



Acta de Reuniones - Hospital Rionegro

Nombre del equipo	Comité de Ética Asistencial (virtual) extra		
Líder de la Reunión	Ferney Alexander Rodríguez Tobón		
Fecha (dd-mm-aa) y Hora	05-05-2021	Acta Nro.	08-2021

1. Verificación de quórum, indicando expresamente la existencia del quórum válido para deliberar y decidir.

Convocados

Nombre(s) y Apellidos completos	Cargo	Asiste Si / No (Justificación)
Ferney Alexander Rodríguez Tobón	Médico Internista Director Gestión Clínica	Si
José Humberto Duque Zea	Médico Filósofo	No
Sandra Milena Velásquez Palacio	Directora Enfermería	Si
Luisa Fernanda Ahunca Velásquez	Neuro-siquiatra	Si
Donis Leonisa Lopera Arango	Docente programa de enfermería - UCO	No
Maria Ofelia Mora	Miembro asociación de usuarios	Si
Dora Cardona	Médica de cuidados paliativos, bioética (invitada)	No
Jorge Armando Guzmán	Sacerdote y médico, capellán (invitado)	Si

2. Orden del día

- Se convoca a comité extraordinario para análisis de caso clínico solicitado por el grupo de medicina interna y cuidados paliativos

Asiste adicionalmente Katherinne Andrea Sierra Isaza (Coordinadora de enfermería) y Lina Ángel (abogada, Gerente Jurídica de SVF).

3. Presentación y análisis de los temas a tratar

Tema 1: Actividad de capacitación mensual

Conclusiones:

- No se realiza actividad

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

Tema 2: Derechos Vulnerados

Conclusiones:

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

Tema 3: Humanización

Conclusiones:

- Sin novedades

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

Tema 4: Voluntades anticipadas

Conclusiones:

- Sin novedades

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

Tema 5: Capacitaciones

- No desarrollado

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

Tema 6: Casos clínicos

- Se trae a reunión situación clínica del paciente CONRADO DE JESUS TORRES CARMONA, CC 4203015
- Asisten al análisis Dr. Jose Humberto Duque (miembro comité de ética), Doña Ofelia Mora López (representante asociación de usuarios y miembro e comité de ética), Lina María Ángel (Gerente Jurídica de San Vicente Fundación), Erika Cadavid (trabajadora social), Dr. Santiago Parra (médico Paliativista), Dr. Juan Pablo García (médico coordinador de hospitalización), Enf Katherine Andrea Santa (enfermedad coordinadora de UFI), Sandra Milena Velásquez (directora de enfermería y miembro e comité de ética), Dra. Carolina Cardona (médica internista), Pbro. Jorge Guzmán (sacerdote, capellán y miembro e comité de ética), Dr. Jorge Giraldo (coordinador de urgencias y cuidado crítico), Dr. Omar Alexis Villa (médico internista), Sebastián Aguirre Mesa (sicólogo)
- Solicitud de evaluación realizada por medicina interna y cuidados paliativos.
- Medicina interna indica en la evaluación el día 3 de mayo: “Paciente de 85 Años, con multiples comorbilidades, Hospitaliado por neumonia severa por COVID 19, con insuficiencia respiratoria hipoxémica, múltiples marcadores de mal pronóstico (elevación de troponinas, ferritina, LDH, PCR, AST), y con severo compromiso del parenquima pulmonar con PAFI estacionaria (Todos < 100), se solicito TAC de torax se vio Aorta descendente con hematoma intramural antiguo versus disección trombosada crónica, Parénquima pulmonar con opacidades en vidrio esmerilado multilobares confluentes con áreas de patrón en empedrado, hay tendencia a la consolidación en segmentos posteriores del hemitórax derecho por neumonía organización, estos hallazgos no han variado en forma significativa respecto a control previo cirugía vascular definio que por comorbilidades y estado clínico actual no era tributario de manejo quirurgico. Venia con terapia antimicrobiana por sospecha de sobreinfeccion pulmonar que no esta presente en angiotac de torax, hay neumonia en organización basal derecha sin cambios respecto a imagen previa tampoco por clínica del paciente (ausencia de fiebre, expectoracion), se descarto itu no encuentro indicacion para continuar con terapia antimicrobiana por lo cual se susende. Previamente se definió en staff multidisciplinario que médicamente, por edad, severidad de infeccion, paraclínicos, score pronósticos, NO hay beneficio médico de una IOT, no VMI no RCCP. La familia de paciente interviene constantemente en decisiones del manejo medico del mismo, se plantea disminucion de la FIO2 no lo aceptan, no aceptan hiromorfona en algunas dosis , solicitan exámenes regulares lo que hace ESTE CASO DE ALTA COMPLEJIDAD dado que a pesar de interevnciones multidisciplinarias para explicar situacion del paciente al parecer no tienen claro intencion de manejo y posibilidad de fallecimiento y deterioro del mismo, se DA AVISO a parte administrativa y se considera prudente valoracion por comite de etica del hospital para abordaje integral del caso, por ahora no mas paraclínicos, se suspende ab, esperamos interveccion mañana conjunta con palitivista, psicologia y concepto de comite de ética”.
- Cuidados paliativos indica adicionalmente el día 4 de mayo: “el dia de hoy, en conjunto con psicología y medicina interna se realiza videollamada a familiar, hija, del exterior a quien resolvemos todas las dudas pertinentes en el proceso, explicamos claramente lo delicado de su estado, los riesgos de complicaciones, explicamos las metas de manejo incluso el

contexto paliativo, aclaramos que se está manejando lo necesario sin llegar a procedimientos que generen sufrimiento, aclaramos que no es candidato a rccp, no uci, no iot, no terapia de reemplazo renal. Veo muy pertinente realizar un nuevo staff multidisciplinario ya que veo un abordaje muy complejo familiar ligado a un posible proceso de negación. Familiares llegaron del exterior, me reuniré con ellos pero luego de staff para transmitir la conducta que se defina en el espacio”.

- El concepto de psicología del día 5 de mayo fue: “paciente el cual presenta algunos síntomas confusionales, pero se encuentra orientado en las tres esferas. refiere dificultad para hablar, pues dice que siente falta de aire de manera rápida. cuenta que ha presentado desánimo, secundario a su estado de salud actual. se muestra muy apegado a la vida y por momentos en su discurso encuentro negación, frente a su estado de salud actual. encuentro gran sensación de discomfort. percibo dificultades importantes en la comunicación, con la familia del paciente, pues estos se encuentran en negación frente a la situación actual de este y adicionalmente el día de hoy, en compañía del médico especialista en cuidado paliativo y la médica especialista en medicina interna, durante una video llamada con una hija que reside en el exterior, esta nos ha manifestado que otros profesionales de la salud, la han estado asesorando, frente al tratamiento que lleva el paciente, situación que hace más complejo el caso”.
- Igualmente el concepto de trabajo social del día 4 de mayo: “Se busca ampliar aspectos de la dinámica e interacción familiar, se realiza re-valoración. Se encuentra a paciente acompañado por Lina, cuñada de Rosalba, una de las hijas del paciente, quien describe estar en la vida familiar del paciente hace mucho tiempo, desde la unión de su hermano con la hija del paciente hace al menos 32 años. El paciente cuenta con cuatro hijos, tres de ellos de su primer matrimonio, del cual queda viudo hace más de 30 años, el paciente y los hijos de su matrimonio, es decir, Fabiola, Rosalba (54 años) y Henry han estado radicados entre Colombia y EU donde aún están las dos hijas mayores y los siete nietos del paciente, mientras éste reside en su vivienda familiar en Marinilla con Henry, relación de alianza y posible sobreprotección con el hijo. El paciente es descrito como el pilar de la familia, figura representativa y de afecto para sus hijos y nietos, sin romperse contacto ni relación pese a distancia de los hijos mayores al pasar tiempo en el extranjero. En una segunda relación, el paciente tiene a su hija menor, Yesmid, quien ha estado como cuidadora permanente durante la hospitalización, rol que es valorado por hermanos medios y ante desgaste físico y emocional, lo relevan con Lina, actual cuidadora. Durante el proceso de hospitalización se ha acompañado a la familia y brindado orientación con respecto a diagnóstico y pronóstico del paciente, encontrando una idea fija de curación, no siendo el panorama explicado médicamente. En diálogos con hija menor y con actual cuidadora se encuentra un entendimiento de la condición del paciente, sin que renuncien desde la fe a mantener idea anclada de una curación, sin hallar que ello vaya en contravía del manejo y criterio médico. Contrario al parecer a la postura de las hijas mayores del paciente, Fabiola y Rosalba, quienes se espera lleguen luego de las dificultades para viajar a Colombia el día de mañana desde EU. Si bien Rosalba se torna con una posición de mayor aceptación frente a condición médica del paciente, la hija mayor presenta lo que podríamos llamar negación, negación centrada posiblemente en el vínculo y afecto a su padre, en lo que éste representa y su rol en la familia. Hasta ahora las hijas han mantenido información telefónica, sin estar al tanto de la realidad de manera directa, asunto que puede favorecer proceso de duelo y aceptación de estado del paciente, lo que se verificará con su presencia en el medio hospitalario. Se anota que quienes han logrado mayor aceptación del evento son quienes han estado de manera directa en el acompañamiento, además se refuerza por otro lado el vínculo del paciente con hijos mayores y la relación de posible dependencia tejida por años. Se mantiene seguimiento y se espera participar del Comité de Ética”.
- ---SE REALIZA DISCUSIÓN EN EL COMITÉ-----

- Se considera el cambio de criterios en decisión de traslado a UCI adecuado de acuerdo a la condición del paciente y evolución presentada en el paciente. Desde la mirada científica se ha ofrecido las terapias disponibles incluyendo opciones discutidas con la familia como el uso de Tocilizumab. No se encuentra en ningún momento situación de abandono del paciente sino plan continuo de cuidado y manejo del paciente entendiendo las características del pronóstico del paciente por edad y situación por COVID.
- Las dificultades en el acercamiento con la familia ha sido frecuente, incluso con episodios de agresividad hacia el personal asistencial, exigencias de la familia e intervenciones en el plan terapéutico instaurado e indicación de estar "validando intervención con personal médico de Estados Unidos".
- El paciente se encuentra disneico pero ha estado expresando que se siente bien en los momentos en que lo han notado sin delirio, pues por la disnea se ha tenido en somnolencia y encefalopatía por momentos. Se interroga acerca de las perspectivas del pacientes con el proceso de muerte y la situación actual y se informa que cuando se ha podido con él expresar la posibilidad de muerte se nota también en él un estado de negación y no desear hablar del proceso de muerte.
- La hija Fabiola, presente en EEUU en con quien se ha notado mayor negación de la enfermedad; con ella se ha discutido ampliamente la situación del paciente y las altas posibilidades de morir, sin embargo han indicado incluso que comprarán ventilador mecánico para "tener el paciente", poniendo por frente la disponibilidad de recurso económico para el manejo del paciente.
- Desde trabajo social se presentan las características identificadas en el manejo del paciente. Se nota una relación familiar de afecto, pero con desconocimiento de varias hijas de la situación real actual dado que ellas se encuentran fuera del país (se encuentran en el momento viajando hacia el país).
- Es necesario siempre informar a la familia que se ha realizado en el paciente todo lo médicamente posible y adecuado para el paciente, y no se han limitado terapias ni manejos a la luz de situación actual de pandemia, sino reorientadas por la situación propia del paciente y el riesgo de muerte basal del paciente. Se interroga además en el comité si se nota algún conflicto de interes en la familia.
- Ante la pregunta de si el paciente está en condiciones de continuar manejo en casa con apoyo y seguimiento por su eps. Se encuentra en el momento con máscara de no reinhalación con necesidad de alto flujo de oxígeno, sin poder manejarse en casa.
- Se nota que hay en el momento homogeneidad en el plan de manejo médico del grupo de tratamiento teniendo claro que lo que se ha definido es un techo terapéutico (no ingreso a UCE ni UCI) y no una adecuación terapéutica (se ha dado esquema de antibiótico cuando se ha requerido, se tuvo un dispositivo VoMax durante un tiempo sin que fuera efectivo, continuo con esteroides mientras fue indicado).
- Desde el punto de vista jurídico se dan las recomendaciones de dejar claro los conceptos médicos en la historia clínica. La familia no es el médico tratante y el concepto del médico tratante definiendo las medidas de tratamiento es lo que debe primar y orientar el tratamiento.
- En el acto médico hay dos actores: médico y paciente/familia. Si la familia no está de acuerdo ni credibilidad en las acciones, se les puede recomendar llevarlo a otra institución donde tengan más confianza para continuar manejo allí pues al romperse la relación médica se rompe el vínculo, y no se está obligados ni por preceptos científicos ni morales a hacer conductas en las cuales médicamente no hay indicación.
- Desde el comité de ética se dan las siguientes recomendaciones al gupo tratante, recomendaciones que surjen a partir de la discusión dialéctica realizada el día de hoy y que no son vinculantes:

- *Claras notas en historia clínica del plan de manejo.
- *Explicar e indicar a paciente y familiar que se ha realizado las terapias médicas indicadas y las medidas de cuidado indicadas para la condición del paciente. No se han restringidos terapias a la luz de ausencia de terapias sino a la luz de la no indicación médica de las mismas.
- *Se propone abrir un diálogo con los hijos en conjunto con médicos tratantes y plantear la situación actual y el plan que se viene realizando.
- *De acuerdo con la discusión dada de no traslado a Cuidados Especiales ni a Cuidados intensivos y de acuerdo con el techo terapéutico definido.
- *Informar que las medidas de cuidado y tratamiento se han estado realizando de acuerdo a la necesidad y estado clínico del paciente y se seguirán realizado basados en criterios de necesidad de éstas del grupo tratante; no se ha tenido en ningún momento abandono del paciente.
- *Definir si la familia no tiene confiabilidad en el manejo institucional que se ha realizado, y en conjunto con la EPS, opción de traslado a otra institución considerando la ruptura de la relación médico- paciente además bajo antecedentes de agresión que se han presentado.

Se deja esta constancia también escrita en la historia clínica del paciente.

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

4. Proposiciones y Varios

Tema 1: Proceso de priorización para pacientes que ingresan a UCI

- Sin novedades, ya se publicaron documentos referenciados en acta previa, se presentarán en próximo comité ordinario

Compromisos	Responsable	Fecha de cumplimiento dd-mm-aaaa	Cumplido		
			Si	No	Observación/Justificación

5. Identificación de temas a divulgar

Tema a divulgar	Responsable de la divulgación	A quién(es) se debe divulgar

Nota:

Dentro de los compromisos se incluyen cuando se requiera, la divulgación y reporte a otro nivel de gestión de algún(os) del(os) tema(s) tratado(s) en la reunión.

Nombre del secretario de la reunión

Ferney Rodríguez T

AUDITORÍA AL DESEMPEÑO DE LA REUNIÓN

FACTOR A CONTROLAR		SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Llegó el equipo puntualmente?	X		
2	¿Se revisaron indicadores durante la reunión? (si corresponde al equipo)	x		Derechos vulnerados
3	¿Se realizó seguimiento a oportunidades de mejora de diferentes fuentes? (si corresponde al equipo)			NA
4	¿Se tomaron acciones y/o decisiones basadas en datos y/o resultados de los indicadores?	x		
5	¿Se cumplen las tareas asignadas?	x		
6	¿Se identifican temas para comunicar y/o validar con otras personas y/o equipos?	x		

Después de puesta en común la interventoría, anotar los aportes hechos por el grupo para el mantenimiento y desarrollo de las actividades de la reunión.

Nombre del Auditor de la reunión	Luisa Fernanda Ahunca
---	-----------------------