

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Inmaculada Paneque^{a,b}, Nuria Galán-Páez^a,
María Rocío Camacho-Fernández de Liger^a, Carolina Lao-Peña^a,
Almudena Aguilera-Saborido^a y José López-Haldón^{a,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío,
Sevilla, España

^bFacultad de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: josee.lopez.sspa@juntadeandalucia.es,
jelhaldon@gmail.com (J. López-Haldón).

On-line el 28 de septiembre de 2022

BIBLIOGRAFÍA

- Hahn RT, Abraham T, Adams MS, et al. Guidelines for performing a comprehensive transesophageal echocardiographic examination: Recommendations from the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013;26:921–964.
- Flachskampf FA, Badano L, Daniel WG, et al. Recommendations for transesophageal echocardiography: update 2010. *Eur J Echocardiogr*. 2010;11:557–576.
- Toman H, Erkilinc A, Kocak T, et al. Sedation for transesophageal echocardiography: Comparison of propofol, midazolam and midazolam-alfentanil combination. *Med Glas*. 2016;13:18–24.
- Li CH, Gonzalez-Salvado V, Bertoli E, et al. Propofol sedation administered by cardiologist in echocardiographic studies. *REC CardioClinics*. 2022;57:48–54.
- El Mourad MB, Shaaban AE, El Sharkawy SI, Afandy ME. Effects of propofol, dexmedetomidine, or ketofol on respiratory and hemodynamic profiles in cardiac patients undergoing transesophageal echocardiography: A prospective randomized study. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2021;35:2743–2750.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.08.007>

0300-8932/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

Situación laboral de los jóvenes cardiólogos en España**Employment situation of young cardiologists in Spain****Sr. Editor:**

La pirámide poblacional en los especialistas en cardiología es de base más amplia que en otras especialidades, con gran número de profesionales jóvenes (un 39% es de edad \leq 40 años) y una baja proporción cercana a la jubilación (el 12% tiene 60 o más años)¹, tendencia que probablemente se mantenga debido al aumento de plazas de médico interno residente de cardiología (un 26% más en 8 años). La situación actual de oferta-demanda de cardiólogos se considera en equilibrio y no se prevén necesidades crecientes de especialistas en los próximos 10 años (algunos modelos matemáticos proyectan un superávit leve-moderado)¹. A esto se suma un auge en la contratación temporal (un 91% de los contratos en 2017)¹ y parcial (especialmente en el ámbito privado) y una creciente tendencia a la subespecialización.

Existen trabajos que abordan la situación laboral en otros países^{2,3}, pero no se conocía la de los cardiólogos jóvenes en España. Por ello, el grupo Jóvenes Cardiólogos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) llevó a cabo una encuesta *online* autoadministrada, voluntaria y anónima entre los miembros de la SEC especialistas de edad \leq 40 años (cotejada para evitar intrusión o duplicidad) de 40 ítems en 2 fases (septiembre de 2021 y enero-febrero de 2022).

Del total de 1.124 socios contactados, 334 (30%) respondieron (edad, $35,8 \pm 4,1$ años; el 54% mujeres). El 67% refirió haber cursado una formación posterior a la residencia en alguna subespecialidad (figura 1A), el 88% en España, con estancias de 1–2 años (figura 1B). El 86% recibió alguna retribución económica por ello (figura 1C), aunque solo el 11% percibió un sueldo similar al establecido para facultativos especialistas ($>$ 36.000 euros brutos anuales); el 9% cobró menos que el salario mínimo interprofesional ($<$ 12.000 euros brutos anuales, el 18% del total de varones y el 28% del total de mujeres; $p = 0,08$) y el 14% no recibió remuneración (el 10% del total de varones y el 19% del total de mujeres; $p = 0,07$). Las retribuciones se dieron mayoritariamente como becas (44%) o contratos de fundaciones o institutos de investigación (21%) (figura 2D). El 64% compaginó esto con otra actividad remunerada (el 70% entre los que cobraron menos de 24.000 euros brutos anuales frente al 42,5% de los que cobraron más; $p = 0,001$). Sin embargo, el 55% no se siente satisfecho con la formación recibida (el 63% del total de mujeres frente al 46% del total

de varones; $p = 0,013$; el 58% de los formados en España frente al 28% de los que cursaron en el extranjero; $p = 0,004$); la insatisfacción se asocia en el análisis multivariante con la baja retribución (el 67% de los que cobraron menos de 24.000 euros brutos/anuales frente al 15% de los que cobraron más; $p < 0,0001$); la realización de otra actividad remunerada (el 65% de los que la tuvieron frente al 37% de los que no; $p < 0,001$) o la necesidad de aplazar un objetivo vital (el 61% de los que sí frente al 35% de los que no; $p = 0,002$).

Centrándonos en los primeros años de vida laboral, el 91% encontró trabajo al finalizar la residencia, y la temporalidad fue la norma (solo un 10% de interinidades o plazas en propiedad) (figura 2A), con una duración mediana del primer contrato de 7 [intervalo intercuartílico, 3–15] meses (figura 2B). El 9% no encontró empleo durante una mediana de 1 [1–2] mes. Además, la mayoría de los contratos (52%) fueron en concepto de beca, intensificación, contrato de guardias o sustitución por baja. Entre los encuestados con experiencia laboral \geq 2 años, un 64% refirió haber tenido en algún momento un contrato eventual; un 41%, un contrato de sustitución por baja; un 25%, un contrato de guardias, y un 37% estuvo desempleado.

En el momento de responder, el 76% de los encuestados se dedicaba solo a actividad asistencial, el 14% compaginaba con labores investigadoras y el 4%, con tareas docentes; solo el 3% simultaneaba las tres. El 43% ejercía su profesión en un lugar distinto del de formación (el 93% en otra comunidad y el 7% en otro país). En cuanto al ámbito de actividad asistencial, el 67% trabajaba únicamente en la sanidad pública; el 4%, exclusivamente en privada y el 29%, en ambas. El salario percibido más frecuente en el ámbito público (34%) se sitúa entre 45.000 y 60.000 euros brutos anuales, mientras que en el privado es $<$ 15.000 euros (43%) (figura 2C), aunque también es de 45.000–60.000 euros (67%) para los que se dedican a la actividad privada exclusivamente. El 82% declaró hacer guardias, entre 3–4 (44%) y 1–2 mensuales (42%). En cuanto a la contratación, sigue predominando la temporalidad (figura 2D), aunque una mayor proporción goza de empleo más estable (el 39,4%, interinidades o plazas en propiedad). Un 46% declaró haberse presentado a una oferta pública de empleo (OPE), pero solo un 13% de estos obtuvo plaza una mediana de 7 [4–9] años después de la residencia.

Con todo, el 82% de los encuestados refiere haber padecido precariedad laboral tras la residencia, un 59% define su situación actual como inestable y un 73% considera que su remuneración es inferior a lo deseable. Asimismo, el 73% ha sentido la necesidad de aplazar algún objetivo vital (el 80% de las mujeres frente al 66%

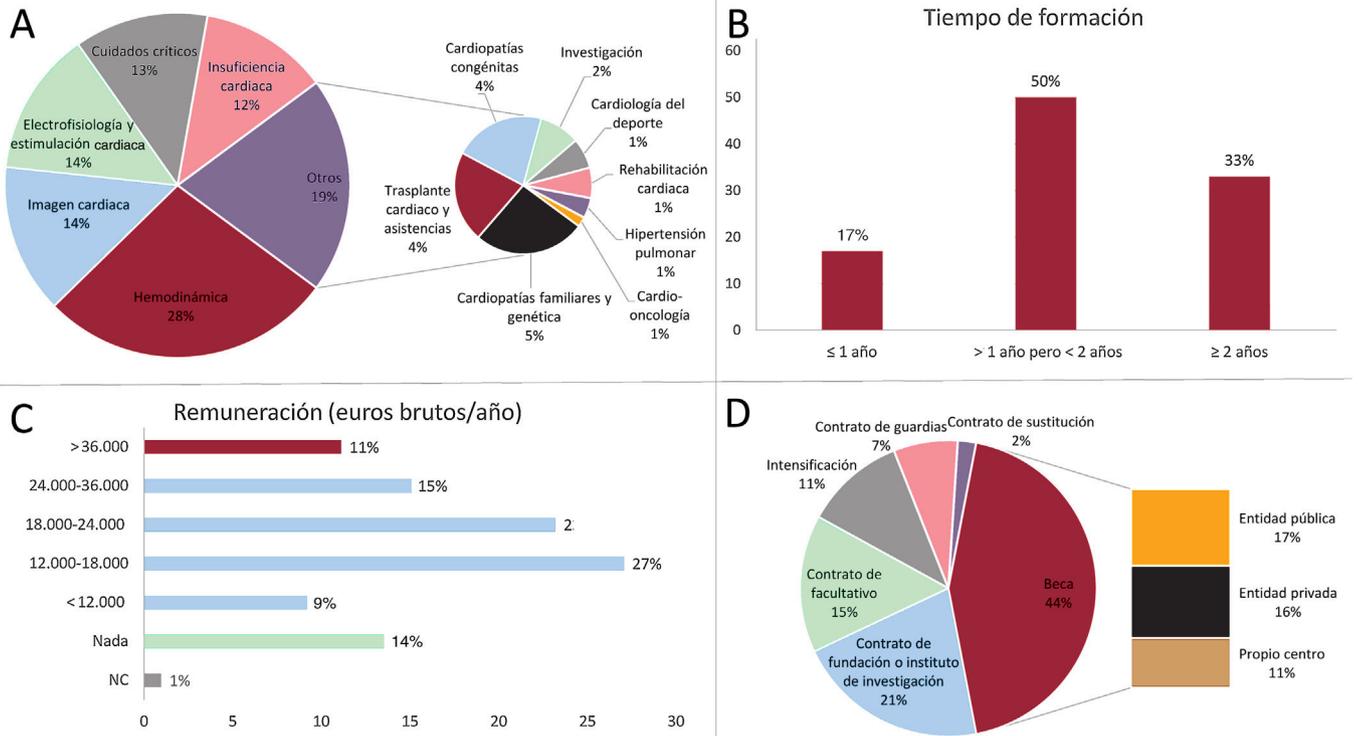


Figura 1. Subespecialización en la especialidad de Cardiología. A: proporción de subespecialidades. B: duración del periodo formativo. C: remuneración. D: modalidad de contratación.

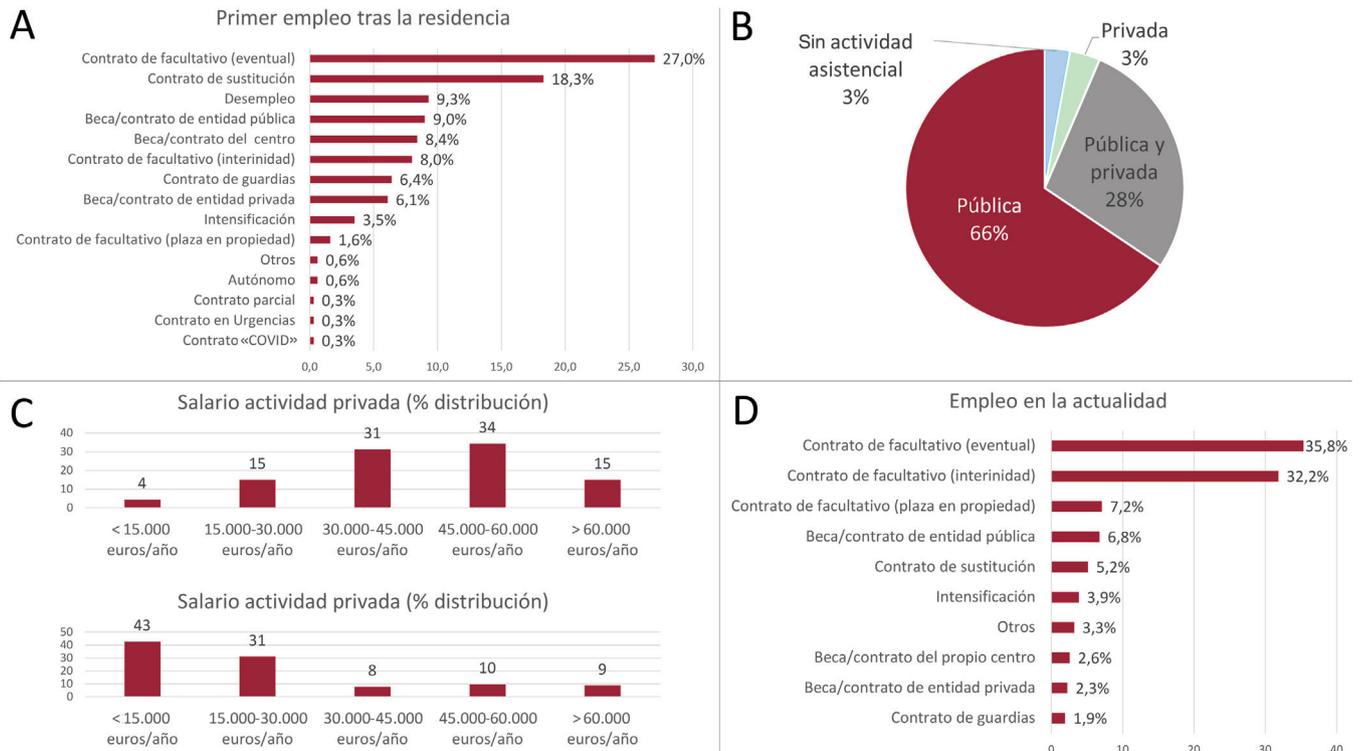


Figura 2. Empleo tras la residencia en la especialidad de Cardiología. A: proporción de modalidades de contratación durante el primer empleo. B: tipo de actividad actual. C: remuneración actual. D: modalidades de contratación actuales.

de los varones; $p = 0,006$) y el 62% ha valorado emigrar para mejorar sus condiciones (el 69% de los varones frente al 55% de las mujeres; $p = 0,015$). En este sentido, las propuestas que más valoran como potencialmente útiles son la convocatoria más frecuente de OPE (67%), el aumento salarial (66%), la posibilidad de combinar actividad asistencial e investigadora (44%) y la mejora de las medidas de conciliación (40%).

A pesar del posible sesgo de selección, nuestro estudio revela que, tras la residencia, la mayoría de los cardiólogos deciden subspecializarse, a menudo a través de estancias formativas inadecuadamente remuneradas, y que la contratación tras la residencia se caracteriza por la temporalidad, que no es exclusiva de los primeros años. Además, los cardiólogos jóvenes perciben su situación laboral como inestable, precaria e infrarremunerada. Por lo anterior, consideramos que sería deseable implementar medidas para su mejora.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Lozano Granero ha contribuido a la concepción y el diseño, la adquisición de datos, el análisis y la interpretación y ha redactado el artículo. E. Díaz-Peláez, A. Barradas-Pires, G. Barge-Caballero, M.T. López-Lluva y P. Díez-Villanueva han contribuido sustancialmente a la concepción, el diseño y la redacción, y han hecho una revisión crítica de su contenido intelectual. Todos los autores han dado la aprobación final a la versión publicada y acceden a asumir responsabilidades sobre todos los aspectos del artículo y a investigar y resolver cualquier cuestión relacionada con la exactitud y la veracidad del trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declara no tener conflictos de intereses.

Cristina Lozano Granero^{a,b,*}, Elena Díaz-Peláez^{c,d}, Ana Barradas-Pires^{e,f}, Gonzalo Barge-Caballero^{d,g}, María Thiscal López-Lluva^h y Pablo Díez-Villanuevaⁱ

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bInstituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

^cComplejo Asistencial Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^dCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

^eAdult Congenital Heart Centre and Centre for Pulmonary Hypertension, Cardiology Department, Royal Brompton Hospital, Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido

^fDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^gUnidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^hServicio de Cardiología, Hospital Universitario de León, León, España

ⁱServicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.lozano@hotmail.es (C. Lozano Granero).

 @JovenesSec

On-line el 23 de septiembre de 2022

BIBLIOGRAFÍA

1. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Equipo de Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2018. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>. Consultado 19 Jun 2022
2. Lewis SJ, Mehta LS, Douglas PS, et al. Changes in the Professional Lives of Cardiologists Over 2 Decades. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69:452–462.
3. Vis JC, Borleffs CJ, Zwart B, Nuis RJ, Scherptong RWC. Short-term career perspectives of young cardiologists in the Netherlands. *Neth Heart J*. 2017;25:455–460.

<https://doi.org/10.1016/j.recsep.2022.08>

0300-8932/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

Eficiencia ventilatoria en respuesta al ejercicio máximo en pacientes con diagnóstico de COVID-19 persistente: un estudio transversal



Ventilatory efficiency in response to maximal exercise in persistent COVID-19 syndrome patients: a cross-sectional study

Sr. Editor:

En la actualidad, el curso clínico de la infección por el coronavirus 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) sigue siendo incierto, en particular por la variedad de síntomas crónicos durante las semanas o meses posteriores¹. Parámetros como la eficiencia ventilatoria y la capacidad de ejercicio no solo permiten valorar de manera objetiva la respuesta ventilatoria y funcional de un individuo, también aportan información pronóstica sobre el estado clínico de los pacientes, que tienen importantes implicaciones terapéuticas².

El objetivo del presente estudio es examinar en un contexto en el que todavía no se ha valorado la influencia de la enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) persistente en parámetros de eficiencia ventilatoria y de capacidad de ejercicio, en comparación con un grupo de pacientes sin antecedentes de COVID-19. La muestra de este estudio exploratorio y observacional incluyó a 95 personas (el 77% mujeres) con diagnóstico de COVID-19 y síntomas leves o moderados no hospitalizados previamente y sin cardiopatía estructural o enfermedad pulmonar. Se consideró paciente con COVID-19 persistente el caso con un cuadro clínico compatible y positividad en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2. Además, debían tener síntomas persistentes 3 meses después de la infección, lo cual se valoró a través de un cuestionario semiestructurado, ya utilizado y validado por un consenso de expertos internacionales, que incluía el autodiagnóstico de 21 síntomas relevantes 3 meses después de la infección (respuesta: sí o no)³.