

## CON OTROS OJOS

## Epicrisis triste para una muerte en un cajero

*A troubling epicrisis: on the death of a man in an ATM*

Jordi Delás, Elena Carmona

La primera referencia que de él tenemos es de noviembre de 2007: varón, extranjero, nacido en un país de la Comunidad Europea. Doce años después, en mayo de 2019, fallece en Barcelona, a los 39 años, en las dependencias de un cajero automático de una entidad bancaria. A su lado, una jeringuilla caída en el suelo, con el émbolo conteniendo aún algún mililitro de su sangre.

Había trabajado como vigilante y era consumidor de heroína y alcohol en su país. En algunas anotaciones se hace referencia a dificultades de comprensión por los diferentes idiomas del médico y del paciente, un tipo de comentario que leemos con cierta frecuencia y que debería acompañarse de la indicación de una nueva visita con traductor, a riesgo de que aspectos importantes de la anamnesis o del tratamiento no se valoren de forma adecuada.

Las reacciones agudas al consumo de heroína con resultado de muerte han disminuido en la ciudad de Barcelona<sup>1</sup>. Se ha pasado de una muerte cada 2 días en 1989 a una progresiva disminución desde 1993, en que se desarrollaron alternativas para mitigar los efectos adversos de las drogas, independientemente de que el consumidor continuara con su consumo (34 muertes en 2014)<sup>2</sup>. No obstante, se aprecia un repunte en las defunciones en los últimos años (42 en 2015, 54 en 2016, 62 en 2017), coincidiendo con la disminución, por motivos económicos, del horario de atención a consumidores activos y, simultáneamente, a la aparición de pisos de venta de drogas de inaceptables condiciones higiénicas. Esto último es un fenómeno reciente, inexistente en anteriores décadas cuando el consumo era mucho más elevado.

Predominan las defunciones en hombres sobre mujeres (77,4% en 2017) y la edad media ha pasado de los 28 años en 1989 a los casi 45 en 2017. En cualquier caso, siguen siendo edades demasiado tempranas para muertes evitables. Otro aspecto diferencial respecto a las sobredosis de hace 20 años es que han aumentado las defunciones en los domicilios y disminuido las muertes en la calle<sup>2</sup>.

En los antecedentes de nuestro paciente destacan hepatitis C, consultas a distintos servicios de urgencias por ansiedad y dificultad para conciliar el sueño; tratamientos con ketazolam, lormetazepam, diazepam, si bien su preferencia se decantaba por el alprazolam; fre-

cuentes cambios de equipos médicos; fue incluido en programas de metadona, alternados o superpuestos a consumo de heroína; ingresos en comunidades terapéuticas, de las que se marchaba a los pocos días; incursiones en la cocaína, etc. Se le hicieron diferentes propuestas con el objeto de conseguir la abstinencia a opiáceos por su cuenta. Perdió el trabajo de vigilante. También constan quejas sobre su situación social y la sensación de que no recibía ayuda desde las instituciones, demandas de domicilio y subsidio económico por discapacidad física, demanda de ingreso en un hospital, etc. Es expulsado de diferentes centros, con el consiguiente veto para ingresos futuros. Un historial calcado al de otros con problemas de adicción.

Días antes de su fallecimiento se registra la solicitud de alprazolam en un centro sanitario. No se le dio y marchó amenazando con denunciar a los médicos del centro.

Se confirma la muerte. Para más información hay que dirigirse al Juzgado de Instrucción. La autopsia será uno de los últimos escritos sobre el paciente. Su lectura puede que exprese la presencia en su cuerpo de diferentes sustancias, en línea con las más de tres de promedio de los consumidores de sustancias no legales en Barcelona. Tal vez haya alguna enfermedad no descrita en visitas no óptimas o se pueda postular si ha sido una reacción adversa o una sobredosis. No encontraremos ningún dato sobre sus últimos pensamientos antes de la inyección. Se comunica la muerte a una anterior pareja y a su familia, que va a ir a su encuentro cuando él ya no está vivo.

En las notas clínicas se citan insultos a los profesionales y una elevada rotación médica. Como una nota a añadir a la epicrisis, la impresión de los autores de que los pacientes que se enfrentan a los profesionales o que se marchan profiriendo amenazas e insultos contra el centro donde han sido asistidos tienen un peor pronóstico. Las disfunciones en la relación médico-paciente, profesional-paciente, son un factor de riesgo, como en este caso. El profesional se enfrenta a contradicciones éticas en estos casos. Por un lado, se contraponen la necesidad de que se mantenga el marco de mutuo respeto, y por otro, el convencimiento de que si se rompe la relación terapéutica se va a ensombrecer la evolución. El paciente escasamente empático, desagradable e, incluso, agresivo tiende a ser rechazado, a no ser atendido, con lo que su sintomatología y tratamiento quedan

Filiación de los autores: Departament de Medicina, Hospital Universitari del Sagrat Cor, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Jordi Delás. Departament de Medicina. Hospital Universitari del Sagrat Cor. Universitat de Barcelona. Carrer de Viladomat, 288. 08029 Barcelona, España.

Correo electrónico: jdelas@ub.edu

Información del artículo: Recibido: 13-7-2019. Aceptado: 24-7-2019. Online: 4-2-2020.

Editor responsable: Antonio Juan Pastor.

muy condicionados y, en ocasiones, la enfermedad, sometida a la libre evolución.

Por ello hay que reflexionar detenidamente sobre la atención a estos pacientes que cuestionan el sistema sanitario, que amenazan e, incluso, agreden a profesionales. El cese de la asistencia y la expulsión del centro han de acompañarse del dictamen de la autoridad sanitaria, social o legal acerca de dónde ha de ser atendida esa persona en adelante, y no caer, simplemente, en una situación de no asistencia. Sabemos lo difícil que es, pero no podemos por menos que recordar que incluso aquellos que nos insultan y agreden merecen ser atendidos. Estos desencuentros pueden derivar de enfermedades infradiagnosticadas, sobre todo problemas de salud mental y adicciones, o infratratadas o ubicarse, como citan Yuguero Torres et al., en que el valor otorgado al principio de autonomía del paciente ha cambiado la relación médico-paciente a lo largo de los últimos 20-30 años. El cambio de paradigma asistencial, positivo, debe promover la reflexión entre los profesionales de urgencias<sup>3</sup>. Este cambio en el paradigma asistencial es tan intrínsecamente médico como cuestionar lo anteriormente realizado para conseguir resultados diferentes. Escuchemos a los pacientes, aunque pongan en cuestión nuestra práctica habitual, aunque parezca que perdemos autoridad o que nos engañan o utilizan. El médico que se ofrece como parte de la terapéutica ha de ser sensible al quejido del paciente que manifiesta hartazgo de tantas cosas, que no puede dormir, que tiene ansiedad y que sabe que hay fármacos y dosis que lo mejoran.

Los miedos a abusos al tráfico de sustancias, a fármacos de uso común entre este perfil de personas no han de ser los únicos elementos en la toma de decisiones, ojalá cada vez más consensuadas, con los pacientes, incluso con los que nos resultan desagradables, por agresivos o por poco confiables.

Las relaciones entre consumidores de drogas y sus médicos, también en urgencias, están basadas, a menudo, en la desconfianza mutua. El engaño puede estar facilitado por medicamentos considerados por los pacientes como no idóneos o con dosis insuficientes. He perdido, me han robado los medicamentos. Es posible que trapicheara con los fármacos, pero también que se haya tomado una dosis mayor de la prescrita y eso nos debería hacer reflexionar. Basta ver las dosis de benzodiazepinas aconsejadas en protocolos de deshabitación o de tratamiento de la ansiedad en pacientes con poliadicciones, a todas luces insuficientes. El principio de *non nocere*, evitar un efecto indeseable, lleva a infratratamientos. Es lógica la preocupación de los facultativos, pero la evitación del uso recreativo, la prevención de efectos colaterales o la evitación del tráfico de sustancias no son el principal objetivo médico, sino el bienestar del paciente. Por otro lado, hay medicamentos mitificados por los pacientes y denostados por profesionales, a menudo sin evidencias científicas.

¿Qué conclusiones derivan de esta triste epícrisis? Hay pacientes muy difíciles en el actual contexto asistencial. Su conducta, que puede acabar en expulsiones *de facto*, hace difícil el mantenimiento de la relación médico-paciente. Hay que explorar otras vías de rela-

ción. Tal vez renunciar a la autoridad médica, a medicamentos demonizados, a entender consumos lúdicos de otra manera cuando el análisis lineal de la historia clínica del paciente muestra que el resultado puede ser la muerte a corto plazo.

Establecer una relación de confianza incluye las expectativas del paciente de que los profesionales sanitarios cumplirán sus responsabilidades de una manera técnicamente competente y que harán del bienestar de sus pacientes su máxima prioridad<sup>4</sup>. “El paciente ha de saber que el médico no le dañará, pese al conocimiento de saber que podría hacerlo<sup>5</sup>. La creencia de que el médico trabajará para el mayor beneficio del paciente”<sup>6</sup>.

La confianza y la satisfacción con la atención médica influyen en la adherencia terapéutica, en los síntomas y en el resultado general de la enfermedad, en el uso de servicios preventivos y en la participación del paciente<sup>7,8</sup>.

También en estos pacientes cabe el paso de un modelo paternalista, autoritario, donde el médico establece los objetivos, toma las decisiones y valora el mayor beneficio para el paciente, sin considerar sus preferencias, a una relación centrada en el cuidado de la persona<sup>9</sup>, que combine la opinión médica y la perspectiva del paciente, una relación informativa, facilitadora, participativa, donde la confianza es imprescindible<sup>10</sup>.

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

**Financiación:** Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** Todos los autores confirman en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS que se ha mantenido la confidencialidad y el respeto de los derechos a los pacientes así como las consideraciones éticas internacionales.

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

## Bibliografía

- 1 Brugal MT, Queralt A, Graugés D, García V. Actualització dels Indicadors de Drogues Corresponent al 3r Trimestre del 2004. Barcelona: Agència de Salut Pública; 2004. (Consultado 19 Julio 2019). Disponible en [https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/05/sidb\\_3\\_trimestre\\_04.pdf](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/05/sidb_3_trimestre_04.pdf).
- 2 Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones Gac Sanit. 2016;30 Suppl 1:99-105.
- 3 Yuguero Torres O, Pérez 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.
- 4 Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. The Milbank Quarterly. 1996;74:171-89.
- 5 Baier A. Trust and antitrust. Ethics. 1986;96:231-60.
- 6 Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. Cochrane Database Syst Rev. 2014 (3):CD004134. (Consultado 19 Julio 2019). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004134.pub3/full>
- 7 Brennan N, Barnes R, Calnan M, Corrigan O, Dieppe P, Entwistle V. Trust in the health-care provider – patient relationship : a systematic mapping review of the evidence base. Int J Qual Heal Care. 2013;25:682-8.
- 8 Bukstein DA. Patient adherence and effective communication. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016;117:613-9.
- 9 Salas Rodríguez JM, Cánovas Martínez C, Juguera Rodríguez L, Pardo Ríos M. La humanización en urgencias y emergencias: ¿moda o necesidad? Emergencias. 2018;30:437-8.
- 10 Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns. 2000;39:5-15.