

CARTAS AL EDITOR

Triage ya está en el Diccionario de la Real Academia Española

Triage accepted into the dictionary of the Royal Spanish Academy

Sr. Editor:

Me ha parecido muy interesante el artículo publicado por Miró bajo el título "Triage ya está en el Diccionario de la Real Academia Española"¹ y me gustaría realizar algunas aportaciones relacionadas con la historia del triaje.

La palabra triaje proviene del vocablo francés *trier* que significa clasificación o selección y era un término que se utilizaba en el ámbito agrícola. Su empleo en la terminología médica es relativamente reciente y se remonta al siglo XIX. Fue durante las guerras napoleónicas cuando el barón Dominique Jean Larrey (1766-1894²), cirujano jefe de la guardia imperial, recibió la siguiente orden de Napoleón: "Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse deben dejarse en el frente de batalla, solo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse"². El galeno francés no tuvo más remedio que entrenar al personal militar sanitario en identificar la gravedad de las lesiones de los soldados, únicamente aquellos que podían recuperarse serían evacuados en carrozas tiradas por caballos ("ambulancias volantes") al puesto médico para recibir los cuidados oportunos². El doctor Larrey fue tajante al respecto: "Aquellos que las lesiones pusieran en peligro su vida deberían recibir una atención inmediata, con independencia de rango o distinción; mientras que aquellos que presentaran heridas en menor grado deberían esperar".

Algún tiempo después (1846), el cirujano naval británico John Wilson realizó una contribución importante en la historia del triaje: defendió que para hacer más eficaces sus esfuerzos, los cirujanos deberían centrarse en los pacientes que necesitaban tratamiento inmediato y en los que se esperaba que fuese exitoso, mientras que habría que aplazarlo en los que presentaban heridas menos graves y en aquellos cuyas heridas eran probablemente fatales con o sin intervención médica inmediata.

Durante la Primera Guerra Mundial el sistema de triaje se modificó

sustancialmente, de modo que los heridos eran enviados a hospitales apropiados en ambulancias motorizadas³. Esto se debió, fundamentalmente, a la aparición de nuevas máquinas bélicas (tanques, ametralladoras) y a la introducción de gases venenosos, lo cual provocaba un elevado número de soldados heridos potencialmente tratables.

A lo largo de la Segunda Guerra Mundial el triaje se perfeccionó aún más mediante actividades específicas de selección y con el empleo de hospitales móviles de campo³. Hay que tener en cuenta que, de forma paralela al desarrollo militar durante esta contienda, habían aparecido tratamientos tan revolucionarios como el plasma o la penicilina, que no podían ser aplicados de forma masiva a todos los heridos. El siguiente gran adelanto tuvo lugar durante la Guerra de Corea al incorporar helicópteros en la evacuación de los heridos.

Para comprender los beneficios del triaje durante las guerras baste el siguiente dato: el tiempo medio desde que un soldado era herido hasta que recibía un tratamiento adecuado descendió de 12-18 h durante la Segunda Guerra Mundial a 2-4 h en la Guerra de Corea y a menos de 2 h en la Guerra de Vietnam⁴. Durante las siguientes décadas estas experiencias militares fueron aprovechadas en beneficio de la población civil en situaciones de emergencia, siendo a partir de la década de los noventa cuando se iniciaron los trabajos para realizar escalas de triaje universales.

Pedro Gargantilla Madera

Profesor de Historia de la Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, España.
pgargantilla@yahoo.es

Conflicto de interés

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Oscar Miró, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Miró O. Triage ya está en el Diccionario de la Real Academia Española. *Emergencias*. 2016;28:285.
- Illescas Fernández G. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*. 2006;9:48-56.
- López Resendiz K, Montiel Estrada MD, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. *Med Int Mex*. 2006;22:310-8.
- Baker R, Strosberg M. Triage and equality: an historical reassessment of utilitarian analyses of triage. *Kennedy Inst Ethics J*. 1992;2:103-23.

Parálisis facial periférica: otra forma de presentación de enfermedad de Lyme

Peripheral facial paralysis, a presentation of Lyme disease

Sr. Editor:

Históricamente, la otitis media ha sido la causa más frecuentemente identificada de parálisis facial en niños. Sin embargo, desde los últimos 20 años, se ha observado un incremento significativo en la parálisis facial asociada a infección por *Borrelia burgdorferi*¹. A continuación presentamos un caso.

Niña de 9 años sin antecedentes de interés que en el mes de junio acudió a consulta por cuadro de fiebre de 39°C, malestar general y astenia de 48 horas de evolución. Inicialmente se sospechó un proceso infeccioso viral inespecífico. Presentó al 5º día del inicio del episodio parálisis facial periférica izquierda junto con diplopía a objetos lejanos que se acentuaba con la mirada hacia la izquierda (confirmándose posteriormente parálisis de VI par craneal homolateral izquierdo). En ese instante, y ante los síntomas de focalidad neurológica, se inició tratamiento corticoide oral. La analítica, con reactantes de fase aguda, y el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) eran normales. Los hemocultivos fueron negativos, y quedaron pendientes las serologías. El tratamiento corticoide oral se mantuvo durante 15 días mejorando espontáneamente la sintomatología. Posteriormente, la serología resultó positiva para IgG *Borrelia burgdorferi* confirmada mediante ELISA y Western-Blot (no se realizó frotis de sangre periférica). Se inició tratamiento con amoxicilina a 500 mg/8 h durante 21 días. Las serologías a las tres semanas fueron negativas. La evolución clínica fue favorable, con lo que se confirmó la sintomatología de parálisis facial como forma de presentación neurológica aguda.

La enfermedad de Lyme es una enfermedad multisistémica causada por un grupo de espiroquetas relacionadas, *Borrelia burgdorferi*, que son transmitidas por picaduras de garrapatas que pertenecen a algunas especies del género Ixodes². Se han descrito casos en todo el mundo (en España sobre todo en la cornisa cantábrica), siendo los periodos de máxima actividad primavera, principios de verano y a finales de verano, otoño³. La enfermedad se caracteriza por la cronicidad, distinguiéndose tres fases. La primera, la infección temprana localizada, donde la primera manifestación suele ser el eritema migratorio. La segunda, la infección temprana diseminada, con manifestaciones neurológicas (neuroborreliosis) y trastornos cardíacos. Y la tercera, la infección tardía o persistente (artritis, encefalopatía). En numerosos casos, la parálisis facial (que ocurre en un 5% de niños con enfermedad de Lyme¹) puede ser el único síntoma neurológico y puede desarrollarse incluso en ausencia de eritema migratorio previo¹.

La serología permite el diagnóstico de la enfermedad de Lyme, mediante la determinación de anticuerpos tanto IgG como IgM y la comparación de dos muestras separadas por intervalo de tres o cuatro semanas⁴. El régimen antibiótico oral incluye amoxicilina 50 mg/kg día dividida en tres dosis y cefuroxima acetilo 30 mg/kg por día dividida en dos dosis, ambas en regímenes de 14 a 21 días. Se recomienda la doxiciclina en niños a partir de los 8 años a dosis de 4 mg/kg por día dividida en dos dosis. Para el régimen parenteral se recomienda ceftriaxona 50-75 mg/kg intravenoso en dosis única⁵.

Dado que la parálisis facial aguda en niños es una enfermedad de buen pronóstico, diversos estudios han descrito incluso mejores tasas de recuperación en aquellos pacientes afectados de neuroborreliosis frente a otras causas². La mayoría de pacientes diagnosticados de enfermedad de Lyme no presenta antecedentes de picadura y la variedad en la presentación debe hacer sospecharla, aún en ausencia de picadura.

Iker López Garcarena,
Irantzu Sinovas Varona

Centro de Salud de Ermua, Vizcaya, España.
lker.garciarena@hotmail.com

Conflicto de interés

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Manuel José Vázquez de Lima, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- 1 Esposito S, Bosis S, Sabatini C, Tagliaferri L, Principi N. *Borrelia burgdorferi* infection and Lyme disease in children. *Int J Infect Dis*. 2013;17:153-8.
- 2 Drack FD, Weissert M. Outcome of peripheral facial palsy in children- A catamenstic study. *Eur J Paediatr Neurol*. 2013;17:185-91.
- 3 Guerrero A. Borreliosis de Lyme en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:244-6.
- 4 Roca B. Borreliosis de Lyme. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:265-8.
- 5 Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, Halperin JJ, Steere AC, Klemperer MS. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme Disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2006;43:1089-134.

Asistencia, investigación y docencia: la tríada de la medicina de urgencias y emergencias

Clinical practice, research, and teaching: the triad that marks emergency medicine

Sr. Editor:

Excelente editorial de Llorens¹ en relación al artículo original de Fernández-Guerrero *et al.*² que muestra de manera clara y objetiva el incremento de la producción científica de los *urgenciólogos* en el último quinquenio. Expresa Llorens que es necesario creer que nuestro trabajo no es exclusivamente asistencial, y creer que sí hay tiempo para la investigación. Una gran verdad. Sin embargo, hay que dejarlo claro, no solamente los médicos asistenciales tienen que creer esto, sino también los responsables de los servicios de urgencias (SU). Pese a no tener especialidad reconocida en Es-

paña, la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) tiene entidad propia basada en escenarios específicos y por lo tanto, como *urgenciólogos*, tenemos la obligación de generar evidencia y conocimientos específicos, lo que sin duda solo será posible si cimentamos nuestros SU en el tripode asistencia, docencia e investigación, como cualquier servicio hospitalario. Tenemos dignidad y pasión por la MUE, pero también la tiene que tener nuestro más directo responsable, ya sea coordinador de urgencias o jefe de servicio. Y buena muestra de ello son iniciativas como ensayos clínicos independientes realizados exclusivamente en los SU españoles³.

Ignasi Bardès,
Javier Jacob,
Carles Ferrè,
Ferrán Llopis

Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España.
i.bardes@bellvitgehospital.cat

Conflicto de interés

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Òscar Miró, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- 1 Llorens P. *Urgenciólogo* e investigador: una combinación posible e imprescindible. *Emergencias*. 2016;28:143-5.
- 2 Fernández-Guerrero IM, Burbano Santos P, Martín-Sánchez FJ, Hidalgo-Rodríguez A, Leal-Lobato MM, Riulla-Doce C, et al. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2010-2014 y su comparación con el quinquenio 2005-2009. *Emergencias*. 2016;28:153-66.
- 3 Llorens P, Miró Ò, Herrero P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, Valero A, et al. Clinical effects and safety of different strategies for administering intravenous diuretics in acutely decompensated heart failure: a randomized clinical trial. *Emerg Med J*. 2014;31:706-13.