CÓDIGO: 9/ 113

TÍTULO

DILEMA ÉTICO-LEGAL EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO Y DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA SEVERA

AMBITO DEL CASO

El caso se sitúa en el seguimiento longitudinal de un paciente mayor vulnerable, con necesidad de integración entre asistencia sanitaria, apoyo familiar y protección legal.

MOTIVO DE CONSULTA

Solicitud de informe clínico para la valoración judicial de la capacidad de adopción de medidas asistenciales cautelares e ingreso involuntario en centro sociosanitario a petición familiar.

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Antecedentes personales: diabetes insípida, diabetes mellitus tipo 2 con mal control crónico y episodios de cetoacidosis por falta de autocuidado, fibrilación auricular de novo, retinopatía diabética, prostatitis, síndrome constitucional y enolismo crónico.
Viudo de 78 años que requiere intervención médica y judicial coordinada debido a un cuadro de descompensación metabólica severa, síndrome constitucional, alteración conductual grave y rechazo sistemático a la asistencia sanitaria en el contexto de un probable deterioro cognitivo multifactorial durante los últimos 6 meses.
Evolución Cronológica
Fase Aguda y Conflicto Ético (enero - abril 2026)
El paciente sufre múltiples caídas y descompensaciones glucémicas en vía pública, que conlleva múltiples visitas a urgencias hospitalaria, en una ciudad con su segunda residencia, a 200 km de su hermano y 500 km de sus 2 hijas. Se acompaña de episodios de heteroagresividad que requieren intervención de la Policía Nacional. El 1 de abril, tras ser diagnosticado de FA de novo, solicita el alta voluntaria, se niega a tomar la medicación y rechaza volver al hospital. A la exploración, se encuentra orientado en tiempo y espacio con discurso congruente, pero con labilidad emocional y agitación psicomotriz ante la contradicción. Los servicios sociales del hospital contactan con su familia, ante el riesgo vital por incumplimiento terapéutico. Y ellos refieren que no saben como actuar desde que se quedo viudo hace 8 meses. Su hermano contacta con el Medico de Familia del paciente, en la ciudad con su primera residencia, para informarse de las opciones a seguir en estos casos, verbalizando: "no podemos dejarlo morir".
Informamos que ante una posible falta de capacidad en la toma de decisiones por el duelo patológico seria deseable realizar una denuncia al juzgado y solicitar una incapacidad legal.
Estudio Diagnóstico y Estabilización (abril - junio 2026)
Nuevamente es trasladado al hospital de su segunda residencia, desde vía pública en condiciones deplorables con ingreso hospitalario por broncoaspiración y su hermano solicita traslado con ambulancia al hospital de referencia, con la intención de iniciar un proceso de incapacitación legal. Su Médico de Familia realiza un informe clínico a instancias judiciales, donde el Juez le solicita adjuntar toda la información posible acontecida en los últimos meses, para tomar la decisión de incapacitarlo legalmente y en espera de resolución el paciente permanece ingresado en el hospital durante 45 días hasta que finalmente se da a la fuga y se traslada por medios propios a la ciudad de su segunda residencia.
Durante el ultimo ingreso se objetiva un síndrome constitucional severo descartando proceso oncológico. Se identifica un déficit de piridoxina (vitamina B6) con cobalamina (vitamina B12) normal y se diagnostica de hidrocefalia normotensiva del adulto por la tríada de Hakim-Adams: alteración de la marcha (pasos cortos, lentos, arrastre de pies e inestabilidad), deterioro cognitivo (un tipo de demencia de predominio subcortical, lentitud para pensar, apatía, falta de atención, desinterés y síndrome confesional) e incontinencia urinaria.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El caso es enfocado por su familia como duelo patológico y tras estudio definitivo se diagnostica Hidrocefalia normotensiva del adulto. Los familiares solicitan acompañamiento desde Atención Primaria.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Problemas Activos
Hidrocefalia normotensiva del adulto, Síndrome Confusional Agudo, Descompensación Metabólica Severa, Síndrome Constitucional, Fibrilación Auricular, Diabetes insípida, Déficit de piridoxina, Deterioro Cognitivo Multifactorial, Enolismo Crónico, Problemas Psicosociales, Éticos y Legales Incapacidad severa para el autocuidado, Vulnerabilidad Social y Conflicto Ético-Legal Diagnostico diferencial: Duelo patológico, Demencia Vascular, Encefalopatía Alcohólica/Síndrome de Wernicke-Korsakoff, Deterioro Cognitivo Secundario a Déficit Nutricional.

PLAN DE ACCIÓN

A pesar de la estabilidad clínica y metabólica actual (lograda mediante soporte nutricional, suplementación con piridoxina y ajuste de insulinoterapia bolo-basal), el plan definitivo dependerá de la adherencia terapéutica y voluntad del paciente que intuimos distorsionada. El conflicto ético se nos presenta entre la autonomía del paciente para toma de decisiones como principio en una ética de máximos y nuestra responsabilidad de ayudarle por el principio ético de no maleficencia en una ética de mínimos.

EVOLUCIÓN

Situación Actual en agosto 2026:
El paciente permanece en su segunda residencia, vive solo, es capaz legalmente y la familia sigue intentando por sus propios medios acompañarle en esta difícil situación

CONCLUSIONES

Este caso ilustra el fin del modelo paternalista médico y la complejidad de la Toma de Decisiones en pacientes con capacidad fluctuante.
Muestra cómo un paciente carece de la capacidad de apreciación del riesgo (insight) para ejercer su autonomía (rechazo al tratamiento). En una ética de mínimos, destaca la importancia de la coordinación rápida médico-forense-familiar para proteger la vida del paciente (principio de no maleficencia) sin vulnerar los procedimientos legales de incapacitación y los derechos humanos en el paciente (principio de autonomía).

PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo; Autonomía personal; Toma de decisiones

FIGURAS Y/O IMÁGENES

VIÑETAS Y GRÁFICO A CONTINUACIÓN

Dilema ético-legal en un paciente con deterioro cognitivo y descompensación metabólica severa



1 Viudo de 78 años que vive solo desde hace 8 meses. Diabetes mal controlada, diabetes insípida y enolismo crónico. Deja de cuidarse.



2 Enero-abril 2026: caídas repetidas y descompensación glucémica en la vía pública en Torredelmar, con múltiples visitas a urgencias.



3 Tras diagnosticarse una fibrilación auricular pide el alta voluntaria y rechaza la medicación: orientado y congruente, pero lábil y agitado.



4 Los servicios sociales avisan a la familia: dos hijas en Madrid y un hermano en Jaén. Se plantea la denuncia al juzgado.



5 Abril-junio 2026: ingreso por broncoaspiración y traslado al hospital de Jaén para iniciar el proceso de incapacitación legal.



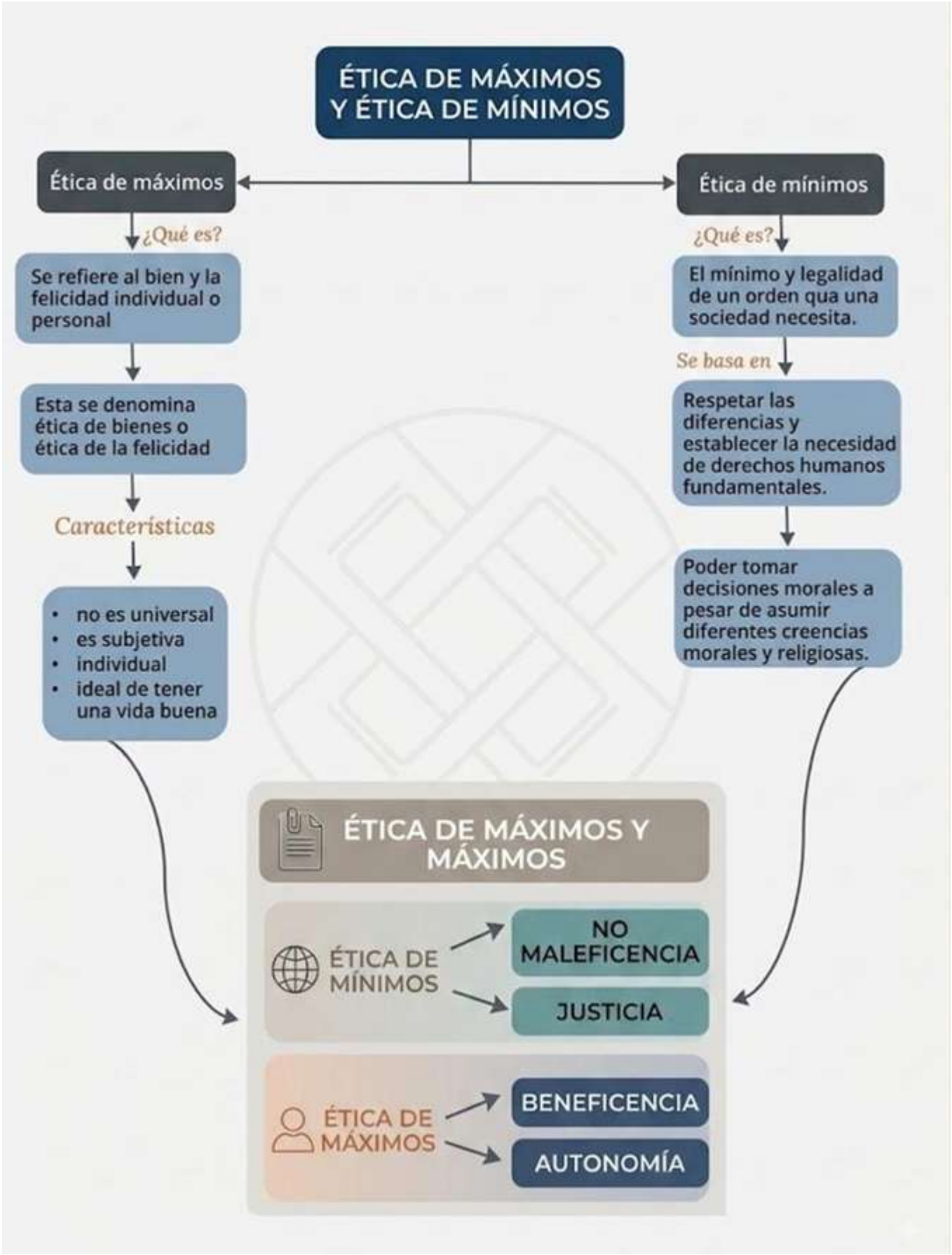
6 El médico de familia emite informe judicial. Se objetiva síndrome constitucional, déficit de piridoxina y deterioro cognitivo multifactorial.



7 Tras 45 días ingresado, se diagnostica de Hidrocefalia normotensive, rechazando tratamiento, a la espera de resolución judicial, el paciente se fuga del hospital.



8 Agosto 2026: vive solo en 2ª residencia, rechaza tratamiento, legalmente capaz. Ética de máximos autonomía frente a ética de mínimos principio de no maleficencia


ÉTICA DE MÁXIMOS Y ÉTICA DE MÍNIMOS
Ética de máximos
¿Qué es?
Se refiere al bien y la felicidad individual o personal
Esta se denomina ética de bienes o ética de la felicidad
Características
no es universal
es subjetiva
individual
ideal de tener una vida buena
Ética de mínimos
¿Qué es?
El mínimo y legalidad de un orden qua una sociedad necesita.
Se basa en
Respetar las diferencias y establecer la necesidad de derechos humanos fundamentales.
Poder tomar decisiones morales a pesar de asumir diferentes creencias morales y religiosas.
ÉTICA DE MÁXIMOS Y MÁXIMOS
ÉTICA DE MÍNIMOS
NO MALEFICENCIA
JUSTICIA
ÉTICA DE MÁXIMOS
BENEFICENCIA
AUTONOMÍA