

NOTAS CLINICAS

Síndrome del residente saliente de guardia. A propósito de 3.200 casos nuevos al año.

Palabras clave: Residente .Guardia .R1. "Que yo pago"

INTRODUCCION:

En los últimos años se ha descrito un aumento de la prevalencia de un raro síndrome que hemos denominado *Síndrome del residente saliente de guardia* (SRSG). Este síndrome aglutina una serie de signos y síntomas que afecta curiosamente a un determinado grupo de la población médica.

Se realizó un estudio a quintuple ciego (los investigadores debían de llevar encima 5 o más copas) y se seleccionaron dos grupos. Comparamos un grupo formado por médicos que habían superado el examen MIR y se encontraban realizando la residencia, con otro formado por adjuntos con plaza en propiedad. Se observó que el SRSG sólo se manifestaba en el primer grupo del estudio, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con una $p < 0,000000000001$.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La enfermedad tiene una prevalencia desconocida, pero con una incidencia que ronda los 3.200 nuevos casos al año. Este síndrome se comienza a objetivar tras periodos prolongados de guardia (preferentemente de puerta) a partir de las 36 horas de permanecer en la sala de urgencias. La edad de aparición del SRSG oscila entre los 24 y los 40 años (aunque de todo puede existir en la viña del señor) y su duración varía entre los 3 y los 5 años (dependiendo de la especialidad del sujeto). Su diagnóstico es exclusivamente clínico y no necesita pruebas complementarias.

Los criterios aceptados para el diagnóstico clínico de los casos de SRSG son los siguientes:

1. Criterios mayores:

- Nistagmus.
- Bradipsiquia.
- Distensión abdominal. Meteorismo.
- Retención urinaria.
- Ataxia
- Deterioro cognitivo leve-moderado.
- Halitosis franca (tres cruces por lo menos).
- Temblor intencional y de reposo (acentuado con los sonidos emitidos por el «busca» del compañero de habitación).
- Priapismo (más objetivable en el varón).
- Crisis de hipoglucemia, con reacciones secundarias de polifagia.

2. Criterios menores:

- Cabellos seboreicos con orientación anárquica en los tres planos del espacio.
- Enrojecimiento conjuntival.
- Irritabilidad y labilidad emocional (lágrimas de felicidad al ver al compañero que te coge la guardia).
- Extraños tatuajes faciales, sobre todo en la región malar, con leyendas tipo «INSALUD» o «Hospital Universitario de...».
- Hipertrichosis facial en el varón.
- Globo vesical en mayor o menor grado.
- Ictericia generalizada.
- Edemas de miembros inferiores, que en ocasiones impiden la adecuada extracción del zueco.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

La enfermedad no tiene tratamiento y parece curar al pasar el paciente del primer al segundo grupo de estudio. Se está investigando si la lobotomía frontotemporal y la orquiectomía son útiles como tratamiento paliativo del complejo síndrome, pero todavía los resultados son contradictorios. Como única secuela la enfermedad deja un complejo «Síndrome de Estocolmo-Like» en la cual el paciente no para de repetir: «la

guardia no fue tan mala», «qué bueno está el café de la máquina» «qué bien se portó conmigo el hospital».

En algunos pacientes puede aparecer lo que se denomina «estatus del residente arreflético-perezoso» en la que a pesar de haber acabado su turno de guardia hace más de 4 horas, el sujeto todavía anda peregrinando por el hospital hablando con todo el que se encuentra, desde personal paramédico a pacientes despistados que le paran para preguntar dónde se encuentra el servicio de urodinámica.

El diagnóstico precoz del SRSG no disminuye la morbilidad inmediata pero ya se sabe... «mal de muchos, consuelo de tontos».

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA:

1. Pitt B, Cruise T, Gere R. El RI solo ante el peligro, como factor riesgo cerebrovascular. *Stroke* 1995; 26: 1935-40.
2. Thompson. Ender and DHS. El EKG: ese gran desconocido. *Clin orthopedics* 1999; 43: 1150-
3. Tinto P. Cuidados paliativos para un adjunto que se escara durante una guardia. *Mayo Clin Proc* 1998; 64:583.
4. Delgado PJ. Resident out of guard syndrom: from the lost to the river. *N Engl J Med* 1999; 328: 393-8.
5. Clinton B. Levinski M. El adjunto localizado: le llamo o no le llamo. *Protocolo de acción a las 3 de la madrugada. El Jueves* 1999.