y profesionalizado), mejora en la participación real de los trabajadores, y mayor y progresiva responsabilización de los trabajadores sanitarios.

Como actividades de vigilancia de la salud en relación con el burnout se proponen la realización de una evaluación de la salud después de la incorporación al trabajo, después de la asignación de nuevas tareas que pueden implicar riesgo de burnout, y actividades específicas cuando, en función de la categoría profesional, se deduzca la posibilidad de aparición de factores de riesgo para el desarrollo de este síndrome como consecuencia de circunstancias y condiciones de trabajo que lo favorezcan, de factores organizativos y psicológicos que lo condicionen, o absentismo cuyos estudios epidemiológicos orienten al padecimiento de esta patología.

Sus resultados se analizarán con criterios epidemiológicos, evaluando las posibles relaciones entre la exposición a los factores que pueden provocar el síndrome de desgaste profesional y los perjuicios para la salud, debiendo proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Una vez diagnosticado el síndrome, debe plantearse como objetivo terapéutico principal la integración



social precoz de los trabajadores sanitarios. Para ello, resulta primordial interesar a los líderes de las instituciones y a sus propios compañeros en el apoyo, para que respalden todas las medias terapéuticas a poner en práctica, teniendo en cuenta que el diseño organizativo, la tan escasamente desarrollada carrera profesional, la definición de puestos de trabajo o el solapamiento de funciones en los distintos estamentos de la institución... pueden producir esta patología y habrán de ser corregidos.

CONCLUSIONES

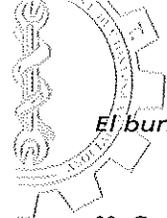
Los profesionales sanitarios han de estar "inoculados" contra este síndrome que amenaza su propia seguridad psicológica y les impide transmitir la necesaria comprensión de la enfermedad que afecta a sus pacientes. Si este síndrome no se trata, van a aparecer repercusiones individuales que afectan a la salud y a sus relaciones interpersonales, con actitudes poco positivas y de desinterés hacia los usuarios, a lo que hay que sumar las consecuencias institucionales como la propensión al abandono y al absentismo, incremento de accidentes laborales, deterioro de la calidad del servicio, etc., lo que va a generar aumento de costos, formación de nuevo personal para cubrir puestos vacantes en unas ocasiones o reorganización de trabajo con sobrecarga laboral para otro personal en otras, etc.

El análisis de la repercusión del burnout en las personas y en las instituciones sanitarias explica por qué este fenómeno puede ser altamente costoso para los profesionales y las organizaciones sanitarias, erigiéndose en una verdadera amenaza para los equipos de trabajo y la red de servicios de salud. La situación descrita exige la puesta en marcha de programas preventivos que presten mayor atención a los procesos organizativos. Con carácter general,

los Servicios de Prevención deben asesorar a los órganos directivos en lo referente a la identificación de factores de riesgo relacionados con el burnout, diseñando, aplicando y coordinando planes y programas de actuación preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

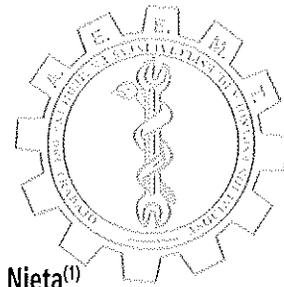
1. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal hospitalario. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71 (3): 293-303.
2. Belloch SL, Renoveil V, Calabuig JL, Gómez L. El síndrome de burnout profesional en médicos residentes en un hospital de especialidades médicas. *Anales de Medicina Interna* 2000; 17 (3): 118-122.
3. Burtinza A, López J, Carrillo A, Vigil MD, De Lucas N, Panadero E. Situación de burnout en los pediatras intensivistas españoles. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 52 (5): 418-423.
4. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria* 2002; 27: 313-317.
5. Cano MA, García C, García E, López M, Parera M. Burnout de enfermeras. *Enfermería Intensiva* 1996; 7 (4): 138-146.
6. Cushman LF, Evans P, Nameroy PB. Occupational stress among AIDS social service providers. *Society Work Health Care* 1995; 21: 115-131.
7. Daniel ED, Pérez A. El síndrome de burnout en el médico. *Smithkline Beecham*. Madrid, 1995.
8. Da Silva S, De Matos H, Danial E, Pérez A. Estudio del síndrome de burnout en personal médico de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27 (5): 310-320.
9. De las Cuevas Castresana. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome del burnout. *Servei-Danval*. Madrid, 1996.
10. De la Gándara JJ. Estrés y trabajo sanitario: prevención y tratamiento del síndrome de burnout. *Semergen* 2003; 29 (Supl 1):17-28.
11. De Pablo R, Suberviola J. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 1998; 22: 580-584.
12. Díaz RJ, Hidalgo I. El síndrome de burnout en médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Revista Clínica Española* 1994; 194 (9): 670-676.
13. Flórez JA. El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos. *Medicina Integral* 2000; 36: 405-411.
14. Flórez JA. Manual de prevención y autoayuda del burnout médico, Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Almirall Prodesfarma, 2002.
15. Flórez JA. Síndrome de estar quemado. Ed. Edikamed. Barcelona, 1994.
16. García A, Bermejo C, Mejías F. Satisfacción profesional de las enfermeras. *Rol de Enfermería* 1996; 219: 38-42.
17. Gamés AF. ¿Están quemados los médicos de urgencia de los hospitales de Alicante? *Semergen* 2003; 29 (2): 65-69.
18. Gonçalves F, Aizpiri J, Barbado JA, Cañones PJ, Fernández A, Rodríguez JJ, De la Serna I, Solla JM. Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General* 2002; 43: 278-283.
19. Hidalgo I, Díaz RJ. Análisis de la influencia de los factores sociodemográficos y laborales en el desarrollo del síndrome de burnout profesional en el Área de atención especializada del INSALUD de Ávila. *Medicina Clínica* 1994; 103 (11): 408-412.
20. Hermoso de Mendoza J, Zapata R. Absentismo asociado al síndrome de burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. *Mafre Medicina* 2004; 15 (3): 193-198.
21. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (3): 142-151.
22. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Calidad Asistencial* 2002; 17 (4): 201-205.



23. Cue MC. The effects of stress on physicians and their medical practice *New England Journal of Medicine* 1982; 306: 458-460.
24. Manzano G, Ramos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica* 1999; 206-207: 69-79.
25. Maslach C, Jackson S. The measurement of experience of burnout. *J Soc Occup Behavior* 1981; 2: 99-113.
26. Mingote JC. Síndrome de desgaste profesional. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 1997; 174: 63-71.
27. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria* 1999; 24: 352-359.
28. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16 (6): 480-486.
29. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Vega E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria* 2002; 29: 294-302.
30. Recio J, Reig A. Coordinadores de centros de salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva? *Semergen* 2003; 29 (9): 459-467.
31. Sáez C. Burnout en equipos de atención primaria de salud. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 1998.
32. Small G. House Officer Stress Syndrome *Psychosomatics* 1987; 22: 860-864.
33. Segarra ML, Garrido J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión hospitalaria* 2000; 11: 165-169.
34. Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva* 2002; 13 (1): 9-16.
35. Rescalvo F. Medicina del Trabajo. Asociación Española de Especialistas de Medicina del Trabajo. Madrid, 2000.
36. Rescalvo F, Zancajo JL, De la Fuente JM, Díaz JJ. Condiciones de trabajo y salud en el sector sanitario. *Medicina del Trabajo* 2005; 14 (1): 30-35.
37. Zancajo JL, Rescalvo F. Factores de riesgo ergonómico en el sector sanitario. En: *Ergonomía y Salud*. Junta de Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo. Valladolid, 2004.

CASO CLÍNICO

QUISTE ÓSEO SOLITARIO



A. Minaya Bernedo⁽¹⁾, A. Iniesta Álvarez⁽¹⁾, L. Arráez Aybar⁽²⁾, S. O'Coonor Pérez⁽¹⁾, J. Sánchez de la Nieta⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Médico Mutua MAZ. Dirección Territorial Centro

⁽²⁾Departamento de Anatomía y Embriología Humana II. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

Se presenta un caso de quiste óseo solitario (o "esencial"). Se exponen y comentan sus características clínicas, su diagnóstico diferencial, los posibles procedimientos diagnósticos y el manejo terapéutico.

Palabras clave: Quiste óseo solitario, diagnóstico, tratamiento.

SOLITARY BONE CYST

A case is reported of solitary ("essential") bone cyst. Its clinical features, differential diagnosis, diagnostic procedures and implications are discussed, as well as its therapeutic management.

Key words: Solitary bone cyst, diagnosis, management.

El quiste óseo solitario, también llamado quiste óseo esencial, simple, unicameral o quiste óseo benigno, es una lesión ósea benigna frecuente de la niñez. Supone aproximadamente entre el 3 y el 5% de las lesiones óseas primarias. Se trata de una cavidad única, rellena de líquido claro ambarino o sanguinolento, revestida por una membrana de grosor variable, constituida por tejido conjuntivo vascular laxo, en el que pueden observarse osteoclastos, restos de hemorragia reciente o antigua, y depósitos de colesterol.

Existen múltiples teorías sobre su etiología en relación con antecedentes traumáticos, infecciosos o neoplásicos, siendo la más aceptada en la actualidad la obstrucción de la circulación venosa por alguna anomalía del desarrollo.

Se observa preferentemente en las dos primeras décadas de la vida, más frecuentemente en varones, en una relación aproximada de 3:1. Se localiza en metafisis de huesos largos, afectando sobre todo a húmero y fémur proximal. Con menor frecuencia se localiza en la tibia proximal, el peroné, calcáneo, costillas, escápula, rótula, radio, cúbito, metatarsianos y

metacarpianos. Estos últimos tienen lugar en personas de más edad. Dentro del hueso adquiere una disposición intramedular, central, metafisaria y adyacente al cartílago epifisario (no invade epífisis) durante la fase activa, en la que tiene capacidad de crecimiento, alejándose de la metafisis con el crecimiento del esqueleto durante la fase latente.

CASO CLÍNICO

Trabajadora de 28 años, con una antigüedad de 3 años en una empresa de alimentación, sin ningún antecedente clínico de interés.

En un golpe fortuito con un borde de una máquina, no de gran intensidad, sintió un dolor agudo en el tercer dedo de la mano derecha, por lo que acudió al servicio médico.

En la exploración, el dolor y la clínica no correspondían con el trauma recibido, por lo que fue enviada a la mutua para la realización de una radiografía (**Figuras 1 y 2**).

CLÍNICA

Los quistes óseos solitarios generalmente son asintomáticos, sobre todo en personas mayores, y debutan como una fractura patológica, siendo ésta, además, la complicación más

frecuente. En caso de producir sintomatología, puede ser dolor, tumefacción e incluso rigidez articular si se produce cerca de la articulación.

Posibles complicaciones que se pueden ocasionar son, como se ha visto, la fractura patológica, que se puede producir hasta en un 65% de los casos, la posibilidad de recidivas, si el tratamiento se ha realizado antes de los 10 años, por lo que conviene hacerlo en el momento oportuno. La degeneración maligna, aunque se ha visto como posible complicación, ocurre en raras ocasiones y se manifiesta en distintos tipos de tumores: condrosarcoma, osteosarcoma, fibrosarcoma y liposarcoma.

DIAGNÓSTICO

Las lesiones pueden ser diagnosticadas como consecuencia de un traumatismo mínimo, presentándose con una fractura patológica en un paciente sin sintomatología previa o bien ser un hallazgo radiológico casual. Los hallazgos radiológicos, junto con la localización, son a menudo diagnósticos, siendo la biopsia por punción la prueba diagnóstica de confirmación.

Radiológicamente se presenta como una lesión lítica ligeramente

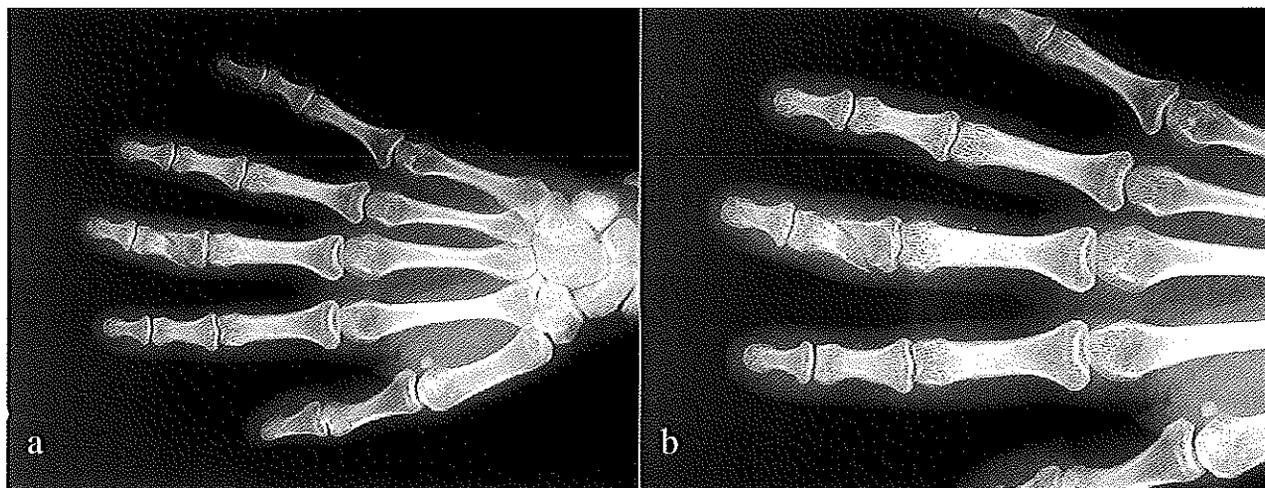


Figura 1. a) RX PA de mano. b) RX AP ampliada de mano.

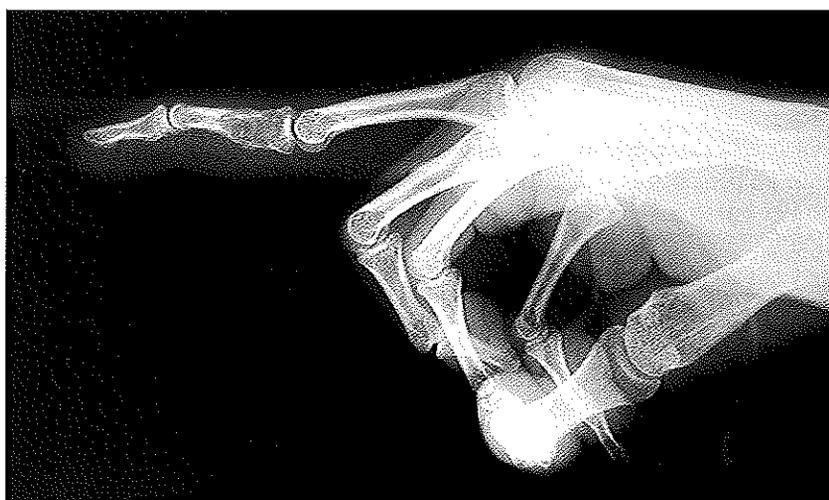


Figura 2. RX lateral de mano.

expansiva, de localización metafisaria central, y puede aparecer multiloculado. Si se produce fractura patológica, es típico el signo del "fragmento caído", descrito por Reynolds, en que un fragmento de hueso cortical roto se ha caído dentro del quiste, el líquido contenido en el quiste permite su desplazamiento y tiene un alto riesgo de fractura concomitante. En las lesiones atípicas puede recurrirse al TAC o RMN, que muestran una señal de líquido.

La gammagrafía puede mostrar un aumento de captación en la periferia y ausencia de captación en el centro, aunque esta presentación no es específica del quiste óseo simple.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante tener en cuenta tanto el sitio como la edad del paciente. Las patologías a descartar van a ser:

- Quiste óseo aneurismático.
- Granuloma eosinófilo.
- Encondroma.
- Displasia fibrosa.
- Tumor de células gigantes del hueso.
- Tumor pardo del hiperparatiroidismo.
- Absceso óseo.

TRATAMIENTO

Los factores a tener en cuenta a la hora de tratar un quiste óseo solitario son:

- Localización de la lesión, que sea o no hueso de carga.
- Localización dentro del hueso, proximidad a la fisis.
- Tamaño del quiste y su actividad.
- Grado de septación o loculación.

El tratamiento definitivo puede demorarse en los quistes de crecimiento lento situados lejos de la fisis, y en un paciente mayor de 10 años. Sin embargo, los quistes de crecimiento rápido o situados cerca de la fisis hay que tratarlos lo más pronto posible, para evitar fracturas o trastornos del crecimiento. Las fracturas provocan tabicamientos que hacen más difícil el tratamiento definitivo.

Las alternativas del tratamiento definitivo incluyen principalmente la aspiración e inyección de esteroides, curetaje e injerto óseo, descompresión con perforaciones múltiples, resección subtotal e injerto óseo, diafisectomía. Las nuevas técnicas que comprenden la implantación de injertos óseos homólogos o sustancias sustitutivas de hueso, o una combinación de ambos, son prometedoras por su bajo índice de complicaciones y menor probabilidad de reintervención.

Las fracturas patológicas se tratan ortopédicamente. En algún caso la fractura estimula la curación del quiste, aunque normalmente permanece sin cambios. Se aconseja tratar la fractura primero y el quiste después.



COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

M.T. del Campo Balsa

Servicio de Medicina del Trabajo. Coritel BPM España

A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women

Un estudio aleatorizado con bajas dosis de aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en mujeres

Ridker PM, Cook NR, Lee I-Min, Gordon D, Gaziano JM, Manon JE, Hennekens CH, Buring JE

New England Journal of Medicine 2005; 352: 1293-1304

La prevención cardiovascular ocupa un papel destacado dentro de la medicina preventiva que se realiza en un Servicio de Medicina del Trabajo. En la prevención secundaria de los accidentes cardiovasculares se ha demostrado el efecto beneficioso de la aspirina tanto en hombres como en mujeres (Antithrombotic Trialists' Collaboration, BMJ, 2002). Respecto a su prevención primaria, distintos estudios han demostrado que las bajas dosis de aspirina disminuyen el riesgo de un primer infarto de miocardio en hombres, con un efecto mínimo en los accidentes isquémicos cerebrales. En las mujeres, no se ha podido demostrar dicho efecto, que es el objetivo de este estudio.

Para ello, se consideró una muestra inicial de 39.876 mujeres sanas de edad igual o superior a 45 años, a las que se les asignó de forma aleatoria el seguir una pauta con 100 mg al día de aspirina o placebo. En este estudio prospectivo, al cabo de 10 años se revisó si habían sufrido enfermedades cardiovasculares importantes (infarto de miocardio no mortal, accidente cerebrovascular no mortal y mortalidad por enfermedad cardiovascular).

Durante el periodo de seguimiento se diagnosticaron 477 enfermedades cardiovasculares importantes en el grupo que siguió tratamiento con aspirina, mientras que en el grupo con placebo se diagnosticaron 522 enfermedades cardiovasculares. Dicha reducción del riesgo (9%) no alcanzó significación estadística (riesgo relativo: 0,91; intervalo de confianza de 95%: 0,80-1,03; $p = 0,13$). Respecto a cada una de las enti-

dades diagnósticas consideradas, se objetivó una reducción de un 17% en el riesgo de accidente cerebrovascular en el grupo tratado con aspirina, respecto al grupo tratado con placebo (riesgo relativo: 0,83; intervalo de confianza de 95%: 0,69-0,99; $p = 0,04$).

En concreto, se observó una disminución significativa de un 24% respecto a los accidentes cerebrovasculares de causa isquémica. Sin embargo, no se encontró una reducción significativa del riesgo de infarto de miocardio no mortal (riesgo relativo: 1,02; intervalo de confianza del 95%: 0,84-1,25; $p = 0,83$), ni de muerte cardiovascular (riesgo relativo: 0,95; intervalo de confianza del 95%: 0,74-1,22; $p = 0,68$).

No se encontró relación entre el efecto de la aspirina y la menopausia, el uso de terapia hormonal sustitutiva o el riesgo general cardiovascular. Respecto a los efectos secundarios, la incidencia de la hemorragia gastrointestinal fue significativamente superior en las mujeres que siguieron tratamiento con aspirina.

Las razones para encontrar diferencias en cuanto a sexo en el efecto de la aspirina sobre la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular no se conocen con exactitud.

De todo ello se deduce que actualmente la decisión de la prescripción de aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular de la mujer se debe hacer de una forma individualizada, valorando estrictamente el balance riesgo-beneficio.

Screening for breast cancer

Despistaje de cáncer de mama

Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW

JAMA 2005; 293: 1245-1256

En los protocolos de los reconocimientos médicos se contempla el despistaje de cáncer de mama en función de la edad y otros factores personales y familiares. Esta revisión actualiza el estado actual de dicho tema.



El despistaje de cáncer de mama que se hace en la comunidad puede no coincidir con el que aparece en los estudios aleatorizados y controlados. Además, en los últimos años han ido apareciendo nuevas técnicas diagnósticas que nos pueden ayudar a dicho diagnóstico precoz. La revisión de estas dos cuestiones ha sido el principal objetivo de esta revisión.

Para ello, se han considerado las publicaciones aparecidas en inglés, correspondientes a estudios aleatorizados y controlados sobre la efectividad del despistaje de cáncer de mama, así como metaanálisis, revisiones, otros estudios y guías.

La mayoría de las organizaciones médicas norteamericanas más importantes recomiendan el despistaje mediante mamografía a las mujeres de 40 o más años. El despistaje mediante mamografía disminuye la mortalidad por cáncer de mama de un 20 a un 35% en las mujeres de 50 a 69 años y ligeramente menos en las mujeres de 40 a 49 años, considerando un seguimiento a 14 años. Aproximadamente el 95% de las mujeres con alteraciones en estas mamografías no tenían cáncer de mama, lo que variaba dependiendo de la edad y el grado de la alteración radiológica.

Los estudios comparativos entre la mamografía digital y la convencional no encontraron diferencias significativas entre las mismas.

Un estudio sugiere que la detección mediante tomografía axial computarizada (TAC) aumenta el índice de diagnósticos de cáncer de mama, pero otro estudio con mayor número de población estudiada no encuentra semejante hallazgo.

La exploración clínica mamaria detecta algunos tumores que no se visualizaron en las mamografías, pero su sensibilidad en los estudios poblacionales es menor (28-36%) que en los estudios aleatorizados (alrededor de un 54%).

La autoexploración mamaria no ha demostrado ser efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, pero aumenta el número de biopsias de mama realizadas, debido a sus falsos positivos.

La resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecografía están siendo considerados para el despistaje de la mujer de alto riesgo de cáncer de mama, pero no se recomiendan para el despistaje de la población general. La sensibilidad de la RMN en las mujeres de alto riesgo es mucho mayor que la mamografía, pero la especificidad es menor. El efecto de la RMN sobre la mortalidad por cáncer de mama todavía no se conoce. Por todo ello, habría que hacer la valoración individual de su indicación diagnóstica.

Se concluye que la mamografía hoy por hoy sigue siendo el principal método diagnóstico para el cáncer de mama en la población general, mientras que la exploración clínica y la autoexploración mamaria tienen una efectividad menor. Parece que los nuevos métodos diagnósticos de imagen no sustituirán a la mamografía para el despistaje del cáncer de mama en la población general en los próximos años.

Mortality of workers exposed to ionizing radiation at the French National Electricity Company

Mortalidad de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes en la Compañía Nacional Eléctrica Francesa

Rogel A, Carré N, Amorós E, Bonnet-Belfais M, Goldberg M, Imbernon E, Calvez T, Hill C

American Journal of Industrial Medicine 2004; 47: 72-82

La exposición a radiaciones ionizantes en el trabajo constituye un riesgo de tipo físico del que se ha hablado profusamente, debido a su potencial riesgo cancerígeno. Actualmente, los trabajadores de centrales nucleares reciben bajas dosis de radiaciones ionizantes, pero durante un periodo de tiempo de su vida laboral que puede ser largo.

Éste es un estudio de cohorte sobre la mortalidad de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes de la empresa Electricité de France (EDF). Es considerable el tamaño de la muestra, que fue de 22.395 trabajadores expuestos a dicho tipo de radiación, a los que se incluyó en el estudio desde 1961 a 1994, realizándoles seguimiento durante 11,7 años de media.

Sorprendentemente, la mortalidad de este grupo de trabajadores es menor que la esperada según la estadística de mortalidad nacional (menor a un 50% de lo estimado), especialmente en los trabajadores cuya vida profesional ha transcurrido mayoritariamente en el sector nuclear. Al analizar la mortalidad causada por diferentes tipos de cáncer, no aparece un aumento significativo en el grupo de estudio respecto a la población general.

Al discutir estos resultados de mortalidad baja en los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes, se debe considerar que los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes han seguido unas revisiones médicas más frecuentes y exhaustivas que la población general.

Concordancia de la determinación de la presión arterial en el brazo y en el antebrazo de pacientes obesos

Vinyoles E, Pujol E, De la Figuera M, Tajada C, Montero P, García D

Medicina Clínica 2005; 124: 213-214

Actualmente, está aumentando el uso de la determinación de la presión arterial en el antebrazo. En el caso de las personas obesas, ¿es comparable su determinación en el antebrazo y la convencional en el brazo?



En este estudio descriptivo transversal, realizado en Atención Primaria con 54 pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 26 kg/m², se midió la presión arterial 3 veces en cada brazo y antebrazo en orden aleatorio (mediante un equipo OMRON 705CP).

Se encontró una media superior en el antebrazo que en el brazo: 137,7 (± 16,9) mmHg, frente a 132,1 (± 18)

mmHg ($p < 0,001$), en el caso de la presión arterial sistólica, y 79,8 (± 11,2) mmHg, frente a 78,3 (± 9,9) mmHg ($p = 0,04$), para la presión arterial diastólica, respectivamente. Los coeficientes de correlación intraclase brazo/antebrazo fueron de 0,83 (intervalo de confianza del 95%: 0,77-0,88) y de 0,74 (intervalo de confianza del 95%: 0,65-0,82), para la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. La

media de las diferencias entre brazo y antebrazo fue de 5,5 mmHg (intervalo de confianza del 95%: -14,5-25,5) para la sistólica y de 1,53 mmHg para la diastólica (intervalo de confianza del 95%: -13,5-16,5).

Este estudio de diseño conciso y de utilidad para la práctica clínica nos aconseja que no se utilice la determinación de la presión arterial en antebrazo en las personas obesas.



LIBROS

TRATADO DE NUTRICIÓN

Editor: Ángel Gil Hernández. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Granada.

Auspiciado por la **SENPE**.

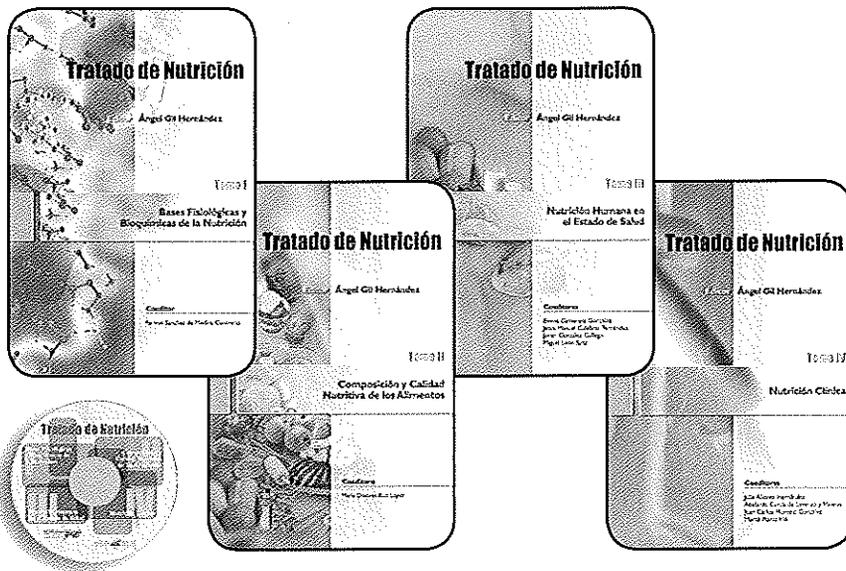
Editorial: Grupo Acción Médica.

El **Tratado de Nutrición** constituye una obra didáctica, moderna y actualizada, estructurada en 122 capítulos, agrupados por su temática en cuatro tomos: *Bases fisiológicas y bioquímicas de la Nutrición*, *Composición y calidad nutritiva de los alimentos*, *Nutrición humana en el estado de salud* y *Nutrición clínica*; además, y como valor añadido, lleva asociado un CD-ROM interactivo (animaciones, vídeos, test de autoevaluación, etc.).

El objetivo es proporcionar información contrastada sobre aquellos temas que sientan las bases de los nuevos conocimientos en Nutrición, muchos de los cuales avanzan a un ritmo vertiginoso. Tal es el caso de los capítulos dedicados

a la comunicación y señalización celular, la regulación de la expresión génica, del balance energético y de la composición corporal, la Nutrigenómica, la proliferación y muerte celular, la regulación del crecimiento y desarrollo, las bases biológicas del envejecimiento y el sistema inmunológico. Por otra parte, se ha abordado el estudio de los alimentos funcionales, los alimentos transgénicos, las adaptaciones metabólicas y los requerimientos nutricionales en diferentes situaciones fisiológicas, desde el recién nacido hasta el anciano, la epidemiología nutricional y la nutrición artificial en diferentes situaciones patológicas.

Dirigido a la formación de médicos, farmacéuticos, diplomados en Nutrición y Dietética, diplomados en Enfermería, y otros profesionales relacionados con las Ciencias de la Salud, como biólogos, bioquímicos, dietistas, etc., también es adecuado para enriquecer los conocimientos de los profesionales que actualmente desempeñan funciones en Unidades de Nutrición en centros hospitalarios, residencias de mayores, comedores escolares..., sin olvidar su función como libro de consulta.



Tomo I. Bases Fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición
Coordinador: F. Sánchez de Medina Contreras

Tomo II. Composición y Calidad Nutritiva de los Alimentos
Coordinadora: M.D. Ruiz López

Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud
Coordinadores: E. Camarero González, J.M. Culebras Fernández, J. González Gallego, M. León Sanz

Tomo IV. Nutrición Clínica
Coordinadores: J. Álvarez Hernández, A. García de Lorenzo y Mateos, J.C. Montejo González, M. Planas Vilà

SI DESEA ADQUIRIR EL TRATADO DE NUTRICIÓN, CONTACTE CON EL GRUPO ACCIÓN MÉDICA.
TELNO.: 91 536 08 14 • FAX: 91 536 06 07. MÁS INFORMACIÓN EN www.accionmedica.com



LIBROS

ERGONOMÍA Y SALUD

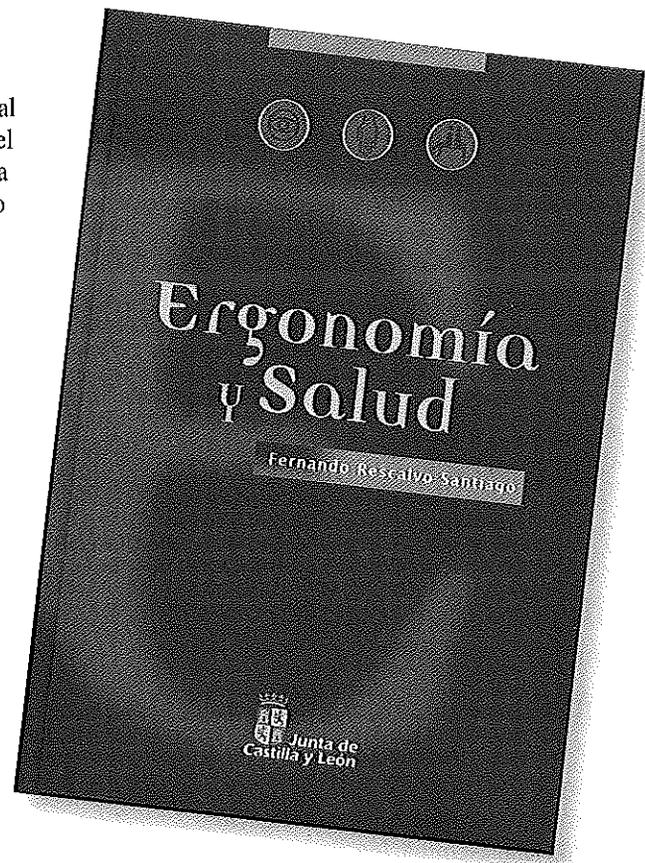
El día 21 de noviembre de 2004, en el II Simposium Nacional de Prevención de Riesgos Laborales, celebrado en Medina del Campo a propósito del V centenario de la muerte de Isabel la Católica, se presentó el libro "Ergonomía y Salud" editado por la Junta de Castilla y León, dirigido por el Dr. Fernando Rescalvo Santiago, responsable del Servicio de Prevención del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El libro *Ergonomía y Salud* es una obra colectiva y multidisciplinaria en la que han colaborado diferentes expertos (médicos del trabajo y de otras especialidades, enfermeros de empresa y técnicos de prevención), todos ellos con una amplia experiencia en el campo de la prevención de riesgos laborales.

Dicho libro surge ante la necesidad de promocionar al más alto nivel la salud de los trabajadores y con el propósito de colaborar en la formación continuada de los profesionales de los Servicios de Prevención, desde la óptica de que la ergonomía no es tan sólo un conjunto de diferentes métodos analíticos para evaluar el grado de adaptación del trabajo a la persona, sino que es aquella técnica capaz de aportar soluciones aplicando los conocimientos de sus ciencias básicas.

Aparte del programa oficial, contenido en el Reglamento de los Servicios de Prevención, en este libro también se abordan aquellos temas básicos que los autores han considerado necesarios, desde la perspectiva de su experiencia, para completar y facilitar el conocimiento de esta técnica de prevención de riesgos laborales, como son: el desarrollo histórico, el marco jurídico-normativo, la mejora de la calidad, los métodos de análisis, los efectos fisiopatológicos del ruido, la cinesiología humana, la ergo-oftalmología y la incapacidad laboral.

Se trata de un libro eminentemente práctico, cuyos objetivos son: sensibilizar a los empresarios y trabajadores sobre la magnitud de los problemas asociados con los factores ergonómicos y dar a conocer los mecanismos de producción de las alteraciones de la salud relacionadas con estos factores, junto con sus medidas preventivas.



AUTOR DEL LIBRO "ERGONOMÍA Y SALUD"

Director

Fernando Rescalvo Santiago

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista universitario en Ergonomía y Seguridad Laboral. Especialista universitario en Valoración del Daño Corporal. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Secretario de la Comisión Nacional de Medicina del Trabajo. Responsable del Servicio de Prevención. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.



LIBROS

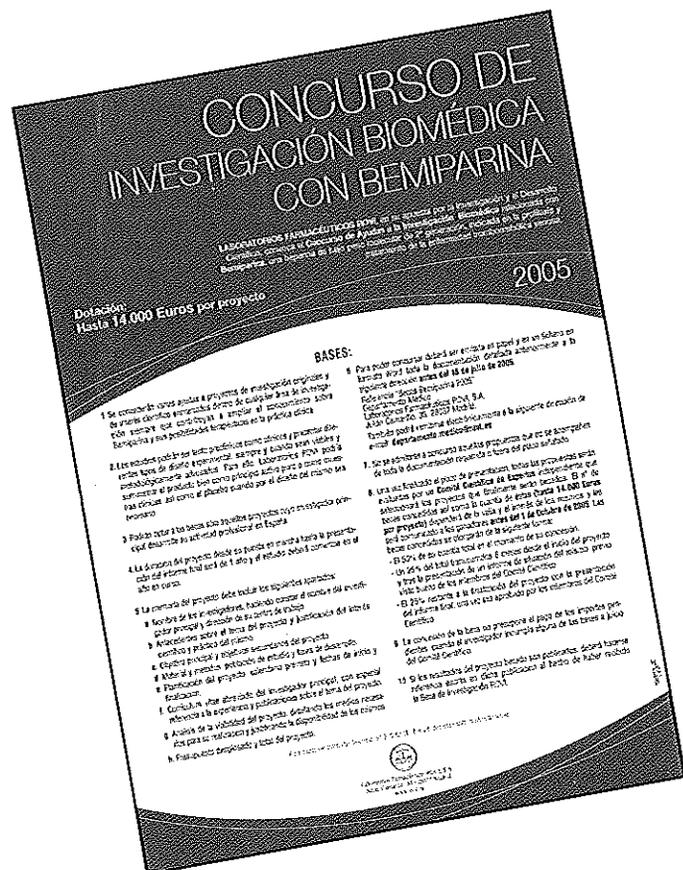
ÍNDICE DE CAPÍTULOS DEL LIBRO "ERGONOMÍA Y SALUD"

1. Condiciones de trabajo y salud
2. Conceptos y objetivos de la ergonomía
3. Desarrollo histórico de la ergonomía
4. Marco jurídico-normativo de la ergonomía
5. La ergonomía y las organizaciones supranacionales: OIT y UE
6. Mejora de calidad en ergonomía
7. Método de análisis en ergonomía
8. Cinesiología humana
9. Ergo-oftalmología
10. Efectos fisiopatológicos del ruido
11. Concepción y diseño físico del puesto de trabajo
12. Condiciones ambientales en ergonomía
13. Carga física de trabajo
14. Carga mental de trabajo
15. Factores psicosociales en el trabajo
16. Otros factores de naturaleza psicosocial en el trabajo
17. La organización y la empresa
18. El estrés
19. La incapacidad laboral y la ergonomía
20. Factores de riesgo ergonómico en el sector sanitario

NOTICIAS

CONCURSO DE BECAS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA CON BEMIPARINA

Laboratorios ROVI convoca, por tercer año consecutivo, el **Concurso de Ayudas a la Investigación Biomédica relacionada con Bemiparina**, la heparina de bajo peso molecular de segunda generación, indicada en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa. Se concederán varias ayudas a proyectos de investigaciones originales y de interés científico enmarcados dentro de cualquier área de investigación que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre bemiparina y sus posibilidades terapéuticas en la práctica clínica. La dotación será de hasta **14.000 euros por proyecto**. Las bases del concurso se pueden encontrar en la página web de Laboratorios ROVI (www.rovi.es). Si desea mayor información, puede solicitarla en el teléfono 91 375 62 36 o través de la siguiente dirección de correo electrónico: departamento.medico@rovi.es.





AGENDA

CONGRESO NACIONAL V CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

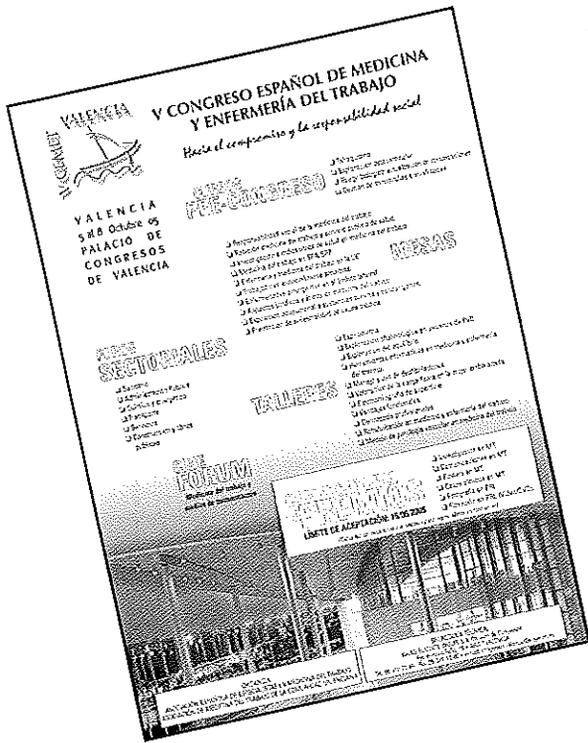
Valencia, 5-8 de octubre de 2005
Palacio de Congresos de Valencia

ORGANIZAN

Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana

CONVOCAN

Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral
Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario
Sociedad Nacional de Salud, Ambiente Laboral y Prevención de Riesgos
Asociación Catalana de Medicina del Trabajo



PROGRAMA

CURSOS PRE-CONGRESO

- Tabaquismo
- Exploración osteoarticular
- Riesgo biológico: actualización en inmunizaciones
- Gestión de minusvalías e invalideces

MESAS

- Responsabilidad social de la Medicina del Trabajo
- Relación Medicina del Trabajo y servicio público de salud
- Investigación e indicadores de salud en Medicina del Trabajo
- Medicina del Trabajo en SPA/SPP
- Enfermería y Medicina del Trabajo en la UE
- Trabajadores especialmente sensibles
- Enfermedades emergentes en el ámbito laboral
- Aspectos jurídicos y éticos en Medicina del Trabajo

- Exposición ocupacional a sustancias tóxicas y cancerígenas
- Prevención de siniestralidad de causa médica

TALLERES

- Espirometría
- Exploración oftalmológica en usuarios de PVD
- Exploración del equilibrio
- Herramientas informáticas en Medicina y Enfermería del Trabajo
- Manejo y uso de desfibriladores
- Valoración de la carga física en la mujer embarazada
- Electromiografía de superficie
- Vendajes funcionales
- Dermatitis profesionales
- Rehabilitación en Medicina y Enfermería del Trabajo
- Manejo de patología vascular en Medicina del Trabajo



AGENDA

FOROS SECTORIALES

- Sanitario
- Administración Pública
- Químico y energético
- Transporte
- Servicios
- Construcción y obras públicas

CINE FÓRUM

Medicina del Trabajo y medios de comunicación

CONVOCATORIAS DE PREMIOS

(límite de aceptación: 15/06/2005)

- Investigación en MT
- Comunicaciones en MT
- Pósters en MT
- Casos clínicos en MT
- Fotografía en PRL
- Filmación en PRL (vídeo/DVD)

(Todas las convocatorias con sección para especialistas en formación)

VALENCIA
5 y 6 | Octubre | 05
PALACIO DE CONGRESOS DE VALENCIA

V CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Hacia el compromiso y la responsabilidad social

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos: _____
 Dirección: _____
 Población: _____ C.P.: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____
 Centro de trabajo: _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN:
En euros y según se aplica a las categorías de: Abonamiento del empresario, personas de difícil inserción de trabajo y otros sectores, alumnos e inscripción a la feria y a la feria de la formación (aprox.)

	Antes y a los 05	Después y a los 05
Socios (*)	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 450
No socios	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 550
MIR y estudiantes	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 350
Cursos precongreso	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45

(*) Miembros de las siguientes sociedades: Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana, Asociación Española de Experto en Medicina del Trabajo, Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, Asociación Española de Medicina del Trabajo y Salud Laboral, Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

CURSOS PRECONGRESO: (Plazas limitadas, cada curso requiere inscripción previa).
 CP01 TABAQUISMO
 CP02 EXPLORACIÓN OSTEOARTICULAR
 CP03 RIESGO BIOLÓGICO: ACTUALIZACIÓN EN NANOMINERACIONES
 CP04 GESTIÓN DE MANUSVALTAS E INVAZIODES

TALLERES: (Plazas limitadas. Inscripción a dos talleres incluido en la cuota de inscripción al congreso, a partir del tercero el precio por taller será de 50 euros).
 T01 ESPIROMETRÍA
 T02 EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA EN USUARIOS DE PVD
 T03 EXPLORACIÓN DEL EQUÍLIBRIO
 T04 HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS EN MEDICINA DEL TRABAJO
 T05 MANEJO Y USO DE DESFIBRILADORES
 T06 VALORACIÓN DE LA CARGA FÍSICA EN LA MUJER EMBARAZADA
 T07 ELECTROFONOGRAFÍA DE SUPERFICIE
 T08 VENDAJES FUNCIONALES
 T09 DERMATOSIS PROFESIONALES
 T10 REHABILITACIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO
 T11 MANEJO DE LA PATOLOGÍA VASCULAR EN MEDICINA DEL TRABAJO

VALENCIA
5 y 6 | Octubre | 05
PALACIO DE CONGRESOS DE VALENCIA

FOROS SECTORIALES: (Plazas limitadas, cada foro requiere inscripción previa).
 FS01 SANITARIO
 FS02 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
 FS03 QUÍMICO Y ENERGÉTICO
 FS04 TRANSPORTE
 FS05 SERVICIOS
 FS06 CONSTRUCCIÓN Y OBRAS PÚBLICAS

FORMA DE PAGO:
 A) TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA:
 Santander Central Hispano: 0049 1500 03 28039929 (imprescindible adjuntar copia)
 Adjunto remito copia de la transferencia bancaria por un importe de _____ correspondiente a mi inscripción.

B) TARJETA DE COMPRA DE EL CORTE INGLÉS:
 Tarjeta: _____
 Autorizo el cargo de _____ en mi tarjeta de compra de El Corte Inglés, S.A. correspondiente a mi inscripción/adjuntando.

Fecha: _____ DNI: _____

Remite a la Secretaría Técnica del Congreso:
VALES EL CORTE INGLÉS, S.A. (División de Congresos)
 Paseo Valencia Feria, 15 - Euzkadi, 46009 VALENCIA
 Tel: 96 30 31 89 - Fax: 96 30 10 45
 E-mail: congresos@valdesingles.es

CANCELACIONES:
 • Penalización del 10% si la cancelación se produce con más de 30 días de antelación a la fecha de inicio del Congreso.
 • Penalización del 30% entre 30 y 15 días antes del inicio del Congreso.
 • Penalización del 100% si la cancelación se produce a partir del 20 de septiembre de 2005.

ASPITOPIC,
un gel que va directo a tejidos diana.



esto sí que
es un tópicó

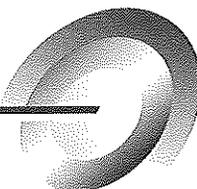
Una absorción más rápida
para un mayor alivio del dolor en sus pacientes.

En los procesos dolorosos, reumáticos o traumáticos, **Aspitopic**® se absorbe más rápido gracias a sus propiedades lipofílicas y facilita una alta concentración en los tejidos inflamados. Así, **Aspitopic**® es más eficaz aliviando el dolor y reduciendo la inflamación.

ASPITOPIC® GEL

Etofenamato

Directo a tejidos diana





ASPITOPIC® GEL

Etofenamato

Directo a tejidos diana



ASPITOPIC® GEL: Analgésico antiinflamatorio. Vía tópica. **COMPOSICIÓN:** 100 g de gel contienen: Etofenamato (DCI) 5 g; Excipientes: Alcohol isopropílico, alcohol etílico, carbomero, trolamina y agua purificada. **PROPIEDADES:** El etofenamato es una sustancia de potente acción antiinflamatoria para el tratamiento tópico de procesos dolorosos, tanto reumáticos como traumáticos, que penetra fácilmente a través de la piel. Favorece la recuperación de la movilidad y el funcionalismo de las articulaciones afectadas, dejando asimismo una agradable sensación de frescor. **INDICACIONES:** Procesos reumáticos e inflamatorios agudos y crónicos, como: reumatismo muscular, lumbago, ciática, isquialgias, tendinitis, tendosinovitis, bursitis, artritis gotosa, periartritis y fibrositis. Luxaciones, torceduras, esguinces y contusiones. Traumatismos por deporte o accidente. Como coadyuvante en las enfermedades reumáticas degenerativas del aparato locomotor. **POSOLOGÍA:** Aplicar 3 a 4 veces al día una porción de 5 a 10 cm del gel sobre la zona afectada, friccionando suavemente.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a las flufenaminas. No aplicar sobre heridas o lesiones eczematosas. **PRECAUCIONES:**

Utilizar con precaución durante los tres primeros meses de embarazo. **ADVERTENCIAS:** Advertencias sobre excipientes. Las aplicaciones frecuentes pueden producir irritación y sequedad de piel. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Raramente, pueden aparecer reacciones irritativas pasajeras de la piel. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Por vía tópica, la intoxicación es prácticamente imposible. En caso de ingestión accidental, debe procederse al lavado de estómago y tratamiento sintomático si fuera necesario.

En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915620420. **PRESENTACIÓN:** Tubo con 60 g. 2,59€. Registrado en la A.E.M. con el nº 56.338. QUÍMICA FARMACEÚTICA BAYER, S.A. Pau Claris, 196 - 08037 Barcelona. «Con receta médica». Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.



Bayer HealthCare

Química Farmacéutica Bayer, S.A.
Pau Claris, 196 - 08037 Barcelona

Ponte al día en dolor. Termalgin® 650 mg

Potencia comprimida



Termalgin®
650mg



Nuevo Termalgin®
650 mg
Mayor dosis

Fácil de tragar
Comprimido más
pequeño

No deja sabor
amargo
Su mayor compacta-
ción no deja sabor
amargo

Fácil de partir
En dos mitades de
325 mg

NUEVO CURSO ON LINE
Abordaje integral del dolor en atención primaria

Elaborado y coordinado por el Grupo de Trabajo Dolor SEMERGEN