

opción cuando la situación del paciente es grave, aunque en la mayoría de los casos es suficiente una actitud más conservadora con analgesia, supresión del tratamiento anticoagulante y si es preciso hemoderivados. En cuanto a la neuropatía, algunos grupos aconsejan la descompresión quirúrgica temprana para evitar secuelas^{1,3}; aunque, de los no intervenidos, hasta un 70 % presentan algún déficit residual¹.

Pensamos que el interés de este caso radica fundamentalmente en remarcar la importancia de sospechar una complicación hemorrágica en todo paciente descoagulado que inicie cualquier manifestación clínica atípica, aunque la descoagulación se mantenga en niveles correctos y no exista evidencia clara clínica ni analítica de hemorragia. En estos casos la interrupción inmediata del tratamiento anticoagulante es fundamental para evitar consecuencias más graves.

M. Miravittles, M. Boada Baixas, J. Alió Bosch y M.P. Tornos Mas

Servicio de Cardiología. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona

1. Estivill M, Domingo P, Fontcuberta J, Félez J. Hemorragia retroperitoneal espontánea y tratamiento anticoagulante: presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 587-592.
2. Butterfield WC, Neviasser RJ, Roberts MP. Femoral neuropathy and anticoagulants. *Ann Surg* 1972; 178: 58-61.
3. Brantigan JW, Owens ML, Moody FG. Femoral neuropathy complicating anticoagulant therapy. *Ann Surg* 1976; 182: 108-109.
4. Simeone JF, Robinson F, Rothman SL, Jaffe CC. Computerized tomographic demonstration of a retroperitoneal hematoma causing femoral neuropathy. *J Neurosurg* 1977; 47: 946-948.
5. Cianci P, Piscatelli RL. Femoral neuropathy secondary to retroperitoneal hemorrhage. *JAMA* 1963; 210: 1.100-1.101.
6. Jackson S. Femoral neuropathy secondary to heparin induced intrapelvic hematoma. *Orthopedics* 1987; 10: 1.049-1.052.
7. Calverley JR, Mulder DW. Femoral neuropathy. *Neurology* 1960; 10: 963-987.

Actitudes del personal sanitario especializado ante la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Director: La actitud del personal sanitario se considera como un factor fundamental en la calidad de la asistencia al paciente con enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. En los equipos especializados en el cuidado de estos pacientes se ha descrito la aparición de temores al contagio, frustración, estrés psíquico, conflictos con la familia y actitudes negativas y de prejuicio ante determinados enfermos afectados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)^{1,2}. Estas pautas de conducta pueden determinar problemas en la atención a los pacientes VIH³. Sin embargo, los estudios que evalúan la actitud del personal sanitario son escasos y éstos pocas veces se refieren al personal de unidades específicamente implicadas en el tratamiento de la enfermedad por VIH^{4,5}. El presente estudio pretende evaluar las actitudes ante la enfermedad del personal sanitario con experiencia significativa en la aten-

ción a pacientes VIH. Para ello se entrevistó al personal dedicado al cuidado de pacientes afectados de SIDA en dos centros de Barcelona: Hospital Clínic i Provincial (HCP) y Hospital General de la Vall d'Hebron (HGVH). Se administró un cuestionario de 24 preguntas referidas a la actitud ante pacientes VIH y el *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg como Índice de distrés psíquico. Este cuestionario permite valorar la probabilidad de «caso» psiquiátrico y está validado en nuestro medio⁶. Se seleccionaron aquellos individuos que referían una experiencia previa de más de seis meses y un mínimo del 30 % de su actividad asistencial dedicada a pacientes VIH. De las 42 personas entrevistadas, 30 cumplían dichas características, 19 del HCP y 11 del HGVH. De éstas, 16 (53 %) eran médicos y 14 (46 %) personal de enfermería. La edad media de los individuos entrevistados fue de 31,5 ± 6,1 años (intervalo de 23 a 50), 21 eran mujeres y 9 varones. La dedicación asistencial media a estos pacientes se situó en el 67 %, con una experiencia previa de 26,7 ± 14 meses (intervalo de 6 a 50).

Trece individuos (43 %) consideraban como más estresantes a los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos, 13 mencionaron otros grupos de enfermos y sólo 4 (13 %) consideraban que los pacientes VIH eran los más estresantes. La mayoría (84 %) consideraba que los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) eran los pacientes VIH que planteaban mayores problemas de cuidado. Veintitrés encuestados (76 %) se mostraban favorables a que la detección serológica fuera obligatoria en personas de riesgo, uno se mostraba indiferente y seis (19 %) en desacuerdo. La mayoría del equipo (93 %) adoptaba medidas de prevención especiales en el tratamiento de estos pacientes, pero 10 (33 %) manifestaron desconocer las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y 8 (26 %) las de la Generalitat de Catalunya. Siete personas (23 %) referían haber tenido algún traumatismo accidental con material contaminado y 9 habían efectuado serología VIH, que en todos los casos fue negativa. Dos individuos referían conflictos con la pareja relacionados con la atención a estos enfermos y once (46 %) manifestaban que la familia se mostraba en desacuerdo con su dedicación asistencial a enfermos VIH. Sólo en 5 casos (17 %) la familia tenía una opinión favorable a este respecto. La atención a pacientes con SIDA no cambió los hábitos sexuales de ninguno de los 30 individuos encuestados. Seis de ellos (20 %) referían mayor estrés psíquico desde que se dedicaban al cuidado de estos pacientes y 2 (6 %) una mayor preocupación por su salud. El cuestionario GHQ-28 reveló Índices de distrés superiores a 5 puntos (trastorno psiquiátrico probable) en cuatro casos (13 % del total). Este tanto por ciento no es superior al obtenido en población general en nuestro medio⁶. Los casos de distrés psíquico eran todos de sexo femenino, tenían una experiencia similar al resto en el tratamiento de pacientes VIH, no referían más conflictos en la familia, se mostraban más favorables a la obligatoriedad de la detección VIH en grupos de riesgo, y en dos casos habían sufrido un traumatismo accidental con material contaminado. Como conclusión debe destacarse la actitud positiva al cuidado de estos pacientes, la falta de un conocimiento completo de las recomendaciones oficiales en un tanto por ciento significativo de los casos, la actitud desfavorable por parte de los familiares

y el tanto por ciento considerable de traumatismos con material contaminado.

L. Salvador*, J. Lluch, X. Fluvia** y J. Canet

*Profesor Titular de Psicología. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).
**Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona

Agradecimiento

Los autores agradecen a los Servicios de Enfermedades Infecciosas y Dermatología del HCP y al Departamento de Medicina Interna del HGVH su colaboración en la realización de este estudio.

1. Holland JC, Tross S. The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. *Ann Intern Med* 1985;103:7.760-7.764.
2. Rosse RB. Reactions of psychiatric staff to an AIDS patient. *Am J Psychiatry* 1985;142:523.
3. Deuchar N. AIDS in New York City with particular reference to the psychosocial aspects. *Br J Psychiatry* 1984;145:612-619.
4. Fenton TW. Trastornos psiquiátricos relacionados con el SIDA. *Br J Psychiatry* 1987;151:579-588.
5. Polan HJ, Amchin J. Treating AIDS patients. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:531-532.
6. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-140.

Bacteriemias polimicrobianas en cuidados intensivos

Sr. Director: El aislamiento de más de un microorganismo en un hemocultivo constituye un hecho poco frecuente que se conoce como bacteriemia polimicrobiana (BP). Suele presentarse en los enfermos inmunodeprimidos, como es el caso de pacientes con neoplasias hematológicas o sometidos a procedimientos invasivos. A continuación describimos las características epidemiológicas de las BP que hemos detectado, formando parte de un seguimiento prospectivo de todas las sepsis de nuestra unidad de cuidados intensivos generales durante un período de 18 meses (enero 1988-junio 1989). Durante los 18 meses de duración de este estudio 77 pacientes presentaron hemocultivos positivos. En ocho de ellos (10,3 %) se aisló más de un microorganismo. El tipo de microorganismo aislado y los focos de origen respectivos se muestran en la tabla 1. Excepto cuando el origen fue una sinusitis, en los casos restantes el diagnóstico de los focos primarios se confirmó por cultivo. Todos los pacientes adquirieron la infección durante su estancia en cuidados intensivos, excepto una paciente que presentó una BP secundaria a una colangitis de origen extrahospitalario. Aparte de este caso, todos los demás presentaban al menos un factor predisponente: cuatro de ellos estaban sometidos a ventilación mecánica desde hacía más de 72 horas y los cuatro restantes presentaban el antecedente de una intervención quirúrgica reciente. Las tasas de incidencia y mortalidad obtenidas son similares a otras series publicadas¹⁻⁷, aunque la mayoría se refieren a enfermos oncológicos. Aunque nuestros pacientes no pre-