

Nombre del equipo	Comité de Ética Asistencial (virtual) extra		
Líder de la Reunión	Ferney Alexander Rodríguez Tobón		
Fecha (dd-mm-aa) y Hora	10-06-2021	Acta Nro.	10-2021

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 realiza citación para análisis de caso

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 presenta en el comité caso clínico de la paciente MARIELA GALVIS RAMOSPAVAS, CC 25138358, a solicitud de cirugía hepato biliar y programa de rehabilitación intestinal.
- -Participan en el análisis: Ana María Jailler Ramírez (nutricionista), Dr. Andrés Becerra (cirugía hepato biliar), Dr. Christian Sepúlveda (pediatra), Cristian Leonardo Muñoz (cirujano general), Diana Zamorano (trabajadora social), Dr. Jaime Alberto Ramírez (cirujano hepato biliar), Pbro. Jorge Guzman (médico y capellán), Dr. Jorge Humberto Duque (miembro del comité de ética asistencial), Katherinne Andrea Santa (coordinadora de enfermería), Lina María Ángel Henríquez (abogada y gerente jurídica de la Fundación), Dra. Lucia García Díaz (pediatra), Dr. Luis Manuel Barrera Lozano (cirujano hepato biliar), Manuela Londoño (enfermera), María Isabel Gutiérrez (química farmacéutica), Dr. Néstor López (médico endocrinólogo), Dr. Santiago Parra (médico paliativista), Sebastián Aguirre (psicólogo), Verónica Andrea Hurtado (enfermera gestora programa de rehabilitación intestinal), Katia Esther Zarza Cantillo (pediatra), Dra. Katherine Isabel Barrios (pediatra), Dra. Lina María Ramírez (siquiatra), Ferney Rodríguez (presidente del comité de ética asistencial).
- -Paciente en manejo por el grupo de Rehabilitación intestinal. Se trata de una mujer de 48 años, con diagnósticos de Pancreatitis aguda grave idiopática, Sepsis de origen abdominal (Necrosis pancreática aguda sobreinfectada, Abdomen abierto, Fístula intestinal segunda porción del duodeno, Falla ventilatoria hipoxémica multifactorial (con intubación del 18/04/2021 y realización de traqueostomía el 01/05/2021), lesión renal aguda KDIGO I, SIRS persistente, Hipernatremia
- -En la nota de cirugía hepato biliar que motivó la participación del Comité de Ética asistencial se indica: Situación compleja, 48 años con enfermedad benigna, complicada, pero con posibilidad de mejoría, pueden haber recaídas infecciosas. La paciente ya no requiere soporte vasopresor, y por el momento sin indicación de soporte en UCI, neurologicamente muy fluctuante a pesar de tener inclusive en ocasiones NPT, o infusiones de dextrosa. Familia nuevamente desde ayer en la tarde señalaron el deseo de hacer cumplir voluntad anticipada, por lo que no permitieron colocar NPT, ni antibióticos ni tampoco sangrar para paraclínicos de control y realizar los ajustes necesarios. Hoy se habla con sobrina y dos de los hijos quienes ante la situación actual desean por lo menos continuar medidas de soporte en hospitalización general como los son NPT, antibióticos, curaciones, corrección de trastorno hidroelectrolítico. Siguen afirmando que no más reanimaciones en caso de paro. Sin embargo nos piden esperar a concepto del esposo y hijo mayor quienes desean hacer cumplir voluntad anticipada. Plan: 1. Esperamos concepto de cuidados paliativos luego de hablar con esposo e hijo mayor. 2. Solicito concepto de comité de ética al respecto de voluntad anticipada de la paciente."
- -Se plantea la indicación expresada por la paciente previamente de no desear más medidas en cuidados intensivos. Firmaron disentimientos, previa valoración de psicología y psiquiatría quienes al evaluar encuentran en delirio (hipernatremia) y posteriormente avanza el deterioro neurológico por lo que la decisión final de su voluntad anticipada se encuentra en la familia. Sin embargo el día de ayer se nota que en la familia había división en relación a ésta decisión, por lo que en la tarde de ayer se habla nuevamente con familiares y se acuerda

hacer medidas generales de tratamiento incluyendo medidas como NPT, antibiótico y cuidado en piso general.

- -A la familia se le nota frágil en relación a cuestiones e interrogantes que no han sido resueltas en la atención en otras instituciones, incluso con la sensación de "desconfianza médica" por las experiencias que han tenido en otras instituciones especialmente. Se ha realizado conversación amplia con la familia en relación a metas de tratamiento.
- -Se identifica en el grupo médico que las condiciones de salud de la paciente son complejas, pero hay posibilidad de recuperación
- -Se presenta el contexto social desde trabajo social, identificándose la sobrina de la paciente como la principal cuidadora dado actividades laborales y demás de los hijos que no permiten estar tan directamente involucrados en el cuidado y en quienes se ha notado dificultad para entender la situación de salud de la paciente dado que en las múltiples explicaciones que se le ha dado se siguen notando dudas ya explicadas
- -Se plantea el interrogante de la validez actual de la voluntad anticipada de la paciente, en el contexto además de una situación de delirio (en el momento sodio sérico 169).
- Se abre la discusión en relación a la situación actual:
- *Se aclaran que las voluntades anticipadas no pueden ser sustituidas, es un acto netamente personal que debe ser reflejado en un documento. Ni ética ni jurídicamente puede ser sustituidas por la familia. Y parte de considerar que la persona se encuentra bien, con capacidad de determinarse y con capacidad volitiva.
- *La paciente no ha estado en un estado de consciencia que permita tomar decisiones; en ese sentido somos nosotros, como médicos, quienes debemos tomar decisiones basadas en la lex artis buscando la beneficencia del paciente y bajo la autonomía y el conocimiento médico.
- *Se rescata nuevamente en la discusión la importancia de la autonomía médica y del actuar basados en beneficencia para el paciente.
- *Se resalta la necesidad de mejorar los canales de comunicación con la familia y brindar apoyo socioemocional y espiritual para entender el deber moral de los médicos que tenemos con ellos y en la búsqueda de su recuperación. Explicar las características de la evolución de estas enfermedades, con las variaciones que se dan en una situación crónica, con altibajos, pero con la posibilidad de mejora que hace necesario seguir buscando la recuperación de la paciente, como parte de nuestro deber médico pero también como parte de la responsabilidad de la familia.
- *Se refuerza que la Validez de la voluntad anticipada una vez la paciente mejore el estado de delirio sólo podrá ser válida si psicología y psiquiatría determine que se encuentra en una situación de consciencia y de voluntad aceptable para tomar decisiones autónomas y no condicionadas a la situación mental y de consciencia y con capacidad volitiva
- *En caso de la necesidad de su traslado a UCI, en situaciones actuales de pandemia, deberá tenerse consideración de ingresarla al proceso de priorización para ingreso a UCI en situación de saturación de servicios de UCI, y será basado en este proceso de priorización la posibilidad o no de traslado. En relación al techo terapéutico para realizarse se plantea realizar las medidas de tratamiento que sean necesarias incluyendo tratamiento en UCE y uso de soporte vasopresor, pero buscando también evitar el encarnizamiento terapéutico; sin embargo será el juicio del médico tratante de la especialidad quien deberá definir de acuerdo a las características de la enfermedad y los altibajos de la evolución si se debe o no plantear límites y techos en el tratamiento.
- Recordamos que el Comité es un lugar de encuentro plural e interdisciplinario que ayuda a aclarar valores y principios éticos que faciliten el diálogo del profesional de la salud con su paciente y la familia acerca de las más racionales y prudentes decisiones. Los miembros del Comité estamos siempre dispuestos a resolver cualquier otra inquietud de tipo ética que surja en el proceso de atención de los pacientes.

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
---	-----------------------