

Prevalencia de "burnout" en pediatras

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo que Pistelli y col.¹ han publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría* acerca del síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Notamos que los autores han omitido calcular la prevalencia de *burnout* en la población estudiada.

Seguramente ellos han seguido la recomendación de Maslach y Jackson,² autores del instrumento utilizado para valorar el síndrome (*Maslach Burnout Inventory*), en el sentido de mantener separadas las puntuaciones de cada dimensión (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), y no combinarlas en una puntuación única. Se debe recordar que este instrumento no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de *burnout*, sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones evaluadas, que se categorizan como bajo, medio o alto de acuerdo a puntos de corte predeterminados para cada cultura y grupo profesional.

A pesar de la recomendación de Maslach y Jackson, muchos autores han combinado los puntajes en un intento por establecer cifras de prevalencia que, si bien pueden resultar muy variables por falta de consenso en su definición (desde 27% al considerar compromiso de tres dimensiones³ a 76% si se considera compromiso de sólo una dimensión),⁴ permite establecer cierto diagnóstico de situación de la organización y comparación con otras instituciones.

Aunque aceptamos el correcto criterio de los autores al ceñirse a las directivas de Maslach, la estimación de una prevalencia, con todas las limitaciones antes mencionadas, permitiría establecer cierto grado de comparación con otros estudios publicados. ■

Dra. Andrea Martins

Dr. Fernando Ferrero

Docencia e investigación.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Buenos Aires

1. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés M. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(2):129-134.
2. Maslach C, Jackson S. The Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. Palo alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
3. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136(5):358-67.
4. Fonseca M, Sanclemente G, Hernandez C, Visiedo C, Bragulat E, Miro O. Residents, duties and burnout syndrome. *Rev Clin Esp* 2010;210(5):209-15.

Respuesta

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés las consideraciones hechas por la Dra. Andrea Martins y el Dr. Fernando Ferrero, vinculadas con aspectos concretos de nuestro trabajo "Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado", *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(2): 129-134.

Al respecto, corresponde señalar que nuestro grupo de investigación consideró calcular la prevalencia de *burnout* en la población estudiada, aunque se optó por lo publicado tomando en cuenta que, según el instrumento utilizado, las dimensiones del mencionado síndrome tienen diferente signo (cansancio emocional y despersonalización indican mayor desgaste a superior puntuación, en tanto que la realización personal señala mayor frustración con los valores más bajos).¹

Por ello, nos pareció adecuado analizar los resultados de cada subescala en forma independiente considerando, además del diseño de Maslach y Jackson, los comentarios especiales de Redondo Granado² (cita n° 10 en nuestro trabajo), quien señala expresamente que "...un error lo constituye sumar o mezclar las puntuaciones de las tres escalas, situación imposible ya que cada uno de los tres parámetros utiliza diferente sistema de puntuación e, incluso, de diferente signo: una en positivo (más puntos más *burnout*) y otra en negativo (más puntos menos *burnout*)...y el más común es comparar los resultados de diversos trabajos que no son equiparables".

Abogando porque el tema sea cada vez más integralmente enfocado, lo cual, a no dudarlo, contribuirá en su favor, agradecemos la lectura crítica de nuestro trabajo y, a la Revista, su publicación, hecho que permitió este enriquecedor intercambio de miradas. ■

Cordiales saludos,

Dra María Cristina Tarrés

1. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
2. Redondo Granado MJ. Errores frecuentes en la comparación de resultados de estudios sobre burnout o desgaste profesional. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63:380-1.

De la investigación básica y la práctica clínica

Sr. Editor:

Felicitaciones para Bortolin y asociados, por un trabajo de investigación de excelente manufactura y seriedad.¹ Felicitaciones también para "Archivos" por brindar el espacio necesario para publicaciones de esta clase.

El artículo refleja la importancia liminal de los proyectos de investigación básica relacionada con la clínica. Desde siempre ha existido la combinación de investigaciones de ciencia básica que derivan hacia el cuidado del paciente (*bench-to-bedside research*). El camino inverso ha sido utilizado en forma primigenia por la neonatología casi desde su nacimiento. Se entiende que esto sea así, porque la nueva especialidad carecía de sustento básico para muchos de los procedimientos que debían implementarse sin demora, en pos de reducir las elevadas cifras de morbilidad que avenaron su origen. Luego de este espíritu pionero, otras especialidades siguieron derroteros similares.

Otro poderoso acápice que surge de la lectura de este trabajo, es la importancia de la observación clínica sobre datos de poblaciones, que debe ser resaltado sobre todo para las generaciones más noveles en nuestra disciplina y en otras. Tal el caso de la sesuda observación de Charles Bauer, citada en el trabajo de referencia. La misma fue motivo de inspiración para nuestro trabajo de experimentación clínica que demostró una reducción importante en la incidencia de enterocolitis necrotizante neonatal en pacientes nacidos de madres tratadas con corticoides prenatales.²

Por último, pero no menos importante, este trabajo señala, más allá de su excelente contenido y conclusiones, el camino a seguir. Demuestra que la conjunción entre ciencias básicas y la investigación clínica es una necesidad de confluencias, más que de conflicto, desterrando el mito acerca de las limitaciones finitas de la ciencia básica en lo que hace a cuidado del paciente. Trabajos de esta índole prestigian a nuestra especialidad y subliman el potencial de investigación existente en el país. Se prestigia también nuestra Revista, auspiciando –con su publicación– trabajos de tamaño estirpe, antiguamente circunscriptos a las publicaciones dedicadas casi exclusivamente a la investigación alejada del fuero de la clínica práctica. ■

Dr. Eduardo Halac

Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica
Universidad Nacional de Córdoba

1. Bortolin L, Boer M, Christiansen S, García Rivello H, et al. Efectos de la administración de glucocorticoides prenatales en el desarrollo de la enterocolitis necrosante en neonatos de rata wistar. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1):24-29.
2. Halac E, Halac J, Begue EF. Prenatal and postnatal corticosteroid therapy to prevent neonatal necrotizing enterocolitis. *J Pediatr* 1990; 117 (1): 132-8.

Uso de misoprostol y malformaciones congénitas

Sr. Editor:

He leído con sumo interés el artículo de Barbero y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es importante por su diseño y resultados.

Envío algunas comentarios sobre el estudio, que espero contribuyan a una mejor interpretación de los resultados presentados.

Sería importante haber incluido las *muerres fetales* (MF) en el estudio y la incidencia de malformaciones congénitas (MC) tanto para los expuestos al misoprostol (MP) como en los no expuestos. Dos estudios locales han demostrado que las MC se asocian a la mortalidad fetal: 11,7% en un estudio de autopsias² y 23,7% en un estudio epidemiológico de 10 años (n= 672).² Esto podría provocar un potencial *sesgo* de selección al no incluirlas.

Los autores refieren una *potencia* del estudio del 60% que predispondría al error tipo II; al recalcular el tamaño muestral con los datos presentados (alfa 95%, β 80%, relación expuestos/ no expuestos 1:4) se hubieran requerido 1152 pacientes. Sería interesante que explicaran cómo llegaron a esa cifra.

El *exceso de riesgo* del estudio indica que 5,87% adicional de MC entre los expuestos al MP es atribuible al MP y estima en cuánto la carga de enfermedad entre los expuestos se reduciría si se eliminara el MP.⁴⁻⁵

Desde el punto de vista poblacional el *Número Necesario para Dañar* (NND) revela que serían necesarias 17 mujeres expuestas durante la gestación al MP para producir una MC (sin analizar abortos ni MF). Esto revela por qué el *Riesgo Atribuible Poblacional* fue muy bajo (1,38%).

Llaman la atención que para el ajuste se hayan utilizado solamente dos variables con potencialidad de *colinealidad* y que el riesgo ajustado fue superior al crudo (3,80 [IC 95% 1,05-14,61] vs. 2,82 [1,15 - 6,93]). Tan informativo como la *amplitud* del IC 95% señalada acertadamente por los autores y atribuible al tamaño muestral es el valor de su lí-

mite inferior (1,05) cercano a la hipótesis nula (falta de asociación). ■

Atentamente,

Dr Carlos Grandi
Investigador Independiente CIS
Epidemiología Perinatal y Bioestadística
Maternidad Sardá, Buenos Aires

1. Pablo Barbero, Rosa Liascovich, Rita Valdez y Angélica Moresco. Efecto teratogénico del misoprostol: un estudio prospectivo en Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(3):226-231
2. Fucksman R, Grandi C, Higa S, Clark M, Rittler M, Negri E, et al. Mortalidad Fetal: estudio epidemiológico en 375 autopsias de una maternidad pública. *Rev Soc Obstet Ginecol Buenos Aires (S.O.G.B.A.)* 1992;71: 132-160.
3. Valenti E, Grandi C, Barral R, Pensotti A, Gago A. Influencia de la edad materna avanzada y la edad gestacional sobre la muerte fetal: análisis por tablas de vida. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2007; 26: 159 -168.
4. Demirdjian G. Estudios de validación de métodos diagnósticos. En: Programa de Educación a distancia en Metodología de la Investigación para Pediatría (PREMIP). Nivel 2. Módulo 2.8, 2003.
5. Fletcher R, Fletcher S. Epidemiología clínica: elementos esenciales. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed 2006; Págs.74-76.

Uso de misoprostol y malformaciones congénitas

Sr. Editor:

De nuestra mayor consideración, hemos leído la carta enviada a *Archivos* por el Dr. Carlos Grandi sobre nuestro trabajo "Efecto teratogénico del misoprostol: un estudio prospectivo en Argentina".¹

En la carta se indica "Sería importante haber incluido las muertes fetales (MF) en el estudio y la incidencia de malformaciones congénitas tanto para los expuestos al misoprostol (MP) como en los no expuestos".

Sin embargo en el estudio se efectuó este análisis: abortos (que incluye todas las gestaciones detenidas, como está explicado en la metodología del trabajo) expuestas: 17/94= 18,1%; no expuestas; 29/401= 7,2%; RR= 2,27; IC 95%: 1,30-3,98) y

de descendencia con anomalías congénitas mayores, expuestas: 5/77= 6,49%; no expuestas: 8/372= 2,15%; RR= 3,02; IC 95%: 1,02-8,98.

Por otra parte la asociación entre malformaciones y aborto u óbito fetal es un hecho ampliamente conocido desde hace muchos años² y la limitación de este aspecto está referida en la discusión del trabajo.

El poder de prueba (potencia) del estudio se obtuvo de los datos presentados en el trabajo. El valor referido de 1152 pacientes requeridos es la estimación teórica del número de expuestas y no expuestas.

A partir de los datos de nuestro trabajo el Dr. Grandi realiza una serie de estimaciones concluyendo que "el Riesgo Atribuible Poblacional fue muy bajo (1,38%)". Sin embargo, esta conclusión es errónea, ya que el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) es la incidencia del evento en toda la población (casos con malformaciones en el total de nacimientos) menos la incidencia del evento en los no expuestos (casos malformados en no expuestos).³ De los datos de nuestro estudio no es posible calcular por lo tanto el RAP, el mismo podría ser estimado si conociéramos la frecuencia de exposición a misoprostol en la población.

Finalmente en nuestro trabajo el riesgo ajustado fue mayor al crudo pero con un intervalo de confianza más amplio. Las diferencias entre datos crudos y ajustados y su sentido (aumento o disminución) dependen claramente de la influencia de las variables en el análisis multivariado. ■

Atentamente,

Dr. Pablo Barbero
Dra. Rosa Liascovich
Dra. Rita Valdez
Dra. Angélica Moresco

1. Barbero P, Liascovich R, Valdez R, Moresco A. Efecto teratogénico del misoprostol: un estudio prospectivo en Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(3):226-231
2. Warburton D, Fraser F. Genetic aspects of abortion. *Clin. Obstet. Gynec* 1959; 2(1)22-35.
3. Gordis L. Epidemiology. Filadelfia, PA: WB Saunders. 1996.