



Caso clínico código deontológico

Bruno Marioni Hernandez Gomez

Parcial II

Bioética y Normatividad

Dra. Stephanie Montserrat Bravo Bonifaz

Medicina Humana

Tercer Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de abril de 2025

1. Introducción

El amplio derecho a la información revelada o no a terceros sobre el propio paciente no es considerado por los códigos de necesaria difusión; está a la observancia de las creencias y prácticas de la comunidad moral o plural en general.

Asimismo, el personal sanitario guardará secreto de cuanta información conozca sobre los pacientes, pero de quien requiera comprender la eficacia del tratamiento podrá obtener esta información sin superar los límites del secreto siempre que ello redunde directamente en beneficio del paciente.

La ética informa que en algunos momentos, casos especiales, médico y paciente o mandante pueden acordar la confidencialidad del acto o del tratamiento seguido, reservando para uno u otro el derecho de informar la situación a terceros interesados o no; salvaguardando posiciones de poder. Se parte del principio del secreto, con excepciones permitidas.

El código teológico deviene formal desde el exterior, del entorno con poder moderador subjetivo y procedimental; el jurídico protege el conocimiento objetivo y la relación entre las partes; el axiológico fomenta la corresponsabilidad de los beneficios del enfermo y del territorio moral; pero no sirve para fundamentar las posiciones ante la conducta a adoptar en casos conflictuales.

Se ambiciona con este trabajo, a través de la exposición de un caso clínico, invitar al diálogo interno, al intercambio profesional de experiencias similares, al pensamiento crítico para enfrentar legislativamente las circunstancias laborales, revirtiendo procesos de hechos con desgaste emocional del equipo, por acciones estáticas, poco creativas y ruptura del contrato terapéutico con la comunidad.

En cada uno de los códigos respectivos, los diferentes tratados llaman a la comparación entre lo declarativo y los hechos; nuestra vez será a través de la publicación de casos clínicos en contexto, particularmente de enfermería, de poner en tensión los principios generales bajo postulaciones deontológicas saludables.

2. Descripción del Caso Clínico

Es importante resaltar algunas cuestiones deontológicas de especial relevancia para la mejor comprensión del presente caso clínico. Con determinada frecuencia se alude a la existencia de una autorización tácita a través de un escueto “No siendo privado de razón el paciente”. Ello parece expresar una óptica reduccionista del concepto de consentimiento, ya que éste es por definición informado. Aclara que “toda actuación en el ámbito de la Medicina, requiere el previo consentimiento libre e inequívoco del paciente...” y prosigue con un: “Salvo en los casos previstos en la Ley”. De lo cual subyace que el esfuerzo de la Comisión nacional Deontológica ha sido siempre fecundo en consensuar documentos pensantes en la autonomía del paciente, cualquiera sabe las dificultades epistémicamente insalvables de cuantos tengan el criterio. Dicho de modo más claro: hay casos en los que partiendo de una información adecuada no se puede optar ni entre hacer ni entre abstenerse.

Aunque en la gestión asistencial diaria jamás debiera perderse la alerta, hay que recordar que las decisiones en comité ético deben estar documentadas y firmadas, constatando en lo posible la información transmitida al paciente o sus allegados. En especial, el Código insta a informar con el “grado de información que sea necesario en relación con la complejidad y riesgos de los procedimientos y técnicas”, un enunciado que aplica sin fisuras la Doctrina del Consentimiento Informado. Medular me parece el artículo que regula los “límites al secreto profesional”. Tras establecer que el “médico guardaría el secreto de cuantos datos e informaciones conozca por razón de la asistencia que preste”, anuncia una doctrina que pulsarán de forma recurrente los consejos de autodisciplina colegiales, aclarando que: “Con tal fin se informará al paciente de los límites del secreto profesional salvo que se ponga en grave riesgo la salud de otras personas, o concurra causa legal/Biológica”.

2.1. Antecedentes del Paciente

El Sr. J.A.C. llega a la Clínica para rehabilitación debido a una fractura patológica de vértebras sacras en contexto de metástasis de carcinoma prostático, genu varo de rodilla derecha y coxa valga de cadera derecha. El diagnóstico biomecánico en fase B es de cojera por dolor, por coxa valga y genu varo derecho. El informe de ingreso señala una marcha con cojera. Bandera roja de patología traumática, RX reciente por dolor intenso sacro ya con imagen ósea. Marcaba dolor máximo en la escala visual analógica, con tratamiento

médico para su patología, provoca mareos. Imagen (trauma): no refiere ser un tratamiento activo. El paciente refiere limitación en la marcha e imposibilidad de levantarse de la silla sin ayuda. Marcha limitada e inclinada hacia adelante para disminuir el dolor.

El Sr. J.A.C. acude a la fisioterapia debido a la limitación de la marcha. Camina manteniendo la rigidez de la columna en lordosis para disminuir el dolor lumbar y a la vez flexiona las rodillas y caderas, caminando como en estepaje. Dicho patrón influye en el equilibrio dinámico y funcional y puede empeorar el dolor del paciente en la marcha prolongada. La meta de tratamiento en la fisioterapia quizás está un poco lejana en comparación al tiempo que lleva de tratamiento. Están adaptados los ejercicios de modo de cuidar la estabilidad. Hipercifosis dorsal y tracción del sacro en lesión. Se sugiere replantear tratamiento de rehabilitación. Se sugiere considerar programa para descompensación en marcha.

2.2. Síntomas y Diagnóstico

Entre los problemas presentados, se identifican en primer lugar los síntomas ansiosos, que aparecen recurrentemente, mientras el paciente comenta acosos procedimentales e interpersonales recibidos en su centro de trabajo, inexistentes en la imparcial evaluación del entorno facultativo y descritos en la primera consulta. Dichos síntomas se perciben como un verdadero padecimiento del paciente, junto con las consecuentes limitaciones en sus actividades laborales y recreativas, por lo que sí se ha identificado un trastorno fóbico-ansioso, así como datan de al menos 6 meses antes de la primera consulta. Dado que el paciente es médico, también se puede considerar como un destacado nivel jerárquico con respecto al personal de enfermería, razón por la que presentará una enfermedad profesional atípica para su puesto de trabajo y coincidente con la demanda principal referida. Al mismo tiempo, el médico tratante interpreta gravísimos errores en la conducta del paciente, además de la falta de realidad de la totalidad de su demanda. Ante ello, le incluye en un listado de pacientes que "mienten" en su demanda para así obtener cierto tipo de medicación, realizando periódicas consultas orientadas a encontrar el error del paciente.

Respecto al diagnóstico, aún solo a un comité de la totalidad del encuadre efectuado, se puede plantear un trastorno fóbico-ansioso monosintomático de predominio circunscrito, abarcando una zona delimitada del comportamiento motor alterado, siendo la evitación hacia la región médica de detalles concretos no de la actividad completa. Esta encontrada evidencia motiva la redacción del diagnóstico en este momento del documento. Aparte,

sería mucho más que panorámico explorar y documentar el moderado índice de angustia y consideraciones fóbico-ansiosas que están motivando el preocupante acoso psicoterrorista, y que lo disfrute algún Parlamento, Gobierno, Administración o Juzgado.

2.3. Tratamiento Propuesto

En el caso de doña F., además de supervisar el cumplimiento de la medicación prescrita, debería existir una referencia directa con un facultativo, para el seguimiento riguroso y con visitas frecuentes, supervisando sus posibles efectos secundarios y la presión arterial, fundamental para controlar el riesgo de sufrir episodios que pudieran agravar la sintomatología cognitiva, dada su hipertensión. El enfermo debería estar en una Unidad de Media Estancia que ofrezca una atención especializada para el manejo de la enfermedad, y estos Centros deberían poder proporcionar una atención integral a los pacientes y apoyo a sus cuidadores, estableciendo un traslape con el hospital, atención diurna o domiciliaria. En cuanto a la actuación del trabajador social, con independencia de los servicios de valoración y orientación, considero que debería desarrollar un rol mucho más activo.

La imposibilidad de llevar una bolsa en la que se inserte el absurdo es un atentado contra el sentido de la propia vida. Ya la enfermedad es suficientemente seria y difícil de manejar, y no debería dificultárseles aún más, con consignas o normativas, uso del lenguaje inapropiado, despersonalización o laísmo indiscutible, la teoría de la desindividualización del paciente. Igualmente me parece improcedente que, desde el punto de vista gestor, se considere que estos pacientes no estén sujetos a un tratamiento específico, máxime cuando a este colectivo pueden acompañarle otros diagnósticos que sí precisan de cuidados específicos: demencia senil, dependiente, pluripatencias invalidantes. Sería, con independencia de que consolaran o no “los milagros”.

3. Análisis Ético

Destacar la gravedad de nuestro diagnóstico y que podríamos obligar a cambiar el diagnóstico a favor del trasplante. No nos enfrentamos a la situación de Lázaro, donde la solución depende de la acción del presunto enfermo, aunque es cierto que puede ser que queramos apelar a Ramón para influir en su decisión. Pero hay que tener en cuenta que su capacidad discrecional se encuentra mermada, y entiendo que sólo podría obligársele en el supuesto de enfermedad mental.

En el caso que nos ocupa, se protege el anonimato del paciente; simplemente se exponen los datos justos y necesarios para poner en situación. Parto de la base de que se respetó la autonomía del paciente en todo momento, y que el lugar idóneo para la presentación de un consentimiento informado sería en la unidad asistencial de trasplante hepático inmediatamente posterior a confirmarlo. Desde mi punto de vista, la ponderación de los diferentes principios no resulta en absoluto una tarea ardua, aunque ciertamente es una situación de gran importancia ética. No debemos centrarnos únicamente en respetar la autonomía del paciente, sino que son muchos los elementos a considerar a la hora de tomar la decisión final. De entrada, podríamos orientar a Ramón en los términos del proceder médico, pudiendo además influir de manera indirecta en su eventual decisión futura en pro del trasplante.

4. Conclusión

En este caso analizado, encontrar la verdad y hacer justicia respetando los principios y normas contenidas en el C.P.E.H., supuso asegurarse de que los datos que aportaba la usuaria eran fidedignos, por lo que me he de proteger de afirmaciones sin evidencia objetiva, ni asegurarme de que se exigen las pruebas suficientes utilizando exageradamente las obtenidas.

En nuestro ejercicio profesional, no debemos servirnos de palabras ni manipulaciones engañosas propiamente dichas, pero si podemos intencionar un significado en nuestro lenguaje verbal y no verbal con los que queramos conseguir un cambio de actitud; mientras que el solicitante recuérdate la importancia de ser honesto en la búsqueda de los datos y no limitarte a obtenerlos a través de un solo aspecto.

Determinar cuáles son de especial importancia y utilizar más de una fuente de información clínica es una rutina habitual, puesto que nuestra función principal es procurar a nuestras usuarias la máxima calidad de vida posible evitando posibles perjuicios.

Todo ello produce una toma de conciencia del interés terapéutico personal y profesional y establecimiento de objetivos de intervención con lo que muestra cautela en la elección del modelo de razonamiento terapéutico.

El razonamiento es una habilidad fundamental en el desarrollo de la práctica basada en la evidencia. También saldría conocer el trasfondo que el director Clínico posee, poder partir de una base científica.

Después de la reevaluación, que era una situación intermedia entre las fases, se inicia el juicio diagnóstico por los profesionales basándonos en el ejercicio de la anamnesis, en todas las observaciones del día a día y en la información del servicio.

La anamnesis es una importante fuente de información cuando el usuario tiene conocimiento de los hechos que influyen en su malestar. Así es capaz de aclarar situaciones y describir la madre como víctima de medios sociales, personal de atención primaria, internamente del servicio de hospitalización y personal del equipo asistencial y que el que lleva a cabo la evaluación diagnóstica cubra sus necesidades.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. *SOCIAL, E. (2020). Código deontológico. Educación social. Profesionalización y deontología., 81.*
2. *antoja Vargas, L. (2012). Deontología y código deontológico del educador social.*
3. *Aranda, C., Barrientos, G., & Del Papa, M. C. (2014). Código deontológico para el estudio, conservación y gestión de restos humanos de poblaciones del y pasado. Revista argentina de antropología biológica, 16(2), 111-113.*