

tante. Las técnicas de imagen han dado un papel preponderante a la tomografía computerizada (10), si bien pueden existir signos indirectos como borramiento de las líneas del psoas en la Rx simple de abdomen que no han desdibujado su importancia. El tratamiento, además del antibiótico específico, en nuestra paciente antituberculosa, se debate entre las técnicas de drenaje percutáneo y el quirúrgico abierto, posiblemente inclinándose la balanza a favor del primero (6,10), ya que minimiza los riesgos derivados de la cirugía mayor, pero sin poder obviar la sombra de la recidiva o el drenaje incompleto y la mala difusión de los antibióticos, que obliga, en ocasiones, a transformar las técnicas de drenaje percutáneo en drenaje quirúrgico abierto.

El absceso de psoas de etiología tuberculosa presenta por tanto, una clínica insidiosa, en muchas ocasiones precedida de síntomas generales comunes a la mayor parte de enfermedades sistémicas que demora su diagnóstico. Una correcta anámnese y ante todo la sospecha clínica inicial, acortará el procedimiento diagnóstico y minimizará la morbilidad que de ello se deriva.

**L. Mao Martín, M. A. Urbán Poza, R. Torres Gárate, E. Álvarez Rodríguez, B. Valle Borrego, F. Baquedano Sánchez, M. Díaz Ortiz**

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

1. Cachorro I, Pinilla J, Labarga P. Dolor e impotencia funcional de extremidad inferior derecha. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 498-499.
2. Martín M, García C, Gutiérrez M, Fernández M, González J, Hernández JL. Pyomyositis: retrospective review in a third-level hospital in the north of Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 173-177.
3. Navarro V, Meseguer V. Absceso del músculo psoas: ¿primario o secundario? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 235
4. Corti M, Palmieri O. J, Villafañe M. F, Muzzio E. Tuberculosis diseminada con absceso bilateral del psoas en un paciente con sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 197-200.
5. Penado S, Espina B, Campo J. F. Absceso de Psoas: descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-260.
6. Navarro V, Meseguer A, Fernández F. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 118-122.
7. Kozakis L, Ballachandran T. Bilateral psoas abscesses in an HIV- positive patient. *Inter J STD & AIDS* 2004; 15: 841-843.
8. Navarro V, López F, González E, Gregori J, Muñoz A. Psoas abscess in patients infected with de human immunodeficiency virus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23: 661-3.
9. Sanz O, Caminero JA, Pérez JL. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 259-269.
10. Pérez M, Rodríguez I, Lado FL, Rodríguez I. Absceso primario de Psoas. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 50-51.

## Desgaste profesional en atención continuada del área médica

Sr. Director:

Desde su descripción el síndrome de fatiga o agotamiento por desgaste laboral, se consideró como específico de los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio. Es decir que las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a esta patología incluida por la OMS en el

capítulo XXI del CIE-10 como un factor de riesgo para la salud. El síndrome de desgaste, agotamiento profesional o burn out, tiene tres componentes esenciales en la situación de sobrecarga que implica: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional (1). Existe interés creciente en la literatura (2,3) por esta patología que como se explica tiene trascendencia sobre la salud de los afectados y especialmente puede afectar también a los atendidos por los afectados con la trascendencia que eso tiene en los casos de sanitarios (4,5). En los últimos años las condiciones laborales de los sanitarios han sufrido un empeoramiento creándose los contratos de atención continuada (guardias). Presentamos los datos sobre satisfacción laboral de estos profesionales en el Área de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel del Servicio Galego de Saude (SERGAS). Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 2006 siendo objeto de estudio los facultativos que vienen prestando servicio en asistencia continuada del Área Médica con contrato exclusivo en esta modalidad. Se autoadministró de forma anónima el cuestionario Maslach Burnout Inventory validado en su versión española de 22 ítems. Se analizaron también las características laborales de los objetos de estudio, la duración de la modalidad laboral, tiempo desde el final de la formación especializada, edad y sexo. Se incluyeron 5 casos, 3 mujeres y 2 varones de edades comprendidas entre los 32 y los 42 años. La media de años en asistencia continuada fue de 3,6 (rango 6-3 años). En la dimensión agotamiento emocional, el rango en las puntuaciones en el 40% de los entrevistados fue de 19-25 indicando un grado medio-elevado de burnout. En la dimensión despersonalización el 60% presentó puntuaciones mayores de 10 indicado un grado elevado de desgaste. Finalmente en la realización personal el 80% presentó unas puntuaciones inferiores a 31 indicando un grado alto en esta dimensión.

En 1974 el psicólogo Freudemberguer introduce el término de burnout que posteriormente fue desarrollado difundiendo el concepto, sus características y evaluación por Maslach (6). El interés ha crecido en la medida en que ha aumentado la importancia de los servicios sociales y los dedicados al cuidado de seres humanos, los más afectados por esta patología. Los cambios en el mercado laboral son el principal desencadenante en el cambio radical en las condiciones laborales que también implica un aumento de este síndrome. La "flexibilización" (gran metáfora de precariedad) en el empleo y la intensificación en el trabajo han sido los principales mediadores en la transformación en la organización del trabajo. Las consecuencias son evidentes, en 2000 el estrés era el segundo trastorno de salud más frecuente entre los trabajadores de la Unión Europea (7), el 19% de la población ocupada hacía turnos por la noche, el 47% trabajaba los sábados y el 24% los domingos. Los datos macroeconómicos y la presión de las pujantes nuevas economías que se caracterizan por una situación laboral más precaria, han supuesto la supresión de la jornada laboral de 35 horas en Francia (y probablemente a que nunca se plantee aquí). Se ha impuesto la denominada "directiva Bolkestein" de libre prestación de servicios sacralizando el dumping laboral en la UE. Además, todo indica que se van a intentar nuevas fórmulas de relación laboral ("proceso conjunto de extinción laboral", el nuevo despido; "contrato indefinido de duración limitada", etc. También en sanidad se sufren estos experimentos. Contrariamente a la opinión generalizada entre los no sanitarios que consideran a este medio laboral como privilegiado y cómodo, los experimentos contractuales están a la orden del día. Así se ofrecen: contratos por horas, por día, por "semana" (pero de lunes a viernes), por obra, por meses, etc exponentes del ingenio de los contratadores (por cierto muchos de ellos médicos, una verdadera "contratación creativa"). En nuestra comunidad autónoma además se ha creado en los últimos años lo que denominaremos "paro biológico" (paráfrasis de la actividad pesquera: se suspende el contrato prolongado el tiempo suficiente para que no se adquieran derechos que obliguen a convertirlo en indefinido o

en la inalcanzable interinidad). Pero además, la situación de inestabilidad laboral tiene una repercusión sobre la salud contrastada (8). La inestabilidad y precariedad no es exclusiva a esta modalidad laboral ni a esta especialidad (9). En definitiva, si hemos de considerar la repercusión asistencial que los resultados del estudio traducen deberíamos estar atentos a las circunstancias que se avecinan. Así, el Consejo de Colegios de Médicos de Galicia en 2004 concluía que el 48% de los médicos de la comunidad padecen este síndrome, tres de cada cuatro colegiados cree que no son reconocidos ni social ni profesionalmente y finalmente el 56% de los médicos gallegos cambiaría de profesión o de puesto de trabajo. No hay datos con respecto al colectivo analizado en este trabajo pero tememos que sean aún más llamativo. El desgaste profesional en el ejercicio de la medicina es un hecho. Algunas iniciativas (programa PAIME, etc.) contemplan este fenómeno prestando atención a sus implicaciones. La asistencia continuada es un hecho también por mucho que las distintas administraciones nieguen o traten de maquillar su existencia como modalidad contractual exclusiva en muchos casos. Por ello, el desgaste producido es invisible para las autoridades, pero notable entre los profesionales como parecen indicar nuestros resultados.

### C. Mas. I. Villamil Cajoto

Servicio de Medicina Interna. Servizo Galego de Saude. Santiago de Compostela. A Coruña

1. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.
2. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320: 745-9.
3. Mingote Adan JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos. Revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 265-70.
4. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002; 347: 1249-55.
5. Biaggi P, Meter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 339-346.
6. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 113.
7. Paoli P, Merlié D. Third European survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
8. Kivimaki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 663-8.
9. Arenillas JF, Cisteré V, Bonaventura I, Coll-Canti J, Luquín MR, Martínez-Villa E. Encuesta sobre la situación actual de los neurólogos jóvenes en España: análisis de la estabilidad laboral y de la protección social. *Neurología* 2006; 21: 68-79.

## Cetoacidosis diabética asociada a trombosis arterial de pequeño vaso en mujer de 54 años

Sr. Director:

La cetoacidosis diabética (CDA) es una complicación de la diabetes mellitus (DM) caracterizada por un déficit de la síntesis de insulina que provoca un aumento de producción de hormonas

contrainsulares (catecolaminas, cortisol y glucagón) generando una hiperglucemia, cetosis y secundariamente un estado de hiperosmolaridad y acidosis. Una complicación rara de la CAD es la presencia de fenómenos trombóticos.

Presentamos el caso de una paciente de 53 años con DM tipo II de 5 años de evolución en tratamiento con sulfonamida, biguanida y acarbosa, con buenos controles glucémicos (HbA1c: 6,92%) sin datos de retinopatía ni neuropatía, que acude al hospital por un cuadro de cuatro días de evolución consistente en vómitos, diarrea líquida y fiebre de hasta 39 °C. El día de su ingreso presentó además dolor y frialdad en ambos pies. En la exploración física la paciente estaba confusa, taquipneica, sudorosa y pálida con acrocianosis en pies, manos y punta de nariz con pulsos pedios conservados, TA 120/68 mmHg y FC 100 lpm. En el sistemático presentaba glucosa 544 mg/dL, urea 57 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, Na<sup>+</sup> 123 nmol/dL, K<sup>+</sup> 2,5 nmol/dL, osmolaridad calculada 278 mOsm/kg. Gasometría: pH 7,2, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 13 mmol/L y *gap* aniónico 18 mmol/L; el hemograma presentaba hematíes 6,28 x 10<sup>6</sup>/μL, Hb 18,1 g/dL, Leuc. 8.900/μL, plaq. 197.000/μL. Cuerpos cetónicos en orina +++. El doppler de extremidades inferiores mostró flujos vasculares normales en arterias femorales, poplíteas y pedias. Se inició tratamiento con insulina, bolo de 5.000 UI de heparina sódica, hidratación con sueros y control del dolor con fentanilo. Se tomaron coprocultivos, hemocultivos y se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino oral. Una primera valoración por cirugía vascular decide una actitud expectante continuando con tratamiento con HBPM, pentoxifilina i.v., prostaglandinas i.v. y vasodilatador local con parches de nitroglicerina. Con el tratamiento inicial la isquemia de manos y nariz mejoró pero la de ambos pies progresó a gangrena (Fig. 1). Los hemocultivos fueron negativos y el coprocultivo fue positivo para *Salmonella enteritidis* sensible a ciprofloxacino. Se realizó estudio de trombofilia mostrando además del fibrinógeno elevado (619 mg/dL), un leve aumento de la homocisteína 11.4 μmol/L (0-9,8) y una antitrombina III 78% (80-120) disminuida. Proteína C, RPCa, factor V de Leiden y factor II 20.210 en valores normales. Además se realizaron crioglobulinas, inmunoglobulinas y complemento en sangre así como un estudio de autoinmunidad con ANAs y ANCAs, todos ellos normales. Tras delimitarse las lesiones isquémicas y la estabilización clínica de la paciente se procedió a la amputación infrarrotuliana bilateral de ambas extremidades inferiores. El cultivo de una ulcera cutánea y el foco de piomiositis en la pieza quirúrgica amputada fueron positivos para *Salmonella sp. grupo CI* productor de β-lactamasas.

Aunque no existen estudios epidemiológicos de suficiente validez que lo avalen, la CAD se ha asociado clásicamente al desarrollo de procesos trombóticos. Series cortas de casos han descrito un aumento del riesgo de trombosis venosa asociada a catéteres centrales (1). Así mismo múltiples casos anecdóticos han sido publicados de la asociación con trombosis arteriales especialment de troncos supraaórticos (2). Cuatro factores se han implicado en la patogenia de trombosis de la CAD: la intensa hemoconcentración e hiperosmolaridad favorece el éxtasis sanguíneo (2), una hipercoagulabilidad demostrada por un aumento del fibrinógeno, proteína C y proteína S (3), la existencia de una disminución de la fibrinólisis provocada por un aumento de los niveles séricos de PAi-1 (inhibidor del activador del plasminógeno) (4) y el aumento del factor de von Willebrand (F vW) que puede contribuir al desarrollo de una endotelitis con daño a nivel de pequeño vaso. Muchas de estas alteraciones se corrigen con el tratamiento y la corrección de las alteraciones metabólicas asociadas a la CAD (3). Nuestra paciente presentaba al ingreso una intensa hemoconcentración, además de un aumento del fibrinógeno con disminución discreta de la ATIII y una homocisteína aumentada, que podían justi-