

## ¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA PICADURA DE GARRAPATA?

Sr. Director:

Las garrapatas duras (*Ixodidae*), son artrópodos hematófagos capaces de transmitir en nuestro medio un amplio espectro de afecciones, entre las que se encuentran la fiebre botonosa o exantemática mediterránea, borreliosis de Lyme, parálisis neurotóxica, tularemia, babesiosis y posiblemente ehrlichiosis<sup>1-4</sup>.

Cada día son más los pacientes que, alertados por la prensa y otros medios informativos, acuden a nuestros Servicios de Urgencias refiriendo picadura de garrapata reciente o portando el parásito en la piel, proceso que un gran número de veces se acompaña de ansiedad, sin que existan normas claras de actuación al respecto.

En nuestro Hospital, hemos realizado un estudio prospectivo para evaluar los métodos de retirada de garrapatas, cuyos resultados han sido publicados recientemente en la «Revista Clínica Española»<sup>5</sup>. Es nuestro deseo compartir nuestras conclusiones con el mayor número posible de compañeros que trabajan en los Servicios de Urgencias esperando que éstas puedan serles de gran utilidad en su práctica habitual, por lo que procedemos a su enumeración:

1. La retirada de la garrapata con pinza fina mediante tracción suave es, con diferencia significativa frente a los demás métodos, la forma idónea de proceder a su extracción ya que protege parcialmente del desarrollo de complicaciones clínicas y de la infección de microorganismos transmitidos por garrapatas.

2. Si quedara parte del capítulo (cabeza) con sus glándulas salivares en la piel de la persona afecta de una picadura, se procederá a su extirpación mediante bisturí, evitando así el riesgo de desarrollar parálisis neurotóxica.

3. Aconsejamos el uso de antibiótico en aquellos individuos que hayan arrancado el artrópodo manualmente y/o lo hayan manipulado con un método dife-

rente a las pinzas, teniendo además en cuenta, siempre que no sea posible, la prevalencia de infección en la zona en la que se produjo la picadura, el tiempo que ha estado alimentándose sobre la piel (si es mayor de 72 horas el riesgo de que el parásito haya inoculado microorganismo es elevado), y la ansiedad que haya creado en el paciente.

4. En cuanto al antibiótico a usar, la doxiciclina sería de elección en pacientes adultos, ya que es el tratamiento de primera línea de la fiebre botonosa y enfermedad de Lyme y además resulta una buena alternativa para la tularemia. En niños de corta edad el tema debe ser individualizado en razón de la especie de garrapata y de la endemicidad de la zona.

### Bibliografía

- Oteo JA. Garrapatas: cien años como vector. Rev Clin Esp 1995; 195: 1-2.
- Oteo JA, Estrada-Peña A, Ortega-Pérez C, Martínez de Artola V. Mediterranean spotted fever: A preliminary tick field study. Eur J Epidemiol 1996; 12: 475-478.
- Oteo JA, Martínez de Artola V, Gómez-Cadiñanos R, Casas JM, Grandival R. Eritema crónico migratorio (enfermedad de Lyme). Estudio clínico epidemiológico de diez casos. Rev Clin Esp 1993; 193: 20-23.
- Oteo JA, Estrada A. Babesiosis humana. Estudio de vectores. Enf Infecc y Microbiol Clin 1992; 10: 466-469.
- Oteo JA, Martínez de Artola V, Gómez-Cadiñanos R, Casas JM, Blanco JR, Rosel L. Evaluación de los métodos de retirada de garrapatas en la ixodidiasis humana. Rev Clin Esp 1996; 196: 584-587.

**R. Gómez-Cadiñanos\*, L. Ramírez\*,  
V. Ibarra, J. A. Oteo**

\*Médicos de Urgencias.  
Servicio de Medicina Interna y  
Enfermedades Infecciosas.  
Hospital de La Rioja

# LOS TÉCNICOS EN EMERGENCIA ¿FUTURO?

Sr. Director:

Es nuestro deseo ponernos en contacto con Vd. a través de esta sección de nuestra revista de la S.E.M.E.S., de la que somos socios desde sus inicios, dada la incertidumbre suscitada atrás sobre nuestra categoría de Técnicos en Emergencias Médicas.

Como ya conoce, la labor que desempeñamos dada nuestra categoría dentro de un servicio de emergencias y más concretamente en una U.V.I. móvil, es bien conocida por todos y en especial por el personal sanitario de dicha unidad, la cual es concreta, específica y necesaria para el desarrollo de una satisfactoria atención al paciente.

Hasta ahora, somos personal altamente motivado, intentando realizar una actividad cada día más profesional y humana, gracias a dicha motivación personal, ya que no económica. Hemos sido formados y acreditados por el «061» –Insalud, y posteriormente con la asistencia a reciclajes continuos, impartidos por el citado servicio.

Por nuestra parte, además de recibir todo tipo de cursos destinados a nuestra formación, hacemos hincapié en que asistimos a jornadas y congresos relacio-

nados con la Emergencia, a pesar de que a veces se nos hace muy «cuesta arriba», dado que los precios no van relacionados con el sueldo de nuestra categoría, sintiendo en muchas ocasiones no poder asistir a dichos actos, tan importantes para nuestra formación.

Por todo lo expuesto, deseamos se ponga fin a nuestra incertidumbre con respecto a la homologación de nuestra categoría, primero por nuestra Sociedad Científica y posteriormente por los Organismos competentes, ya que, nos satisface enormemente haber visto publicado en la última revista de octubre, el baremo para la acreditación por parte de S.E.M.E.S. del C.M.E.

Para finalizar, nos gustaría ver reflejado en esa revista que Vd. dirige el reconocimiento a la labor desempeñada por nuestro colectivo, ya que nos sentimos un poco desamparados en ese sentido.

Solamente nos queda agradecerle por anticipado la atención a nuestra carta y entienda la preocupación que nos embarga.

**J. C. López Blanco, J. Urbano Heredero**  
Técnico en Emergencias  
U.V.I. móvil n.º 10  
061 - Madrid

59

## DE NUEVO LA MASCARILLA LARÍNGEA

Sr. Director:

Es por todos sabido, cada vez más documentado y experimentado, (publicado ya en Emergencias 1995; 7 (1): 53) las ventajas de la Mascarilla Laríngea como instrumento que nos permite la permeabilidad de la vía aérea y su posterior facilidad para la ventilación. Refiriéndonos a la posibilidad (también ya publicada) de introducir un tubo endotraqueal del número 6 a través de la mascarilla laríngea, queremos apostillar que sería, aunque más laborioso pero sí más eficaz para la ventilación, (disminución de resistencias), la introduc-

ción a través de la mascarilla laríngea de una sonda vesical (Foley).

Una vez ubicada la sonda Foley en tráquea hinchamos el neumotapón de la misma y deshinchamos la mascarilla laríngea retirándola, e introduciendo acto seguido el tubo endotraqueal del número idóneo para el paciente en cuestión (la sonda Foley nos permite, ya que existen diferentes calibres, pasar a través de ella cualquier número de tubo endotraqueal).

*Ventajas:* Su uso en traumatismos cervicales, no precisar decúbito supino para su colocación, no necesidad de laringoscopia, ideal para intubaciones difíci-

les y, en general, todas las ventajas de la mascarilla laríngea, disfrutando posteriormente de la seguridad que nos proporciona la permeabilización de la vía aérea por un tubo endotraqueal idóneo para la anatomía del paciente.

*Dificultades:* Dada la estructura de la sonda Foley (poca longitud y dificultad para extraer la m.l. por el extremo proximal de la misma) habría que insertar en la Foley un fiador, fijarlo con seda para evitar que, al cortar con tijera la válvula antiretorno, se vacíe de aire el neumo de la sonda vesical.

Así pues, pasarían sin dificultad alguna tanto la m.l. como el tubo endotraqueal. Una vez insertado el tubo endotraqueal, retiraríamos la sonda e hincháramos el neumotapón. Con esta carta instamos también a los fabricantes de dichos productos a que subsanen las dificultades para estas circunstancias.

**M. J. Toro Alcaide,  
C. De Mergelina Alonso de Velasco,  
J. A. Faílde Torres, R. Espejo Coletto**  
Médicos del S.C.I.S. Emergencia Ciudad Real-006

## EL AUMENTO DE LA FRECUENTACIÓN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL PARTICULAR

Sr. Director:

Es un hecho demostrado numéricamente que la frecuentación de pacientes a los Servicios de Urgencias ha experimentado un auge muy importante en los últimos años. Ciñéndonos a nuestro hospital, hemos pasado de los 65.796 pacientes atendidos en el año 1985 a los 123.122 (casi el doble) que lo fueron en el de 1995, encontrándose las previsiones cerca de los 130.000 para finales del año en curso.

Este fenómeno no cabe interpretarlo como local dentro del ámbito de nuestro hospital y su área, porque en los demás centros de Madrid ha ocurrido algo semejante, y si lo extendemos al resto de la geografía del país e, incluso, al resto del mundo occidental, la resultante final es idéntica.

Por otro lado, la proliferación de otras ofertas extrahospitalarias de urgencia (061, SAMUR, PAC – Puntos de atención continuada) también se han visto «premiadas» con un continuo aumento de la demanda asistencial a lo largo de cada año.

Para terminar, hay que decir que otras estructuras de Urgencias no dependientes de los Servicios Públicos (privadas) tampoco han sido ajenas a la cuestión y se desarrollan con el denominador común del crecimiento continuo.

La exposición de los hechos anteriores da pie a la siguiente pregunta: *¿Qué ocurre para que estos hechos se produzcan?*

Durante los últimos años los especialistas en estos temas hemos tratado de encontrar motivos que explicaran el fenómeno, aportando una diversidad de ellos que han sido expuestos en diferentes foros: la ineficacia de la asistencia primaria, la eficacia del servicio ofrecido, la gratuidad de lo prestado, la poca cultura sanitaria de los clientes, y así un largo etcétera de posibilidades, algunas de ellas dudosamente contrastadas.

Estudios realizados mediante encuestas dirigidas a los usuarios han ofrecido variopintas respuestas que por su orden de importancia reseño: «confío más en el hospital», «porque en mí es habitual», «me dan rápidamente un diagnóstico», «mis familiares me llevaron al hospital», «era día festivo», «tienen mi historia», «sucedió por la noche», y en último lugar, y como motivación casi irrelevante: «por prescripción facultativa» (el 1,3% de los consultados) (Datos extraídos del Informe Encuesta de Hospitales, realizado por el Servicio Especial de Urgencias 061 de Madrid, en Marzo de 1996).

Establecido todo lo anterior, y aun admitiendo que algunos de los motivos expuestos al principio puedan tener alguna incidencia en la cuestión suscitada, cabe hacer otra reflexión: *el aumento de la frecuentación a los Servicios de Urgencias hay que enfocarlo como un fenómeno sociológico.*

Efectivamente, la sociedad en que vivimos se ha venido desarrollando en estos últimos veinte años con patrones mecanicistas que siguen unas directrices

marcadas por la prontitud y eficacia a todos los niveles. El mensaje difundido por los medios de comunicación –que cada día gozan de mayor penetración entre la masa– así lo transmiten: desde el ordenador de mi casa organizo mis vacaciones en un momento pagándolas con una tarjeta de plástico, obtengo el pedido de los grandes almacenes poniendo cruces a un programa, una simple llamada hará que un veloz motorista, en menos de una hora, me traiga la comida caliente a casa (si sobrepasa ese tiempo me devolverán su importe). Puedo entrar en una tienda y llevarme el coche «puesto». Marco un número en el teléfono y hablo con un amigo en Sidney, o con un simple fax puedo enviar varios folios de información a una empresa de Toronto.

Ese mensaje de rapidez y efectividad ha calado hondamente, pasando a formar parte del subconsciente colectivo de la población, lo que traducido a los temas relacionados con la salud genera el binomio: *problema sanitario surgido = solución rápida alcanzada*

De ahí que gran parte de los ciudadanos, ante cualquier vicisitud presentada en la esfera de la salud, aunque ésta, obviamente, no ofrezca las características de urgencia, acuda a donde se obtiene la solución más rápida, y ésta viene dada por dirigirse al punto donde –al menos, teóricamente– se le puede dar la respuesta más eficaz en este sentido: los Servicios de Urgencias que –en boca de un colega en estas lides– son como los cajeros automáticos de los bancos; están abiertos las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año. Esto explicaría porqué el aumento de la frecuentación no ha ido seguido de un paralelo incremento porcentual de ingresos (lo que hablaría de verdaderas urgencias).

A todo lo anterior se sumaría otra apreciación social que defino como «la Medicina salvífica». El mayor nivel cultural sanitario, la divulgación de series televisivas plagadas de heroicos médicos «salvavidas», artículos periodísticos, etc., han propagado la

idea de que la Medicina ofrece una respuesta a cualquier mal. Siempre cabe hacer «algo». La muerte toma un concepto de abstracción que parece nunca ha de llegar a ser dominada por la tecnología. De ahí que trabajos que hemos realizado sobre la valoración de este fenómeno en el área de Urgencia nos hayan llevado a la conclusión de que, descartadas las muertes súbitas y accidentales, la siguiente causa de fallecimiento en Urgencia lo constituyen los tumores malignos; es decir, los enfermos terminales.

Como consecuencia de esta reflexión me surge la idea de que en los tiempos venideros no hay ningún indicio que haga presumir que esta trayectoria vaya a invertirse, al contrario, según mi criterio, tenderá a seguir creciendo. Por ello, se impone que los responsables de la gestión sanitaria se mentalicen con visión de futuro en dar una respuesta adecuada a la imparable demanda social, lo que debe traducirse en la adopción de medidas destinadas a potenciar los Servicios de Urgencias tanto en sentido cuantitativo como cualitativo. En los de nueva creación, no cayendo nunca en el repetido error de diseñarlos siguiendo criterios estadísticos basados en la demanda de los años precedentes –nacerán enanos y viciados de origen– y en los ya establecidos, contando con un margen para su expansión que sin duda se ha de producir.

El personal sanitario y técnico que atiende estas Urgencias en sus diferentes ámbitos (intra y extra-hospitalario), cada día debe de tender a su mejor dominio, a estar más preparado en dar la respuesta correcta a los múltiples problemas surgidos; en una palabra, a ser *especialista* en la materia, lo que, por otro lado, no presenta ninguna novedad por ya existir en algunos países que cuentan con una sanidad muy avanzada, como es, entre otros, el caso de los Estados Unidos.

**L. Jiménez Diego**

Coordinador de Urgencias del  
Hospital Universitario San Carlos. Madrid