

CARTAS AL EDITOR

La acidosis láctica en pacientes en tratamiento con metformina no siempre se asocia al fármaco

Lactic acidosis in patients treated with metformin is not always drug-related

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo recientemente publicado por Quesada Redondo *et al.*¹ y consideramos que se trata de un estudio muy interesante teniendo en cuenta lo infrecuente que es la acidosis láctica asociada a metformina (ALAM). No obstante, nos gustaría hacer algunos comentarios, ya que existen algunos aspectos que pueden ser objeto de discusión.

En este sentido, se determinó como objetivo del estudio la detección de parámetros analíticos asociados a la mortalidad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que reciben tratamiento crónico con metformina que acuden a urgencias por un cuadro agudo con presencia de acidosis láctica. El estudio incluyó 16 pacientes y todos ellos son agrupados bajo el diagnóstico de ALAM, el cual viene definido por tres criterios²: 1) valor de pH bajo, 2) concentración de lactato sérico elevado y 3) concentración detectable de metformina. Tal y como refieren los autores, son numerosos los estudios que ponen de manifiesto una relación entre los valores séricos de metformina y la gravedad de la ALAM, existiendo una correlación entre dicha concentración, el pH y las cifras de lactato sérico³. En el trabajo publicado por Quesada Redondo *et al.* se registraron un total de 3 fallecimientos (19%); todos ellos fueron pacientes con sepsis grave, que asociaban acidosis grave y concentraciones extremadamente altas de procalcitonina y lactato, que están considerados como factores de mal pronóstico en el paciente séptico⁴. Sin embargo, las concentraciones séricas de metformina en el subgrupo de fallecidos fueron mucho menores que en aquellos con acidosis láctica grave que no fallecieron y, en general, en la muestra global estas concentraciones fueron muy bajas (3,2 mcg/ml en vivos y 2,2 mcg/ml en fallecidos) como para considerar que se trate de una ALAM. Además, las concentraciones tan altas de lactato pueden estar justificadas por la situación de hipoperfusión e hi-

poxia tisular propia de los estadios más graves de la sepsis⁴. Del mismo modo, la insuficiencia renal presente en la mayoría de pacientes de la muestra podría explicar parcialmente la acidosis láctica sin intervención de la metformina en dicho proceso.

Un estudio previo, que determinó el papel de la metformina en la acidosis del paciente séptico, muestra que en los pacientes en tratamiento con metformina la mortalidad es menor que en aquellos que no tenían dicho tratamiento⁵. Estos datos serían concordantes con que las concentraciones séricas de metformina fueran más elevadas en aquellos pacientes que sobrevivieron, reduciendo la probabilidad de que se trate de una ALAM.

Teniendo en cuenta lo anteriormente escrito, desde nuestro punto de vista no debería utilizarse el término ALAM, puesto que de lo que probablemente se trate, principalmente en el grupo de fallecidos, es de una acidosis láctica en pacientes con sepsis grave que de forma coincidente estaban en tratamiento previo con metformina.

Rafael Cuervo Pinto,
Eric Jorge García Lamberechts,
Guillermo Llopis García,
Esther Rodríguez Adrada

Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos,
Madrid, España.
rcuervopinto@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Quesada Redondo L, Morell García D, Marceló Martín B, Puiquirguer Ferrando J. Factores asociados a mortalidad por acidosis láctica en pacientes diabéticos tratados con metformina. *Emergencias*. 2016;28:38-40.
- 2 Kajbar F, Lalau JD. The criteria for metformin-associated lactic acidosis: the quality of reporting in a large pharmacovigilance database. *Diabetic Medicine*. 2013;30:345-58.
- 3 Boucaud-Maitre D, Ropers J, Porokhov B, Altman JJ, Bouhanick B, Doucet J, et al. Lactic acidosis: relationship between metformin levels, lactate concentration and mortality. *Diabet Med* 2016 Feb; doi:10.1111/dme.13098
- 4 Julián-Jiménez A, Candel-González FJ, González del Castillo J. Utilidad de los biomarcadores de inflamación e infección en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:177-90.
- 5 Doenya-Barak K, Beberashvili I, Marcus R, Efrati S. Lactic acidosis and severe septic shock in metformin users: a cohort study. *Crit Care*. 2016;20:10.

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Editor:

En referencia a la carta de Cuervo Pinto *et al.* respecto a los factores asociados a mortalidad por acidosis láctica en pacientes diabéticos tratados con metformina comentados en nuestro trabajo previo¹, nos gustaría puntualizar lo siguiente:

1. En nuestro estudio los pacientes cumplen con los criterios de ALAM², en los cuales es preciso que existan concentraciones detectables del fármaco en plasma sin considerar unas concentraciones mínimos de metformina para que se considere dicha asociación. Esta relación es la que se intenta estudiar como factor pronóstico en los pacientes seleccionados para nuestro estudio.

2. En el diseño de nuestro estudio, hemos estratificado la muestra por gravedad de la acidosis láctica³, para detectar diferencias que pueden quedar enmascaradas en el conjunto de los datos. Por ello, asumimos que nuestros resultados pueden ser debidos al escaso número de pacientes incluidos, como queda recogido en el apartado de limitaciones.

3. En el estudio citado que pone de manifiesto el papel protector del tratamiento con metformina en pacientes con sepsis respecto a la mortalidad⁴, no se miden las concentraciones de fármaco en dichos pacientes, con lo que no se pueden considerar estrictamente a estos pacientes como ALAM. En particular, sobre si las concentraciones elevadas de metformina constituyen un factor pronóstico protector, ya dejamos claro que en función de nuestros resultados, dicha afirmación es controvertida. Sin embargo, otros autores, como Boucaud-Maitre *et al.*⁵, ya han observado que existe una correlación significativa entre las concentraciones de metformina plasmáticas y lactato, sugiriendo que la acumulación de metformina puede contribuir a la hiperproducción de lactato generando una acidosis láctica, como ocurre en los pacientes que realizan un gesto suicida sin otros factores de riesgo asociados.

4. Boucaud-Maitre *et al.*⁵ observan como principal desencadenante de la acidosis láctica el fallo renal, que a su vez provoca la acumulación de metformina y origina la hiperlactacidemia y el descenso de pH séri-

co, sin olvidar otras situaciones patológicas concomitantes que cursan con estados de hipoxia y comorbilidades asociadas. Resultados que apoyamos en nuestro artículo.

5. Entendemos que la sepsis pueda ser un factor de confusión a la hora de establecer una asociación entre las concentraciones del fármaco, la gravedad y el pronóstico de la acidosis láctica. Por ello, en las limitaciones de nuestro trabajo mencionamos la ausencia de un grupo control que nos impide comparar nuestros resultados con otras causas de acidosis láctica, como pudiera ser la sepsis, en ausencia de tratamiento con metformina.

En resumen, consideramos bien establecidos los criterios de ALAM en nuestra serie de pacientes y creemos que es preciso un mayor número de estudios diseñados para determinar el papel causal y pronóstico de las concentraciones de metformina en pacientes con acidosis láctica, pudiendo evaluar la contribución de otros factores concomitantes de una entidad multifactorial.

Loreto Quesada Redondo¹,
Daniel Morell García¹,
Bernardino Barceló Martín^{1,3},
Jordi Puiguriguier Ferrando^{2,3}

¹Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Unidad de Toxicología Clínica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.
jpuiguriguier@ssib.es

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Quesada Redondo L, Morell García D, Barceló Martín B, Puiguriguier J. Factores asociados a mortalidad por acidosis láctica en pacientes diabéticos tratados con metformina. *Emergencias*. 2016;38:38-40.
- 2 Kajbar F, Lalau JD. The criteria for metformin-associated lactic acidosis: the quality of reporting in a large pharmacovigilance database. *Diabetic Medicine*. 2013;30:345-58.
- 3 Kajbar F, Lalau JD. The prognostic value of blood pH and lactate and metformin concentrations in severe metformin-associated lactic acidosis. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2013;14:22.
- 4 Doenya-Barak K, Beberashvili I, Marcus R, Efrati S. Lactic acidosis and severe septic shock in metformin users: a cohort study. *Crit Care*. 2016;20:10.
- 5 Boucaud-Maitre D, Ropers J, Porokhov B, Altman JJ, Bouhanick B, Doucet J, et al. Lactic acidosis: relationship between metformin levels, lactate concentration and mortality. *Diabet Med* 2016 Feb; doi:10.1111/dme.13098.

Troponina de elevada sensibilidad en el diagnóstico de síndrome coronario agudo en urgencias

High-sensitivity troponin testing in the diagnosis of acute coronary syndrome in the emergency department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el editorial realizado por Alfonso *et al.* "Diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico en urgencias: ¿cambios a la vista?"¹. Estamos de acuerdo en gran medida con los autores, no obstante hay algunos aspectos de su trabajo que querríamos comentar.

En primer lugar se refieren en el texto a la "determinación enzimática", en este sentido queremos aclarar que la troponina es una proteína estructural cardíaca que al unirse a calcio facilita la interacción actina miosina. Actualmente es el biomarcador recomendado en las guías clínicas, y se debe determinar de forma aislada, ya que la determinación conjunta con creatinina no aporta valor añadido². A diferencia de otros biomarcadores, como creatinina, troponina no es una enzima, ya que no cataliza ninguna reacción bioquímica. En nuestra opinión, deberíamos referirnos a la "determinación seriada de biomarcadores de lesión miocárdica" en lugar de hablar de "determinación enzimática".

En segundo lugar, los autores comentan que en las nuevas guías clínicas se recomienda la determinación seriada a 3 horas. Esta recomendación es aplicable si se utilizan métodos de determinación de troponina cardíaca de elevada sensibilidad². Estos inmunoanálisis, a diferencia de los métodos previos, determinan el percentil 99 de una población sana de referencia con un coeficiente de variación igual o inferior a 10% y además determinan el valor exacto de troponina en al menos un 50% dicha población³. Actualmente estos métodos están disponibles en Europa pero aún no han sido aprobados en Estados Unidos y existe cierta controversia sobre su interpretación⁴. En nuestro medio su utilización es heterogénea y dependiendo de cada laboratorio se utilizan métodos convencionales o de elevada sensibilidad⁵. Este hecho es relevante y ha de tenerse en cuenta a la hora de elaborar los protocolos de actuación, que tal y

como sugieren los autores, deberían implementarse.

Ana García Sarasola,
Aitor Alquézar Arbé,
Miguel Rizzi,
Sergio Herrera Mateo

Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.
agarcias@santpau.cat

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Alfonso F, Salamanca J, Pozo E. Diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico en urgencias: ¿cambios a la vista? *Emergencias*. 2016;28:6-8.
- 2 Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016;37:267-315.
- 3 Jaffe AS, Ordonez-Llanos J. High-sensitivity cardiac troponin: from theory to clinical practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2013;66:687-91.
- 4 Jaffe AS. TRAPID or Trapped? *Ann Emerg Med*. 2016 (en prensa).
- 5 García Sarasola A, Alquézar Arbé A, Hernández Ontiveros H, Rizzi M, Díaz Rodríguez I, Santaló Bel M, et al. Utilización e interpretación de troponina cardíaca en los Servicios de urgencias de Barcelona. Zaragoza: Libro de Resúmenes del Congreso SEMES; 2015.

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

Agradecemos sinceramente el interés de García-Sarasola *et al.* por nuestro comentario editorial sobre el diagnóstico del síndrome coronario agudo en urgencias¹. Básicamente, estamos de acuerdo con todas sus apreciaciones. En primer lugar, coincidimos en que actualmente es preferible utilizar el término "marcadores de necrosis miocárdica" en vez del término clásico de "determinación enzimática" ya que las troponinas son proteínas cardíacas sin actividad enzimática, y la creatinina ha perdido mucha relevancia diagnóstica. De hecho, las enzimas clásicas prácticamente no son mencionadas en las últimas guías, que solo discuten el valor de las diferentes determinaciones de troponinas^{2,3}.

En nuestro editorial resaltábamos también la novedad, introducida en las últimas guías, de repetir una determinación en 1 hora de troponinas de alta sensibilidad para descartar el diagnóstico de síndrome coronario agudo¹⁻³. Precisamente, esta posibilidad solo se contempla al utilizar troponinas de alta sensibilidad y se presenta simplemente como una alternativa a las determinaciones seriadas convencionales con tiempos de espera más prolongados. Finalmente, aunque también estamos de acuerdo en que la utilización de troponinas de alta sensibilidad es variable y que su uso ha suscitado controversia^{3,4}, en España existe una clara tendencia a su incorporación progresiva en la mayoría de los centros. Hace ya casi una década resaltábamos la trascendencia de realizar una aproximación crítica al uso de la tomografía computarizada para el diagnóstico de síndrome coronario agudo en urgencias⁵. Hoy en día, las troponinas de alta sensibilidad nos brindan una nueva clave diagnóstica de gran utilidad siempre que su uso se enmarque dentro de una aproximación clínica global del paciente y de protocolos de actuación consensuados, validados y revisados periódicamente^{2,4}.

Fernando Alfonso,
Jorge Salamanca,
Eduardo Del Pozo
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de
La Princesa, Madrid, España.
falf@hotmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Alfonso F, Salamanca J, Pozo E. Diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico en urgencias: ¿cambios a la vista? *Emergencias*. 2016;28:6-8.
- 2 Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016;37:267-315.
- 3 Barrabes J. Comments on the 2015 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-segment Elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015;68:1061-7.
- 4 Sanchis J, García-Blas S, Mainar L, Mollar A, Abellán L, Ventura S, et al. High-sensitivity versus conventional troponin for management and prognosis assessment of patients with acute chest pain. *Heart*. 2014;100:1591-6.
- 5 Alfonso F. Immediate coronary imaging for acute chest pain: are we there yet? *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:650-1.

Reseña histórica sobre los nuevos vehículos aéreos no tripulados para uso sanitario

History of the new unmanned aerial vehicles in health care

Sr. Editor:

En el editorial publicado en EMERGENCIAS "Drones al servicio de los sistemas de emergencias médicas: algo más que un juguete" de Francisco Javier Escalada Roig, donde hace referencia al estudio aparecido en el mismo número de Pardo Ríos *et al.*, comenta el nuevo avance que ofrece la aeronáutica para su uso en sanidad: los denominados drones o más propiamente dichos los vehículos aéreos no tripulados. Solo añadir una reseña histórica ya que, como conocemos todos, la historia se repite y esta expectativa por el uso de los nuevos aparatos ya se dio hace un siglo cuando comenzó la aviación sanitaria.

Coinciden estos artículos con el próximo centenario de la fecha de los primeros vuelos para evacuar heridos al final de la Primera Guerra Mundial en el frente de Serbia durante 1917, organizados por el jefe de la sección aeronáutica francesa Vitrat¹. El avance actual de los aviones no tripulados supone un paso de gigante para la aeronáutica que está comenzando a revolucionar el transporte aéreo. Hay que esperar que esta revolución llegue en poco tiempo al ámbito sanitario.

Hace un siglo los españoles participamos muy activamente en el comienzo de una nueva actividad sanitaria "La Aviación Sanitaria" con tres hechos históricamente relevantes: la invención de los aparatos de ala rotatoria para fines sanitarios y su desarrollo por Juan de la Cierva y un empresario americano, Harold Pitcairn; la celebración del II Congreso Internacional de Aviación Sanitaria en Madrid 1933; y la experiencia de la evacuación de enfermos en avión durante la guerra de Marruecos. El éxito de estas fue gracias a la participación entusiasta de médicos, militares e ingenieros que vieron en este nuevo medio de transporte el futuro de la evacuación sanitaria y de la atención médica de urgencia. El primer vuelo de un aparato de ala rotatoria para uso sanitario se realizó en París en 1929 y fue el autogiro de De La Cierva, precursor del helicóptero actual y en cierta medida de los denominados drones actuales².

Como ya publicó Mooy en el primer artículo sobre la utilidad de la aviación para fines sanitarios en 1910³ y recalado en el I Congreso de Aviación Sanitaria celebrado en París 1929⁴, las principales misiones encomendadas a este nuevo aspecto de la aeronáutica eran el transporte de enfermos, el transporte de material sanitario y la localización de heridos. Y uno de los principales problemas a solventar era la creación de una legislación para esta nueva actividad. Como podemos ver, hoy en día se nos vuelven a plantear los mismos retos que hace un siglo.

Es necesario, como ya ocurrió en esos años, que los médicos españoles participemos activamente en la regulación y desarrollo de esta nueva forma de actividad aérea sanitaria. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), como representante del colectivo de profesionales sanitarios de urgencias y emergencias, tendría que involucrarse en este nuevo desarrollo.

Aprovecho para pedir a la revista EMERGENCIAS la creación de un apartado para la publicación de artículos sobre temas históricos de nuestra especialidad, para así dar más contenido académico a nuestra "histórica" reivindicación de una especialidad.

Miguel Angel González Canomanuel
Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud,
Toledo, España.
magycm10@yahoo.es

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Boletín de la Cruz Roja Española. 1917;78:142.
- 2 Canomanuel G. Revista de Sanidad Militar. 2015;71:125-31.
- 3 De Sirene. Sur le transport des blessés graves ou intransportables sur le champ de bataille dans l'avenir avec ballons dirigeables et aéroplanes. 17 Dic 1910: 8.
- 4 Libro de ponencias Premier Congrès International de l'Aviation Sanitaire. Paris. 1929.7-11.

Respuesta del Editor

Editor's reply

Comparto con González Canomanuel su debilidad por los aspectos

históricos. Sin duda, profundizar en la historia va parejo con un mejor entendimiento del momento actual y permite diseñar el futuro con mayores argumentos que el análisis limitado al hoy puede proporcionar. Y esta perspectiva aplica también a la Medicina de Urgencias y Emergencias. Aunque no reconocida en España *de iure*, su existencia *de facto* desde hace décadas (o desde hace siglos o milenios, si somos laxos en su definición) ha generado indiscutiblemente episodios dignos de ser recogidos, reportados y estudiados.

EMERGENCIAS siempre ha sido sensible a la importancia de conocer nuestra historia, y todas sus secciones están abiertas a las aportaciones que los estudiosos de este campo quieran realizar. En la bibliografía, González Canomanuel puede repasar algunos de los ejemplos de artículos publicados en diversas secciones de la Revista en los que el análisis o la reflexión histórica son patentes¹⁻¹⁰. Por ello, sin necesidad de crear una sección específica en la Revista, animo a todos los compañeros con especial sensibilidad por la historia de nuestra especialidad a abordar cualquier aspecto que consideren de interés para nuestro mejor autoconocimiento, que siempre que la calidad del manuscrito final sea buena, encontrarán en la páginas de EMERGENCIAS una cálida acogida. Y sin duda, el agradecimiento de muchos de sus lectores.

Òscar Miró

Editor de EMERGENCIAS. España.
omiro@clinic.cat

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Bermejo Pareja R, Álvarez Fernández JA, Curries Asensio A, Fernández Onieva JM, García Pondal J, Margalef de Bias A. Hacia un sistema integral de urgencias en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Emergencias*. 1992;4:189-94.
- Pacheco Rodríguez A, Alvarez García A, Hermoso Gadeo FE, Serrano Moraza A. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria (I): historia y fundamentos preliminares. *Emergencias*. 1998;10:173-87.
- Martínez-Carpio PA, Battestini R. Urgencias y emergencias en medicina de montaña, problemas de adaptación a la hipoxia hipobárica y rescate aérea de víctimas: un enfoque histórico. *Emergencias*. 2003;15:231-9.
- Miró O, Salgado E, González-Duque A, Tomás Vecina S, Burillo-Putze G, Sánchez M. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante los últimos 30 años (1975-2004). Análisis bibliométrico descriptivo. *Emergencias*. 2007;19:6-15.
- Miró O, Salgado E, González-Duque A, Tomás Vecina S, Burillo-Putze G, Sánchez M. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante los últimos 30 años (1975-2004). Análisis comparativo con la actividad de otras especialidades en España y con la de *urgenciólogos* de otros países. *Emergencias*. 2007;19:59-64.
- Ruiz Madruga M. De técnico de transporte sanitario (TTS) a técnico en emergencias sanitarias (TES) (1): Perspectiva histórica. *Emergencias*. 2011;23:65-6.
- Socorro Santana F. Pasado, presente y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso por no profesionales. *Emergencias*. 2012;24:50-8.
- Fernández-Guerrero IM, Fernández-Cano A. Una tesis pionera en la Medicina de Urgencias y Emergencias española: Alcance de la cirugía [sic] de urgencias en las casas de socorro (1907). *Emergencias*. 2013;25:409-14.
- Miró O. 300 años de historia. *Emergencias*. 2014;26:341-2.
- Fernández-Guerrero IM. Tesis doctorales españolas en Medicina de Urgencias y Emergencias (1978-2013). *Emergencias*. 2015;27:129-134.

Triaje ya está en el Diccionario de la Real Academia Española

Triage is now in the Dictionary of the Royal Academy of the Spanish Language

Hay cosas que se van normalizando. Desde hace décadas, los *urgenciólogos*, pero también los médicos en general y cada vez sectores más amplios de la población, utilizamos la palabra triaje. Esta palabra, inicialmente acuñada en medicina militar francesa para designar el hecho de priorizar la atención a los heridos en el campo de combate, se ha extendido a la sociedad civil. Así, en la actualidad, se utiliza para definir la priorización de los pacientes que realizan en España la inmensa mayoría de servicios de urgencias hospitalarios¹⁻⁴ y de sistemas de emergencias médicas en la atención a catástrofes y, cada vez con mayor frecuencia, para ordenar la demanda de atención del usuario en situaciones no catastróficas^{5,6}. Con todo, lo que intenta conseguir el triaje es que los pacientes con procesos más graves o tiempo-dependientes sean atendidos antes que el resto, independientemente de la hora de solicitud de asistencia.

Hace apenas dos años manteníamos un debate abierto en la Revista con Joaquín Poch Broto, Presidente de la Real Academia Nacional de Me-

dicina, acerca de la situación de la palabra triaje y *urgenciólogo* en el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)^{7,8}. Compruebo con satisfacción que triaje ha sido incorporado a la última edición del DRAE⁹, por lo que ya no es necesaria su escritura en letra cursiva, hecho que ha adoptado EMERGENCIAS desde hace unos números. Sin duda, el uso persistente ha conducido a la generalización del vocablo, y esta ha condicionado su aceptación.

Os animo a no decaer en el uso del término *urgenciólogo*, pues a buen seguro también entrará en el DRAE con el tiempo. Designa algo claro y bien determinado, no definido por ninguna otra palabra en la actualidad. Y así, sin dudas y con convencimiento, iremos consiguiendo todos los objetivos que nos planteamos. Por lejanos que hoy parezcan.

Òscar Miró

Editor, EMERGENCIAS.
omiro@clinic.cat

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Sánchez-Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:103-8.
- Carballo Cardona C. Triaje avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*. 2015;27:332-5.
- Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25:66-70.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Cuarteras Álvarez T, Castro Delgado R, Arcos González P. Aplicabilidad de los sistemas de triaje prehospitalarios en los incidentes de múltiples víctimas: de la teoría a la práctica. *Emergencias*. 2014;26:147-54.
- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
- Miró O. Triaje y *urgenciólogo*: dos palabras que llaman a la puerta de la Real Academia Española. *Emergencias*. 2014;26:493-4.
- Poch Broto J. Triaje y *urgenciólogo*: dos palabras que llaman a la puerta de la Real Academia Española. Respuesta al autor. *Emergencias*. 2014;26:494-5.
- Diccionario de la Real Academia Española. (Consultado 29 Junio 2016). Disponible en: <http://www.rae.es/>