El uso de prueba no paramétricos la prueba U Mann-Whitney, se empleó para determinar las diferencias entre grupos por género y además por relación. Para conocer si se presentaban diferencias entre qué grupos (tres o más grupos) según experiencia, tiempo laboral y rango jerárquico, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis (Kruskal & Wallis, 1952), método no paramétrico.

Tabla 2.
Diferencias entre los grupos y riesgo de Síndrome de Burnout.

		Nivel de Síndrome Bournout			
		Bajo	Medio	Alto	p valor
Género	Femenino	25 (32,9%)	41 (53,9%)	10 (13,2%)	
	Masculino	4 (16,6%)	16 (66,6%)	7 (29,1%)	0.035**
Relación	Si	13 (12,6%)	29 (28,2%)	9 (8,7%)	0.82
	No	16 (15,5%)	28 (27.2%)	8 (7,8%)	
Experiencia	Menos de 5 años	3 (2,9%)	17 (16,5%)	6 (5,8%)	
	de 6 a 15 años	12 (41,4%)	26 (45,6%)	8 (7,8%)	0.022**
	más de 15 años	14 (48,3%)	14 (13,6%)	3 (2,9%)	
Tiempo Laboral	Menos de 5 años	8 (7,8%)	28 (27,2%)	10 (9,7%)	
	de 6 a 15 años	14 (13,6%)	24 (23,3%)	5 (4,9%)	0.06
	más de 15 años	7 (6,8%)	5 (4.9%)	2 (1.9%)	
Rango	Auxiliar	4 (3,9%)	6 (5,8%)	2 (1,9%)	
	Jefatura	3 (2,9%)	4 (3,9%)	0 (0,%)	
	Licenciada	12 (11,7%)	14 (13,6%)	4 (3,9%)	0.386
	Otro	4 (3,9%)	5 (4,9%)	2 (1,9%)	
	Residente	1 (1,0%)	7 (6,8%)	4 (3,9%)	
	Tratante	5 (4,9%)	21 (20,4%)	5 (4,9%)	

Los resultados que se muestran respecto a las diferencias entre características y el riesgo del Síndrome de Burnout, no existe diferencia significativa entre el personal de acuerdo con el tiempo laboral dentro del centro y el rango jerárquico. Sin embargo, si se evidencia una diferencia respecto al género del participante y el tiempo de experiencia que reportan tener en el campo de la salud.

Discusión

En la actualidad dentro de las organizaciones, el desempeño laboral juega un papel importante, especialmente en el sector salud, puesto que se relaciona directamente con la calidad de atención que la institución pueda ofrecer a sus usuarios. De igual manera, el síndrome de Burnout en el ámbito laboral ha generado una problemática de salud pública que se vincula con el nivel de desempeño que pueda tener el trabajador.

Este estudio emplea la escala reducida del cuestionario de The Ecuadorian Version of the Burnout Assessment Tool (BAT) (Vinueza-Solórzano et al., 2021) adaptada al contexto ecuatoriano, para evaluar el burnout como medida global, facilitando el levantamiento de información ya que el enfoque del estudio no se orienta a las dimensiones.

Ante este escenario, el objetivo de este estudio fue determinar de qué forma incide el Síndrome de Burnout en el desempeño laboral del personal de Salud del área de emergencia del hospital del niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante, cuyos resultados revelan que no existe relación significativa entre las dos variables estudiadas, puesto que el 64,1% los participantes en este estudio tienen un nivel medio de desempeño laboral y que el riesgo de síndrome de burnout en el 55,3% es de nivel moderado. Contrariamente a las expectativas, esta investigación encontró que sentirse agotado frente a las tareas laborales, no ha contribuido a reducir el desempeño laboral.

Este hallazgo termina siendo consistente con los datos recogidos en el estudio efectuado en el personal de salud del Centro de Salud Vallecito, Perú por Lauracio y Lauracio (2020) donde señalan que estas 2 variables no tienen relación debido a que el desempeño laboral se encuentra en nivel alto y en cambio este síndrome se encuentra en un nivel medio.

Conclusiones

El efecto del Síndrome de Burnout en el desempeño laboral en el personal de Salud del área de emergencia del hospital del niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante, no evidenció resultados estadisticamente significativos entre las variables, si se considera el contexto social de los participantes, así, los datos

obtenidos son de extrema importancia, dado que pueden proporcionar una mirada más amplia para el cuidado de la población del área de emergencia.

La relación del Síndrome de Burnout que se obtuvo con el instrumento BAT12, indicó que 57 participantes (55,3%) presentaron riesgo moderado, 29 (28,2%) bajo riesgo y 17 (16,5%) alto riesgo. En comparación con otros estudios la prevalencia de alto riesgo del síndrome (21,2%), está acorde cuando es comparada a otras investigaciones en profesionales de la salud.

Los resultados respaldan que el personal que tiene menos de 5 años de experiencia, están más propensos a presentar el síndrome de Burnout, la no adaptación a las condiciones de trabajo, la ausencia de experiencia ante el manejo de la presión laboral en contexto de atención de urgencias.

Existen varios estudios que destacan evaluar el predominio del riesgo síndrome de Burnout en mujeres, en este grupo la mayor proporción de participantes (73,8%) son de género femenino, identificando diferencias entre los géneros para el indicativo de riesgo. Se contribuye al desarrollo del riesgo de síndrome de Burnout el hecho de tener una relación, casado y en unión (50,5%), en este caso no se evidencia una diferencia significativa, en respaldo a la carencia de esta relación en otros estudios.}

Recomendaciones

La necesidad de contar, dentro del Ecuador, con más estudios en las unidades hospitalarias, que permitan contrarrestar los resultados obtenidos y enriquecer el análisis de la relación que existe entre las variables descritas.

Fortalezas y Limitaciones
Al analizar las fortalezas del trabajo realizado, se destaca que la muestra poblacional es representativa dentro del hospital estudiado, pues se consiguió la participación de casi la totalidad de trabajadores y empleados del área con base en 116 personas dentro de esta investigación.

Como fortaleza también se destacan las escalas de evaluación desarrolladas en los últimos años, tanto para el síndrome de Burnout como del desempeño laboral, ya que los datos obtenidos obligan a una oportuna intervención a la hora de evaluar decisiones.
Dentro de las limitaciones encontradas se incluye la forma de realizar la encuesta, pues depende de la disponibilidad horaria de los trabajadores; y que, a su vez, esto alargue el tiempo de recolección de datos y por ende su análisis.

Bibliografía

1. Aldrete Rodríguez, MG (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia y Trabajo, 17(52), 32-36.

2. Arias Gallegos, WL (2021). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). Medicina y Seguridad del Trabajo, 67(263), 331-344. Recuperado el 22 de julio de 2021, de http ://scielo .isciii .es /scielo .php ?script =sci_arttext &pid =S0465 -546X2017000400331 &lng =es &tlng =es

3. Barbosa, LC, Muñoz, ML, Rueda, PX y Suárez, KG (2009). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios. Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología, 2(1), 21-30.

4. Campbell, J., y Wiernik, B. (2015). La evaluación del desempeño laboral a través de modelos. The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 2, 47-74.

5. Chiavenato, I. (1999). Subsistema de aplicación de recurso humano. En L. Arévalo

(Ed.), Administración de recursos humanos (págs. 279-395). Editorial McGraw Hill.

6. Cotrina-Onofre, Y. (2019). Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. Uniheval, 127-132.

7. Cuello, R., Cienfuegos, R., & Aguilar, D. (2020). El desempeño laboral desde una perspectiva teórica. Revista de Investigación Valor Agregado, 7(1), 109-121.

8. Díaz Bámbula, F., & Carolina Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. Psicología desde el Caribe, 33(1), 113-131.

9. Dysvik, A., y Kuvaas , B. (2011). La motivación intrínseca como moderador de la relación entre la autonomía laboral percibida y el desempeño laboral. Revista Europea de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 20(3), 367-387 . https://doi.org/10.1080/13594321003590630

10. Gil, P. y Zúñiga, L. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. Universitas Psicológica, 9(1), 169-178.

11. Guevara, CA, Henao, DP y Herrera, JA (2002). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica, 35(4), 173-178.

12. Hermosa, AM (2006). Satisfacción laboral y síndrome de "burnout" en profesores de educación primaria y secundaria. Revista Colombiana de Psicología, 15, 81-89.

13. Lachiner Saborío Morales, LF (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 32(1), 119-124.

14. Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: un problema moderno. Revista Entorno, 70, 110-120.

15. Nor, NLM (2020). Estrés ocupacional, satisfacción y desempeño laborales entre docentes: un marco de investigación. Revista Internacional de Investigación Académica en Negocios y Ciencias Sociales, 10(5), 919-924.

16. Oramas, A., González, A., & Vergara, A. (2007). El desgaste profesional, evaluación y factorización del MBI-GS. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 8(1), 37-45.

17. Ortíz Rojas, M. (2019). Síndrome de burnout en el personal de salud de las áreas de cirugía general y emergencia del Hospital General Puyo. Ciencia Digital, 6(25).

18. Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia, (112), 42-80. Recuperado de https ://www. redalyc .org /articulo. oa? id =525752962004

19. Matamoros, MB (1997). El síndrome de burnout en personal profesional de la salud. Medicina Legal de Costa Rica, 13-14(2-1), 189-192.

20. Murillo, Pensilvania (2018). Síndrome de burnout en personal de salud de Unidades de Medicina Crítica. Cambios, 17(2), 34-39. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1005229/revista_cambios_julio_2018_vol17_num2_art -6.pdf

21. Orellana López, DM, & Sánchez Gómez, MC (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. Revista de Investigación Educativa, 24(1), 205-222.

22. Ramawickrama, J., Opatha, HHDNP y PushpaKumari, M. (2017). Una síntesis hacia el constructo del desempeño laboral. International Business Research, 10(10), 201-212.

23. Castro Romero OS, Romero Urrea HE. FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: Psychosocial risk factors that affect the development of burnout syndrome in nurses. Más Vita Rev Cienc Salud [Internet]. 2022;4(2):31–49

24. Pérez, AM (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Dialnet, 3, 39.

25. Pérez Martínez, VT (2005). El deterioro cognitivo: Una mirada preventiva. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(1-2). Recuperado el 24 de febrero de 2022, de http ://scielo .sld .cu /scielo .php? script =sci_arttext &pid =S0864 -21252005000100017 &lng =es &tlng =es

26. Rozo, M. (2007). Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. Psicología: Avances en la Disciplina, 1(1), 185-214.

27. Sarmiento Valverde, GS (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. Horizonte Médico (Lima), 19(1), 67-72.

28. Silva, Y. (2006). ¿Estás de guardia o están en guardia los trabajadores de la salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el síndrome de burnout. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 3(1), 61-69.

29. Thomas, M., Kohli, V. y Choi, J. (2014). Correlaciones del agotamiento laboral entre los trabajadores de servicios humanos: implicaciones para la retención de la fuerza laboral. The Journal of Sociology & Social Welfare, 41(4), artículo 5.

30. Thomae, MN, Ayala, EA y Sphan, M. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina, 153, 18-21.

31. Vinueza-Solórzano, AM, Portalanza-Chavarría, CA, de Freitas, CPP, Schaufeli, WB, De Witte, H., Hutz, CS, & Souza Vázquez, AC (2021). La versión ecuatoriana de la herramienta de evaluación del burnout (BAT): Adaptación y validación. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública, 18(13) , 7121. https://doi.org/10.3390/ijerph18137121

32. Vinokur-Kaplan, D. (2009). Motivación del desempeño laboral en organizaciones de servicios humanos. En RJ Patti (Ed.), The handbook of human services management (pp. 209-237).

33. Organización Mundial de la Salud. (sf). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de https ://icd .who .int /browse11 /l -m /es

REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA
"DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE"

Coordinación de Docencia e Investigación

Características clínicas de los pacientes pediátricos con síndrome de Fahr. A propósito de un caso

Dra. Martha Leticia Neira Morante.
Pediatra posgradista de Cuidados Intensivos Pediátricos – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Dr. Ángel Guillermo Velasteguí Gómez.
Intensivista Pediatra. Hospital del Niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante.

Dra. Kira Evelyn Sánchez Piedrahita.
Intensivista Pediatra. Hospital del Niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante.

Resumen
El síndrome de Fahr es una patología poco frecuente caracterizada por calcinosis cerebral, usualmente encontrada incidentalmente y de manera tardía en individuos con sintomatología neurológica y psiquiátrica, con dichas manifestaciones desde edades tempranas. Es un trastorno genético, de etiología no clara, de comportamiento autosómico dominante y puede asociarse a etiología tipo metabólica, hereditaria, o adquirida.

Palabras clave
Síndrome de Fahr, calcificaciones, convulsiones.

Abstract
Fahr syndrome is a rare pathology characterized by cerebral calcinosis, usually found incidentally and late in individuals with neurological and psychiatric symptoms, with these manifestations from an early age. It is a genetic disorder of unclear etiology with autosomal dominant behavior and can be associated with metabolic, hereditary, or acquired etiology.

Keywords
Fahr syndrome, calcifications, seizures

Introducción

Las calcificaciones de los ganglios basales poseen un amplio espectro de presentación clínica. (Pistacchi, 2016) Estos pueden estar presentes como cambios fisiológicos del envejecimiento, ser hallazgos incidentales en sujetos totalmente asintomáticos o ser el resultado de alteraciones incapacitantes. (Jaworski, 2017) Cuando estos hallazgos radiológicos se asocian a manifestaciones neuropsiquiátricas sin causa secundaria, se denominan Enfermedad de Fahr; actualmente, se ha recomendado el uso del término calcinosis bilateral estriado-pálido-dentada (BSPDC) (Donzuso, 2019), o Síndrome de Fahr para la condición que se desarrolla como consecuencia de una enfermedad que producen los depósitos de calcio. (Di Fonzo, 2008) La diferencia entre estas dos entidades radica en su etiología.

La Enfermedad de Fahr se debe a alteraciones primarias, conocidas anteriormente como

idiopáticas (Tovar, 2022), término reevaluado dado que se han descrito múltiples mutaciones génicas relacionadas (Saleem, 2013); por otra parte, en el Síndrome de Fahr las calcificaciones cerebrales pueden ser secundarias a distintas patologías, como alteraciones metabólicas (Castro, 1999), infecciones, enfermedades autoinmunes, intoxicaciones, entre otras (Bonazza, 2011).

Objetivos

- Identificar las características clínicas de pacientes con Síndrome de Fahr.
- Conocer los factores de riesgo del Síndrome de Fahr.

Propósito

Dar a conocer las características clínicas del Síndrome de Fahr.

Caso clínico

Paciente femenina de 13 años con antecedentes clínicos que desde hace 7 años presenta hipoacusia progresiva llegando a comunicarse por señas, además presenta dificultad para la deambulación y perdida de la fuerza muscular, por lo que ya no caminaba, a esto se le suma disminución progresiva de la agudeza visual y trastornos alimentarios relacionados como anorexia desde hace 1 año previo a su ingreso hospitalario. Estas alteraciones sensoriales le impidieron continuar con su escolaridad desde los 6 años. Se notificó esquema de inmunizaciones completa para la edad, infecciones de vías urinarias a repetición, y litiasis ureteral y renal, además de falla renal crónica con uresis presente forzada con diurético osmótico oral.

Es referida desde el hospital de Balzar con cuadro clínico de 12 horas de evolución con cefalea y desviación de la mirada, acompañado de movimientos tónico-clónicos generalizados de más de 5 minutos de duración y vómitos numerosos. La paciente llega al hospital de Balzar en malas condiciones clínicas, en periodo postictal, con signos de deshidratación moderada, y realiza tres nuevos eventos convulsivos que no ceden con diazepam y fenitoína, siendo derivada.
Llega al hospital del Niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante en estado convulsivo, midriática, y desaturando (88%) a pesar de apoyo de oxígeno por cánula nasal. A su llegada a la emergencia se asegura vía aérea con intubación y se soporta con ventilación mecánica, se procede a instaurar medidas de neuroprotección y neuromonitorización, así como las medidas de hidratación y generales.

La tomografía simple de cerebro revela atrofia subcortical y calcificaciones dispersas en los ganglios de la base bilaterales y en áreas de sustancia blanca. La resonancia magnética de cerebro evidencia calcificaciones en el núcleo caudado, protuberancia, ganglios basales y atrofia del cerebelo.

El electroencefalograma estándar en estado de sueño inducido es anormal por la actividad de base desorganizada, asimétrica y extremamente enlentecida, no se evidencia actividad paroxística epileptiforme.

Se realizó ecografía abdominal y renal riñón derecho 7.4cm x 2.8cm y riñón izquierdo 7.7cm x 3.5cm con forma habitual disminuidos de tamaño y ecogenicidad aumentada, no diferenciación parénquima /seno renal, no ectasia del sistema pielocalicial además se observan colecciones anecoicas en ambas bases pulmonares en conclusión de estudio reporta hallazgos compatibles con nefropatía crónica + derrame pleural bilateral y consolidaciones en base pulmonar derecha.

Los estudios paraclínicos reportan leucocitosis, neutrofilia, gasometría con acidosis metabólica, tiempos de coagulación