

CARTAS AL EDITOR

Intoxicaciones atendidas en urgencias durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19

Emergency-department-treated poisonings during home confinement for the COVID-19 pandemic

Sr. Editor:

Tal y como afirma A. Juan en su reciente editorial, ha tenido que venir una pandemia para mostrar las debilidades de un sistema que parecía solvente y para limitar lo hasta ahora ilimitable: la oferta sanitaria¹. El recorte de libertades que han representado las medidas de confinamiento decretadas el pasado 14 de marzo se dictó precisamente para evitar el colapso, centrando los máximos recursos en la asistencia de los pacientes con coronavirus².

El escenario y las reglas estaban, por una vez, claramente definidos y las consecuencias no tardaron en llegar. Así se ha observado que la demanda de visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) cayó alrededor del 50% en relación a la previa a la pandemia, tal como sucedió en otros países³, y la mayor parte de ellas estaban relacionadas con la misma, lo que facilitó enormemente su asistencia y contribuyó a minimizar las consecuencias finales. En este entorno era esperable que, por la limitación de actividades que el confinamiento representaba, se redujera significativamente alguno de los motivos de consulta a los

SUH relacionados con actividades al aire libre o el ocio, como los traumatismos, accidentes o intoxicaciones. Permita que nos centremos en estas últimas.

En los dos servicios de urgencias que representamos, con unidades de toxicología adscritas a los mismos, hemos constatado una disminución de los intoxicados casi idéntica a la del resto de urgencias atendidas en ambos centros, pero aún se esperaba una menor afluencia de intoxicados (Tabla 1). Suponíamos que las medidas de limitación de movilidad y la trascendencia de la situación que vivíamos, podían afectar especialmente a pacientes con trastornos mentales previos⁴, lo que podría incrementar el número de ingestas medicamentosas con finalidad autolesiva o ansiolítica, como así ha sido. Era igualmente previsible una disminución de las intoxicaciones recreativas, por las teóricas dificultades para conseguir el normal suministro de drogas ilegales, lo cual ha sucedido (entre el 3,2 y el 8,8%); aún así, las intoxicaciones recreativas siguen superando durante el confinamiento a las suicidas (Tabla 1).

Estos resultados inducen a otras reflexiones como son el impacto de estos pacientes intoxicados en los servicios de emergencias extrahospitalarios, en estas fechas particularmente saturados por la necesidad de reforzar e improvisar otros dispositivos sanitarios que se han creado, compaginando esta actividad extraordinaria con la atención inicial del resto de urgencias. Prueba de ello es el aumento notorio de los

traslados de pacientes intoxicados en ambulancia en uno de los centros. También se evidencia la dificultad para un control efectivo en la distribución de las drogas ilegales en la sociedad. Al finalizar esta pandemia, también habrá que reflexionar sobre algunos aspectos éticos que este perfil de pacientes tiene y tendrá en nuestro sistema sanitario, o si simplemente debemos aceptar esta realidad y adaptarnos definitivamente a ello. Mientras, como personal de urgencias, seguiremos centrados en la pandemia y en minimizar sus consecuencias, esperando el retorno lo más pronto posible a la antigua realidad, en la que solo el fútbol impedía temporalmente la saturación de nuestros servicios⁵.

Jordi Puigurriquer-Ferrando¹,
Emilio Salgado-García²,
Santiago Nogué-Xarau³

¹Unidad de Toxicología, Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

²Unidad de Toxicología, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España.

³Fundación Española de Toxicología Clínica, España.

jordi.puigurriquer@ssib.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto 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 externa 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: Guillermo Burillo Putze.

Tabla 1. Pacientes intoxicados atendidos en los servicios de urgencias durante los primeros 43 días de confinamiento (14 de marzo a 26 de abril 2020), en comparación con las mismas fechas de los 3 años anteriores

| | Hospital Son Espases (Palma de Mallorca) | | | Hospital Clínic (Barcelona) | | |
|--|--|---------------|---|-----------------------------|---------------|---|
| | 2017 - 2019 | 2020 | Diferencia entre los dos periodos de tiempo | 2017 - 2019 | 2020 | Diferencia entre los dos periodos de tiempo |
| Total de urgencias (media diaria) | 53.148 (412,0) | 8.342 (194,0) | -52,9% | 35.891 (278,2) | 6.240 (145,1) | -47,8% |
| Total de intoxicados (media diaria) | 588 (4,6) | 93 (2,2) | -52,2% | 613 (4,8) | 111 (2,6) | -45,8% |
| Pacientes intoxicados en relación con el total de urgencias (%) | 1,1 | 1,1 | 0% | 1,7 | 1,8 | +0,1% |
| Edad media intoxicados (años) | 39,7 | 43,6 | +3,9 | 39,0 | 41,0 | +2 |
| Mujeres intoxicadas en media anual (% del total de intoxicados) | 76,6 (39,1) | 35 (37,6) | -1,5% | 86,7 (42,4) | 40 (36,0) | -6,4% |
| Pacientes intoxicados por causa recreativa en media anual (% del total de intoxicados) | 120,6 (61,5) | 49 (52,7) | -8,8% | 117 (57,3) | 60 (54,1) | -3,2% |
| Intoxicaciones de causa suicida en media anual (% del total de intoxicados) | 38 (19,4) | 29 (31,2) | +11,8% | 53,3 (26,1) | 34 (30,6) | +4,5% |
| Pacientes intoxicados que llegan en ambulancia (% del total de intoxicados) | 461 (78,4) | 63 (67,7) | -10,7% | 355 (57,9%) | 99 (89,2) | +31,3% |

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

Bibliografía

- Juan Pastor A. Un sistema sanitario contra un virus. *Emergencias*. 2020;32:152-4.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 67, de 14 marzo de 2020, Sec. I. Pág. 25390. (Consultado 15 Abril 2020). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
- Wee LE, Fua TP, Chua YY, Ho FWA, Sim X, Conceicao EP, et al. Containing COVID-19 in the emergency room: the role of improved case detection and segregation of suspect cases. *Acad Emerg Med*. 2020 (en prensa). doi: 10.1111/acem.13984
- Reger M, Stanley I, Joiner T. Suicide mortality and coronavirus Disease 2019. A perfect storm? *JAMA Psychiatry*. 2020 (en prensa). doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Ballesteros S, Fernández I, Vallejo G. Impacto de los partidos de fútbol en la frecuentación de pacientes a un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2020 (en prensa).

Consenso en el transporte interhospitalario ante la pandemia de COVID-19

Consensus on interhospital transfers during the COVID-19 pandemic

Sr. Editor:

Los profesionales sanitarios nos estamos enfrentando a un reto sin precedentes en nuestro entorno. Han pasado apenas tres meses desde que se describieron los primeros casos de una nueva enfermedad en la provincia de Hubei (China)¹ hasta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia² y los recursos sanitarios con los que contamos se vieron sobrepasados. En este contexto, se han multiplicado los esfuerzos por aumentar la capacidad asistencial para mejorar la gestión de los recursos³ y poner en marcha planes de contingencia en todos los ámbitos asistenciales: urgencias, atención primaria, hospitalización, medicina intensiva, etc.⁴. Las diferentes áreas sanitarias se han visto afectadas de forma heterogénea y asincrónica, lo que ha dado lugar, especialmente en las primeras semanas de saturación, a un elevado número de traslados interhospitalarios con el fin de redistribuir a los pacientes. El empleo de otras estructuras como hospitales de campaña y cen-

tros privados también ha posibilitado la distribución de pacientes.

La necesidad de adoptar criterios uniformes y de adaptar las medidas de prevención en la transmisión de infecciones al medio extrahospitalario llevaron a la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y a la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) a elaborar un documento conjunto de recomendaciones para el traslado interhospitalario de pacientes en el contexto de la pandemia por COVID-19⁵. En él se destaca la figura del coordinador sanitario (CS) del centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE), a quien las unidades de cuidados intensivos (UCI) y servicios de urgencia, deben tener un acceso preferente o directo, evitando demoras telefónicas en la atención a otras patologías tiempo-dependiente. En función de la situación clínica del paciente –utilizando la escala EWS para COVID-19 modificada⁶– y otros factores, se valorará el riesgo de traslado para la asignación del recurso más apropiado.

En el documento se emiten recomendaciones sobre la preparación del vehículo y del paciente en la unidad de procedencia, de especial utilidad en traslados que pueden ser más prolongados de lo habitual por las especiales características de estos pacientes: comprobación de tubos y sondas, limitación de fármacos en infusión continua, disponibilidad de fármacos precargados para el traslado, etc. Se establece una diferenciación entre el miembro del equipo de traslado que se encargará de la conducción y los que se encargarán de la asistencia al paciente con el fin de limitar el riesgo de contaminación fuera del habitáculo asistencial.

Entre las sugerencias en la recepción, transferencia y traslado destacan las relacionadas con el cambio de respirador, tanto por los cambios clínicos que pueden derivarse en pacientes con grave compromiso respiratorio y PEEP elevada como por el riesgo de generación de aerosoles. Seguir estas recomendaciones reducirá el número de eventos adversos y aumentará la seguridad del paciente y del equipo sanitario. Finalmente, se hace referencia a los medios de desinfección y se apuntan algunas particularidades del traslado del paciente con oxigena-

ción con membrana extracorpórea (ECMO, por sus siglas en inglés).

Queremos destacar la necesaria colaboración entre sociedades científicas para dar la mejor respuesta posible a los retos asistenciales a los que nos enfrentamos. La elaboración de recomendaciones permite reducir la variabilidad en la práctica clínica, lo que repercute favorablemente en el pronóstico de los pacientes^{7,8}.

Alberto Hernández-Tejedor¹,
Ricardo Delgado Sánchez²

¹Departamento de Operaciones SAMUR-Protección Civil, Madrid, España.

²Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. GUETS. SESCAM. Castilla-La Mancha. Coordinador Secretaría Emergencias. SEMES, España.

albertohmed@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto 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 externa 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: Óscar Miró.

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

Bibliografía

- Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020. (Consultado 21 Abril 2020). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide/MN908947.3>
- Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 (consultado 21 Abril 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Houzé-Cerfon CH, Boet S, Saint-Jean M, Cros J, Vardon-Bouines F, Marhar F, et al. Efecto de un debriefing (reunión informativa) combinado en los participantes en cursos de simulación interprofesional para la gestión de recursos de crisis: un estudio aleatorio, controlado y multicéntrico. *Emergencias*. 2020;32:111-7.
- Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega Á, Catalán González M, et al; Junta directiva de la SEMICYUC, Junta directiva de la SEEIUC. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva* 2020 (en prensa). doi:10.1016/j.medint.2020.03.006
- SEMES-SEMICYUC. Traslado interhospitalario ante la pandemia de COVID-19 (Consultado 21 Abril 2020). Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/04/TH-COVID19-V1.pdf> y <https://semicyuc.org/>

wp-content/uploads/2020/04/TH-COVID19-V1-FINAL.pdf

- 6 Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units-the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med.* 2020;46:357-60.
- 7 Moreno Millán E. Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias. *Emergencias* 2007;19:222-4.
- 8 Kostopoulou O, Wildman M. Sources of variability in uncertain medical decisions in the ICU: a process tracing study. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:272-80.

Ecocardiograma en pacientes con pericarditis aguda

Echocardiograms in patients with acute pericarditis

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el excelente artículo de Martínez-Nadal *et al.*¹ sobre las características de las pericarditis y miopericarditis diagnosticadas en 984 pacientes que acudieron a urgencias. Nos gustaría detenernos en las alteraciones ecocardiográficas que presentan estos pacientes. Aunque los autores afirman que la Tabla 1 sintetiza las características demográficas, comorbilidades, fármacos previos y características clínicas, electrocardiográficas y ecográficas del episodio dicha tabla no aporta ninguno información sobre el número de ecocardiogramas realizados ni su resultado. De hecho, en todo el artículo no se especifica el número de ecocardiogramas (o escoscopias) realizados. El único dato que aportan los autores en este sentido es que, de los 72 pacientes con miopericarditis se realizó un ecocardiograma a 60. Creemos que sería muy recomendable que los autores aportasen esta información por tres motivos: I) las guías de práctica clínica² recomiendan la realización de un ecocardiograma a todo paciente con pericarditis aguda (recomendación de clase I); II) el ecocardiograma permite una mejor selección de pacientes de riesgo que precisen ingreso hospitalario³; III) Los adelantos tecnológicos han hecho que esta técnica de imagen sea cada vez más accesible⁴.

Los autores concluyen que su estudio revela que el ecocardiograma condiciona significativamente la decisión de ingreso hospitalario de los pacientes con miopericarditis y, por ello, propone su realización en la valoración

rutinaria de los pacientes con miopericarditis en los servicios de urgencia. En nuestra opinión existe suficiente evidencia en la literatura como para extender esta recomendación a todos los pacientes con pericarditis aguda.

Manuel Martínez-Selles

*Servicio de Cardiología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.
mmselles@secardiologia.es*

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto 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 externa 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: Óscar Miró

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

Bibliografía

- Martínez-Nadal G, Prepoudis A, Miró Ò, Matas A, Cepas P, Aldea A, et al. Características clínicas de las pericarditis y miopericarditis diagnosticadas en urgencias y factores asociados con la necesidad de hospitalización. *Emergencias.* 2020;32:97-104.
- Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2015;36:2921-64.
- Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and treatment of pericarditis: a systematic review. *JAMA.* 2015;314:1498-506. Erratum in: *JAMA.* 2015;314:1978. *JAMA.* 2016;315:90.
- Acheampong B, Parra DA, Aliyu MH, Moon TD, Soslow JH. Smartphone interfaced handheld echocardiography for focused assessment of ventricular function and structure in children: A pilot study. *Echocardiography.* 2020;37:96-103.

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado respecto nuestro trabajo y las reflexiones que haya podido generar en cuanto al manejo de las pericarditis (P) en los servicios de urgencias (SU). Las guías actuales de práctica clínica consideran el ecocardiograma una exploración de primera línea en los casos de sospecha de P (reco-

mendación I-C)^{1,2}. Los hallazgos ecográficos forman parte de sus criterios diagnósticos; permiten descartar el derrame pericárdico (de especial importancia ante el diagnóstico clínico de taponamiento cardíaco) y de alteraciones en la contractilidad (de gran interés si hay implicación miocárdica). Tan solo en casos seleccionados, sin ningún otro criterio de gravedad y sin cardiomegalia en la radiografía de tórax, en centros sin disponibilidad de la ecografía, probablemente se podría considerar no realizarla³. Así mismo, no tan solo ante la sospecha de afectaciones del pericardio, sino en la evaluación inicial del dolor torácico (DT) en urgencias se propone el uso de la ecografía a pie de cama como herramienta útil en el diagnóstico diferencial, especialmente en caso de inestabilidad hemodinámica y/o disnea⁴.

En nuestro trabajo observacional⁵ hemos tenido la oportunidad de focalizar la atención en los factores que influyen a la decisión de ingreso en los pacientes con P y miopericarditis (MioP). En concreto, en los episodios de MioP, se ha podido observar el papel clave que juega la ecocardiografía en la toma de decisiones. Pese al gran interés del manuscrito en cuanto a la descripción de un gran número de episodios de P y MioP a lo largo de una década; una de las limitaciones ya mencionadas en su publicación es que, al tratarse de un estudio retrospectivo basado en el diagnóstico asignado por los *urgenciólogos* al alta del SU, no se dispone de la información de todas las variables a estudio en el total de pacientes. A pesar de no ser el objetivo principal de este trabajo, a petición del autor de la carta, se ha realizado una revisión del número de ecografías registradas en el informe de alta del SU del total de pacientes, que corresponde al 43% de los casos. Por tanto, apreciamos la oportunidad que sus comentarios nos ofrecen para enfatizar el papel creciente de la ecografía en los últimos años (gracias a una mejor accesibilidad a los ecógrafos y una mayor formación de los *urgenciólogos*) en los SU para la valoración y manejo de múltiples motivos de consulta, siendo el DT y, en concreto, la sospecha de patología del pericardio, un buen ejemplo.

Gemma Martínez-Nadal

Àrea de Urgències, Hospital Clínic, Barcelona, España.

gmartinez@clinic.cat

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: La autora ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa 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.

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

Bibliografía

- Adler Y, Charron P, Imazio M. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery. *Eur Heart J*. 2015;36:2921-64.
- Klein AL, Abbara S, Agler DA. American Society of Echocardiography clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease: endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013;26:965-1012. e15.
- Guindo J. Comments on the 2015 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases. A Report by the Spanish Society of Cardiology Guidelines Committee Working Group. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1068-74.
- Via G, Hussain A, Wells M. International Evidence-Based Recommendations for Focused Cardiac Ultrasound. *J Am Soc Echocardiogr*. 2014;27:683.e1-683.e33.
- Martínez-Nadal G, Prepoudis A, Miró Ò, Matas A, Cepas P, Aldea A, et al. Características clínicas de las pericarditis y miopericarditis diagnosticadas en urgencias y factores asociados con la necesidad de hospitalización. *Emergencias*. 2020;32:97-104.

Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica

Amphetamine and methamphetamine poisonings attended by emergency services: clinical characteristics and the usefulness of laboratory confirmation

Sr. Editor:

He leído con sumo interés el artículo publicado por Ferrer *et al.*¹, y quería aportar algunas observaciones sobre el diagnóstico y confirmación

analítica de intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina.

Sin duda, como los autores ya mencionan, las técnicas de detección de tóxicos en orina disponibles en urgencias tienen importantes limitaciones. Un resultado positivo debe valorarse con cuidado, siempre teniendo en cuenta otras etiologías de la sintomatología, ya que existen variables que este no tiene en cuenta como la dosis, si las sustancias son de uso terapéutico o recreativo, si el consumo es reciente o antiguo y los numerosos falsos positivos. Del mismo modo, un resultado negativo no descarta el consumo de drogas o fármacos, simplemente informa de que las sustancias analizadas no se encuentran presentes en la orina, al menos en concentraciones superiores al punto de corte de la técnica².

Sin embargo, incluso al identificar que el paciente se encuentra intoxicado por anfetamina o metanfetamina, no existe ningún antídoto específico para estas sustancias. El tratamiento de elección en caso de anfetamina consiste en terapia de apoyo, como la administración de las benzodiacepinas y del carbón activado, con sedación, observación y monitorización del paciente. También se debe realizar un ECG y en caso de oliguria corregir la volemia³. En cambio, en casos de intoxicación por metanfetamina el tratamiento combinado de benzodiacepinas y antipsicóticos da buenos resultados⁴, pero el tratamiento en los dos casos de intoxicación es parecido, por lo que su diferenciación clínica, aunque útil, no es crucial en urgencias. Además, de que las únicas diferencias significativas encontradas en su estudio fue mayor presencia de agitación en pacientes intoxicados por anfetamina y mayor realización de ECG en pacientes intoxicados por metanfetamina.

No obstante, aunque algunos datos del estudio de Roset Ferrer *et al.*¹ no pudieron llegar a ser estadísticamente significativos, se ha observado en numerosas investigaciones correlación entre el perfil descrito y el uso de metanfetamina, como es el caso de *chemsex*. Como, por ejemplo, la revisión sistemática de Tomkins *et al.*, que exploró el uso de drogas recreativas en hombres que tienen sexo con hombres y prácticas sexuales de alto riesgo e infecciones de transmisión sexual. De los 112 estudios incluidos en la revisión, las metanfetaminas fueron el fármaco más comúnmente consumido (39%)⁵.

En conclusión, no existen suficientes diferencias ni necesidades clínicas para diferenciar las intoxicaciones por metanfetamina y por anfetamina. Es más, la prueba de cribaje no constituye la prueba suficiente para poder distinguir entre estas dos drogas. Sin embargo, existe un perfil claro de abuso que sí puede ayudar a la hora de diagnosticar la intoxicación.

Wiktoria Aleksandra Zawadzka
Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
wzawadzka37@alumnes.ub.edu

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: La autora ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa 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.

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

Bibliografía

- Roset Ferrer C, Gomila Muñiz I, Elorza Guerrero MA. Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica. *Emergencias*. 2020;32:26-32.
- Martínez-Sánchez L, Velasco-Rodríguez J. Valor del cribado toxicológico en orina en las sospechas de intoxicación en urgencias. *Anales de Pediatría Continuada*. 2010;8:139-43.
- Vasan S, Orango GJ. Amphetamine Toxicity. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- Richards JR, Laurin EG. Methamphetamine Toxicity. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019.
- Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: A systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2019;139:23-33.

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Editor:

Agradecemos el interés manifestado por la Dra. Zawadzka en la lectura crítica de nuestro artículo¹. Es cierto que las técnicas de detección de tóxicos en orina disponibles en los servicios de urgencias (SU) están sujetas a numerosas variables que deben considerarse para interpretarlas correctamente. Ciñéndonos al caso de la solicitud de derivados an-

fetamínicos en orina, el laboratorio puede realizar hasta 3 pruebas secuenciales distintas para identificar un perfil completo del consumo. Comprender cada una de ellas permite convertir un resultado presuntamente positivo en clínicamente útil².

Algunos de los resultados de nuestro estudio no llegaron a tener significación estadística probablemente debido al tamaño de la muestra. Sin embargo, solo durante el año 2019, se detectaron en nuestro laboratorio 22 nuevos casos de intoxicaciones por metanfetamina (MANF), respecto a los 34 casos publicados. Estos casos ponen en valor el editorial de Burillo *et al.*³.

Además, creemos que existen suficientes diferencias entre ambas en su presentación clínica, publicadas previamente, por lo que no debemos desestimar la oportunidad de diferenciarlas. Solo por citar los más recientes: el abuso de MANF se asocia con el desarrollo de síntomas psicóticos, y permite diferenciar una psicosis inducida por drogas de una enfermedad mental psicótica persistente⁴. Ribas Barquet *et al.*⁵, en relación a la miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular secundaria al consumo de MANF, resaltaron que está infradiagnosticada. Pujol *et al.*⁶ concluyeron que la identificación precoz de pacientes con complicaciones cardíacas agudas y graves secundarias al consumo de MANF es fundamental. Santuré *et al.*⁷ postularon que un QTc prolongado (> 440 ms) podría ser un marcador de sospecha de consumo de MANF en pacientes con complicaciones cardiovasculares. Perelló *et al.*⁸ mostraron su alta prevalencia en pa-

cientes VIH positivos que acudieron a un SU con signos de intoxicación aguda con un perfil compatible de *chemsex*. Fernández *et al.*⁹ comunicaron dos casos de pacientes VIH positivos con sospecha de sumisión química asociados a *chemsex*, y en ambos se confirmó la presencia de MANF y de hasta cinco nuevas sustancias psicoactivas.

Por los motivos epidemiológicos y asistenciales esgrimidos, creemos recomendable realizar un despistaje de drogas y su posterior confirmación a los pacientes que acuden a un SU con signos de intoxicación aguda con clínica de gravedad (psicótica aguda o cardiovascular). Y no solo para identificar el tóxico responsable, sino como fuente de información para su manejo ambulatorio posterior, especialmente cuando se trate de pacientes con perfiles clínicos de riesgo de ser consumidores de derivados anfetamínicos.

Bernardino Barceló Martín,
en nombre de todos los autores

Servicio de Análisis Clínicos, Instituto de
Investigación Sanitaria de las Islas Baleares
(IdISBa). Hospital Universitari Son Espases, Palma
de Mallorca, España.
bernardino.barcelo@ssib.es

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto 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 externa 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.

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

Bibliografía

- Roset Ferrer C, Gomila Muñiz I, Elorza Guerrero MÁ, Puigurriquer Ferrando J, Leciñena Estean MÁ, Tuero León G, et al. Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica. *Emergencias*. 2020;32:26-32.
- Hutcherson Wright A, Young JA, Smith BE, Saitman A. The Missing Metabolite: How Unexpected Urine Drug Metabolite Patterns May Lead to False Interpretations. *Clin Chem*. 2018;64:1291-3.
- Burillo-Putze G, Matos Castro S. Los servicios de urgencias como atalaya de los patrones de uso de drogas y sus consecuencias clínicas. *Emergencias*. 2018;30:377-9.
- Gan H, Zhao Y, Jiang H, Zhu Y, Chen T, Tan H, et al. A Research of Methamphetamine Induced Psychosis in 1,430 Individuals With Methamphetamine Use Disorder: Clinical Features and Possible Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:551.
- Ribas Barquet N, García-Ribas C, Caldentey Adrover GR, Giralt Borrell T, Belarte Tornero LC, Supervia Caparrós A, et al. Consecuencias cardiovasculares del consumo no-recreativo de shabú (clorhidrato de metanfetamina): nueve casos de miocardiopatía dilatada. *Emergencias*. 2020;32:213-5.
- Pujol-López M, Ortega-Paz L, Roqué M, Bosch X. Severe Cardiac Complications of Shabu Use: An Emerging Drug in Europe. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:1014-6.
- Santuré Sinfreu A, Buil Arasanz ME, Esparza Siegel L. Complicaciones cardiovasculares de las metanfetaminas: estudio de 6 casos. *Med Clin (Barc)*. 2019;153:e41-3.
- Perelló R, Aused M, Saubí N, Quirós C, Blanco JL, Martínez-Rebollar M, et al. Intoxicación aguda por drogas de abuso en el paciente VIH: papel del *chemsex*. *Emergencias*. 2018;30:405-7.
- Fernández Alonso C, Quintela Jorge Ó, Ayuso Tejedor S, Santiago-Sáez AE, González Armengol JJ. Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y *chemsex* en pacientes con VIH atendidos en urgencias. *Emergencias*. 2019;31:289-90.