

CARTAS AL EDITOR

Eliminación de la palabra 'fuga' de la terminología asistencial sanitaria

Excise the Spanish term fuga (escape) from our medical language

Sr. Editor:

El interesante artículo de Oriol Yuguero y Rosa M. Pérez sobre alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias¹ introduce a debatir la conveniencia de eliminar la palabra fuga de la terminología sanitaria.

En la bibliografía referenciada por los autores se comprueba que los artículos británicos apelan a pacientes que dejan urgencias antes de ser vistos² y la propia versión inglesa del artículo de Yuguero y Pérez utiliza el giro sin alta. Autores españoles se refieren a formas del tipo antes de ser atendidos por el médico³ o abiertamente critican la palabra fuga⁴.

Fuga tiene una connotación peyorativa, en contraste con la tendencia a humanizar los servicios de urgencias⁵, también en la utilización de las palabras.

Al describir fuga o pacientes fugados los autores aluden al lenguaje cotidiano. Pero son muchas las palabras del lenguaje cotidiano que no debemos utilizar en la atención sanitaria por inexactas o irrespetuosas. Y que los profesionales asistenciales y los editores de revistas deberíamos considerar inaceptables.

Con muy buen criterio los autores proponen analizar el abandono de los servicios de urgencias del paciente antes de finalizada la visita, lo que nos podría ilustrar sobre si a las importantes variables que proponen los autores de lugar, momento del proceso asistencial y características del paciente hay que sumar peculiaridades del sistema asistencial y sus profesionales, especialmente cuando los pacientes son muy vulnerables.

Falta de empatía, distinta valoración de las prioridades del paciente y el retraso en la administración de metadona pueden provocar altas voluntarias no pactadas en pacientes con graves problemas de salud, todo ello a añadir a la preocupación de los autores porque el abandono de los servicios de urgencias se dé en pacientes no competentes para la toma de decisiones clínicas.

Un oportuno y bien argumentado artículo al final de cuya lectura se podría desear que en la práctica se intente evitar que los pacientes marchen de nuestros servicios de urgencias sin terminar de ser visitados y que, de nuestro léxico asistencial, desaparezca la palabra fuga.

Jordi Delás

Hospital Universitari Sagrat Cor.
Departamento de Medicina. Universitat de Barcelona, España.
jdelas@ub.edu

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el 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: Óscar Miró.

Artículo no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- 1 Yuguero Torres O, Pérez Pérez R. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias*. 2018;30:433-6.
- 2 Crilly J, Bost N, Thalib L, Timms J, Gleeson H. Patients who present to the emergency department and leave without being seen: prevalence, predictors and outcomes. *Eur J Emerg Med*. 2013;20:248-55.
- 3 Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:15-20.
- 4 Albelda de la Maza ML. Crítica a la calificación como fuga de paciente a toda situación de abandono del centro sin firma de alta voluntaria y sin comunicar la decisión. *Derecho y Salud*. 2015;25:158-65.
- 5 Salas Rodríguez J, Cánovas Martínez C, Juguera Rodríguez, L Ríos M. La humanización en urgencias y emergencias: ¿moda o necesidad? *Emergencias*. 2018;30:437.

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

En primer lugar queremos agradecer la amabilidad de la carta acerca de nuestro artículo¹ que comenta la conveniencia de eliminar la palabra fuga para referirnos al abandono de los pacientes de los servicios de urgencias. En estos momentos, dada la profunda

reflexión alrededor de la humanización de nuestra especialidad y de nuestro trabajo en el ámbito de urgencias creemos que es muy importante empezar a utilizar términos que puedan dejar de tener una connotación negativa y que desde una perspectiva médico-legal también pudiesen tener consideraciones no apropiadas respecto a la atención de nuestros pacientes. Recientemente, también hemos publicado² una reflexión alrededor de la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico en la labor que los autores también comparten de usar un lenguaje adecuado.

El abandono de los servicios de urgencias y sus causas deben ser fruto de estudio y por eso nuestro grupo de investigación está trabajando en analizar las características no solo de los pacientes que han sido fuga, de ahora en adelante pacientes que abandonaron el servicio de urgencias sin ser oportunamente atendidos, sino también de aquellos que solicitan el alta voluntaria. Así podremos conocer y analizar mejor su situación y sus circunstancias y proponer opciones de mejora, no tan solo terminológicas, sino también que eviten que pacientes que necesiten asistencia urgente abandonen urgencias sin ser atendidos. La misión final de este trabajo es potenciar la humanización de los servicios de urgencias.

Oriol Yuguero Torres,
Rosa M. Pérez Pérez

Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, España.
oriol.yuguero@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el 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: Óscar Miró.

Artículo no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- 1 Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. Emergency department patients who leave after voluntary discharge or without discharge: a challenge with ethical, medical, and legal implications. *Emergencias*. 2018;30:433-436.
- 2 Yuguero O, Esquerda M, Pifarre J. To limit or to adapt the therapeutic effort? *Med Clin (Barc)*. 2018 Aug 20 (en prensa).

Reflexión desde el derecho penal en torno a las implicaciones éticas y médico-legales del rechazo al tratamiento, el alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias

Medico-legal implications of refusal of treatment and voluntary self-discharge from the emergency department: reflections from the vantage of criminal law

Sr. Editor:

El artículo "El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales"¹ pone de manifiesto que la posibilidad para el paciente de ejercitar su autonomía y tomar sus propias decisiones en el ámbito clínico supone un loable avance en el ámbito de la Bioética.

No obstante, con la implementación de este modelo de corresponsabilidad en la toma de decisiones clínicas en el que la opinión del paciente pasa a resultar fundamental, puede surgir la lógica inquietud legal por parte del profesional sanitario, que podría plantearse cuestiones como si está cumpliendo con su deber de acuerdo con las exigencias de la legislación vigente. Al poner la decisión del paciente en el centro de la relación asistencial, ¿sería posible que sus familiares o la propia Fiscalía actuando de oficio, descontentos con el resultado, pretendiesen castigar al profesional de la Medicina argumentando la existencia de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios?

Nuestro análisis parte de la premisa de un paciente cuya competencia no se encuentra modificada ni anulada, que ha sido correctamente atendido por un facultativo. Este, tras analizar el caso del paciente, ha procedido a proponerle lo que considera la mejor solución posible al mismo, o una serie de soluciones entre las que pueda elegir. El paciente, por su parte, decide libremente rechazar el tratamiento, acogerse al alta voluntaria o fugarse de los servicios de urgencias.

Desde el punto de vista del derecho penal, el profesional sanitario no incurre en la conducta prevista en el artículo 196 del Código Penal español. Y esto porque el personal sanitario de urgencia en ningún caso omite la asistencia sanitaria requerida y,

por lo tanto, no incumple sus obligaciones estatutarias o contractuales. No hay denegación de asistencia sanitaria (ya que el facultativo ha analizado el caso del paciente y ha llevado a cabo su labor como es exigible, siendo el segundo quien decide romper la relación asistencial de manera libre, no pudiendo argumentar que la asistencia sanitaria se ha ejecutado de forma deficiente, insuficiente o tardía, porque no ha ejercitado su derecho a cambiar de facultativo o a elevar una queja y, en su lugar, ha renunciado al tratamiento) y, por lo tanto, puede afirmarse que se ha prestado la asistencia requerida.

Además, tampoco ha habido abandono de los servicios sanitarios, puesto que el profesional obligado no ha dejado de cumplir las funciones específicas de su deber de asistencia separándose físicamente del servicio ni realizando otras funciones incompatibles con su deber. En caso de cambiar de parecer, el paciente puede regresar al servicio de urgencias y recibir atención médica.

En consecuencia, si se cumple la premisa de la que partía nuestro análisis, la conducta del profesional sanitario resultará intachable y, con independencia de las decisiones del paciente que opte por rechazar el tratamiento, acogerse al alta voluntaria o fugarse de los servicios de urgencias, el médico no podrá ser condenado por el delito que prevé el artículo 196 del Código Penal español.

Iker Conal Fuertes

*Cátedra de Derecho y Genoma Humano,
Departamento de Derecho Público, Universidad
del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea,
Leioa, Vizcaya, España.
iker.conal@ehu.eus*

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 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 y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

1 Yuguero O, Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias*. 2018;30:433-6.

Temblor en el hombro: síndrome de Twiddler en un paciente con marcapasos bicameral

Shoulder shaking: twiddler syndrome in a patient with a dual-chamber pacemaker

Sr. Editor:

El síndrome de Twiddler es una complicación poco frecuente de los pacientes portadores de marcapasos. Consiste en la rotación del generador por su eje axial en su bolsa subcutánea, lo que provoca el desplazamiento de los electrodos¹. Si la rotación se produce en el eje horizontal del marcapasos se denomina síndrome de Reel. Puede provocar una disfunción del dispositivo con complicaciones muy graves para el paciente².

Mujer de 81 años con deterioro cognitivo leve-moderado, diagnosticada de demencia por cuerpos de Lewy que consultó en urgencias por decaimiento, mal estado general y temblor del miembro superior izquierdo. La exploración física era normal, excepto una bradicardia a 40 latidos/min y un temblor localizado en el hombro izquierdo y la zona pectoral, sincronizado con los latidos cardiacos. Tres semanas antes se le había implantado un marcapasos bicameral por bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado. En la radiografía de control posterior al implante el marcapasos se encontraba bien colocado con un electrodo en la aurícula derecha y el otro en el ventrículo derecho. El electrocardiograma (ECG) confirmó la bradicardia y mostraba una espícula de marcapasos con faltas de captura. En la radiografía de tórax se observó el electrodo ventricular derecho enrollado en la zona del generador (Figura 1). La anamnesis a familiares confirmó la manipulación constante del dispositivo por parte de la paciente. Se recolocó el electrodo ventricular y fue dada de alta al día siguiente.

El síndrome de Twiddler suele ser causado por la manipulación espontánea o autoinducida del generador de impulsos de marcapasos, aunque en una gran parte de los casos la causa es desconocida. Su frecuencia es mayor en mujeres ancianas, debido a la laxitud de los tejidos que favorece su desplazamiento, y en pacientes obesos, por aumento del tejido subcutáneo que proporciona menos apoyo del generador³. Una bolsa del generador demasiado grande también facilita la rotación de este. La identificación de estos factores predisponentes es importante para un seguimiento correcto del paciente. La mayoría de los casos se diagnostican durante el primer año de implantación del dispositivo⁴.

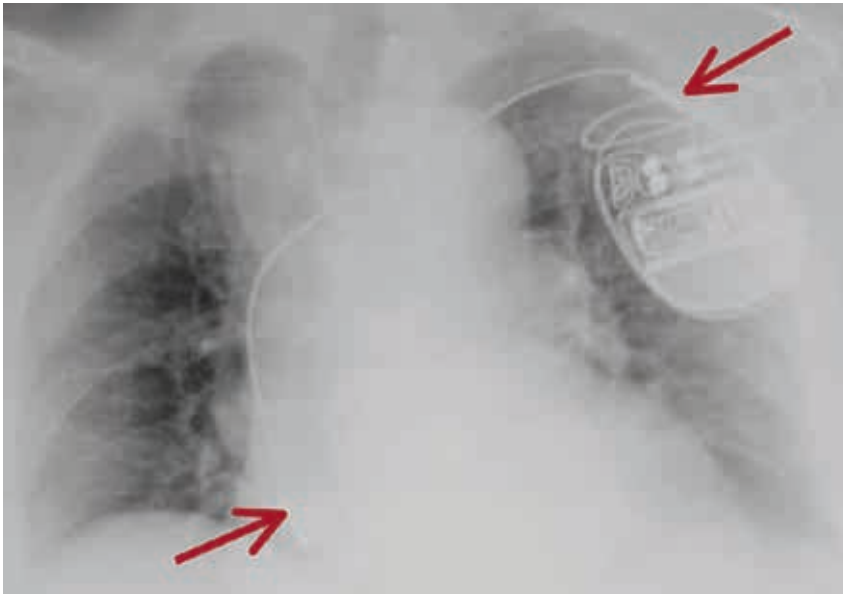


Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax tomada en urgencias que muestra el generador rotado que desplaza uno de los electrodos (flecha superior).

Suele presentarse con pérdidas de captura o descargas inapropiadas en el ECG, espasmos musculares no cardíacos o cambios en la impedancia transtorácica⁵. Se identifica en una radiografía de tórax donde puede observarse el desplazamiento de los electrodos y la rotación del generador. Este desplazamiento puede provocar complicaciones leves, como aumento de la impedancia o del umbral de estimulación y la estimulación de la musculatura esquelética, o compli-

caciones graves, como fallos en la detección por infra o sobresensado y aumentos del umbral de desfibrilación. El tratamiento se basa en la colocación correcta del generador y los electrodos que se hayan desplazado. Para evitar este síndrome hay una serie de medidas, como fijar el generador a la fascia pectoral mediante sutura, disminuir el tamaño de la bolsa del generador para que esté lo más ajustada posible, e identificar y corregir factores desencadenantes (manipulación vo-

luntaria o involuntaria y posturas viciadas).

José Ángel López Díaz,
Juan José Cordero Soriano,
Miguel Albarrán Núñez
*Hospital Juan Ramón Jiménez,
Huelva, España.
jald99@hotmail.com*

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos 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. El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fábrega.

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

Bibliografía

- 1 Dharawat R, Saadat M. Twiddler's syndrome. *Acta Med Acad.* 2016;45:169-70.
- 2 Hashmani S, Khan AH. Twiddlers syndrome presenting as life threatening electrical storm. *J Pak Med Assoc.* 2017;67:1612-4.
- 3 Mandal S, Pande A, Kahali D. A rare case of very early pacemaker twiddler's syndrome. *Heart Views.* 2012;13:114-5.
- 4 Bozyel S, Aksu T, Erdem Guler T, Serhan Ozcan K, Aktas M. Pectoral muscular twitching: a rare manifestation of spontaneous twiddler syndrome. *J Geriatr Cardiol.* 2017;14:532-3.
- 5 Sekimoto S, Wakamatsu M, Morino A, Yoshida T, Saeki T, Murakami Y. Early detection of twiddler syndrome due a congestion alert by remote monitoring. *Clin Case Rep.* 2017;5:950-3.