

Nombre del equipo	Comité de Ética Asistencial (virtual)		
Líder de la Reunión	Ferney Alexander Rodríguez Tobón		
Fecha (dd-mm-aa) y Hora	18-06-2021	Acta Nro.	11-2021

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	Si
Sandra Milena Velásquez Palacio	Directora Enfermería	Si
Luisa Fernanda Ahunca Velásquez	Neuro-siquiatra	No
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

- Revisión de pendientes
- Presentación a cargo de neurología de concepto de Estado mínimo de consciencia
- Temas varios

Asiste adicionalmente Katherine 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:

- Se presenta capacitación al Comité en relación a los trastornos del estado de consciencia a cargo de Dr. Juan Sebastián Saavedra

Introducción

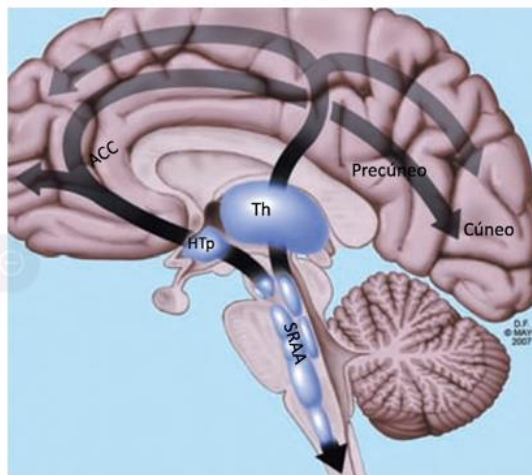
- Ningún método diagnóstico cuenta con evidencia “fuerte” de utilidad
 - Dificultades de diferenciación entre EMC y EV/SVSR (síndrome de vigilia sin respuesta)
 - EMC con discreto mejor pronóstico
 - Etiología traumática tiene mejor pronóstico que no traumáticas
 - Tratamientos con pobre evidencia
 - Amantadina - TEC grave
 - Trastorno de la consciencia prolongado: duración > 28 días
 - Errores diagnósticos: 40% (enmascaramiento)
-
- Síndrome de Vigilia sin respuesta (SVSR) preferido a uso de “estado vegetativo” y el reto es diferenciarlo del Estado Mínimo de Consciencia (EMC)

Estructuras clave en el alertamiento

- Sistema reticular activador ascendente (SRAA)
- Tálamo (Th - núcleos intralaminares)
- Hipotálamo posterior (HTp)
- Corteza parieto-occipital medial (cúneo-precúneo) → EMC
- Cíngulo anterior (ACC) → Abulia

Neurotransmisores clave

- Acetilcolina → tegmento protuberancia
- Monoaminas (serotonina, noradrenalina, dopamina) → tegmento mesencefálico



EV/SVSR

Se caracteriza por:

- Ausencia de consciencia de sí mismo o del ambiente
- Ausencia de respuestas conscientes a estímulos visuales, auditivos, táctiles o dolorosos
- Ausencia de comprensión o producción de lenguaje
- Funciones preservadas de los nervios craneanos
- Movimientos oculares horizontales pendulares (“roving”)
- Ciclos de sueño-vigilia (ojos abiertos durante el día)
- Funciones autonómicas (presión arterial y respiración) preservadas
- Incontinencia urinaria y fecal

La probabilidad de recuperación de este estado es baja

EMC

- Se define por la presencia de ciertas respuestas conductuales
 - Fijación o seguimiento ocular, girar la cabeza al llamado
 - Estado abúlico (ausencia de movimientos generados internamente) con seguimiento visual conservado
 - Pueden pronunciar palabras, defenderse de los estímulos dolorosos
 - Pueden sostener un objeto cuando se les pide
- Estas conductas pueden ser intermitentes con un estado de menor respuesta

Definiciones AAN 2018

DoC	Definition
Coma	A state of being completely unconscious. The person is not awake, and the eyes remain constantly closed. Also, there is no behavior suggesting the person is aware of self or surroundings.
Vegetative State, or VS Unresponsive Wakefulness Syndrome, or UWS Post-coma Unawareness, or PC-U	A state of being awake, with eyes open, and of not showing signs of behavior suggesting the person is aware of self or surroundings.
Persistent Vegetative State, or PVS	A VS or UWS that lasts for more than a month.
Minimally Conscious State, or MCS	A state in which the person has definite signs of behavior showing awareness of self or surroundings. Often, these behaviors may not be obvious or may not happen regularly.
Emergence from MCS, or EMCS	A state where the person can communicate in a way that can be understood. Or the person can recognize and use familiar objects. <ul style="list-style-type: none"> To show communication, the person can answer yes or no to questions. The answers may be said aloud, written down, or shown with movements. Examples of these movements are head nodding or shaking, or thumbs pointing up or down. The answers must be correct and consistent when repeated. For object use, the person can show that he or she knows how to use at least two different everyday objects, such as a cup or a comb.
Recovery of Consciousness	A change in behavior that clearly shows the person is recovering awareness of self or surroundings. Recovery of consciousness happens when the health status of someone in a coma or VS/UWS improves to MCS.

- Estado Vegetativo Persistente cuando alteración de la consciencia dura más de 28 días

Estudios recomendados para diferenciación entre EMC y SVSR/EV

- EMG thresholds for detecting response to motor commands
- Electroencephalographic reactivity
- Laser evoked potential responses
- Transcranial magnetic stimulation–induced perturbational complexity index

Hallazgos equívocos en 27% de pacientes

There is currently insufficient evidence to support or refute the routine clinical use of functional neuroimaging (functional MRI [fMRI] or PET) or routine EEG or evoked response potential studies as clinically useful adjuncts to behavioral evaluations to detect conscious awareness in patients diagnosed with VS/UWS.

Escenario de TEC

- Mortalidad intrahospitalaria hasta 31% PERO 70% de las muertes asociadas con suspensión de cuidados
- SVSR/EV - Hasta 20% recuperaron funcionalmente con capacidad de trabajar a 5 años



Level A When discussing prognosis with caregivers of patients with a DoC during the first 28 days post injury,** clinicians must avoid statements that suggest these patients have a universally poor prognosis.

** This is the one recommendation in this guideline pertaining to individuals in a DoC for less than 28 days. While patients with an acute DoC are not the primary population covered by this guideline, the results of the systematic review and review of related evidence showing the potential for long-term recovery in individuals with DoC lasting longer than 28 days also apply when counseling the families of patients who are less than 28 days from injury.

Principios generales

- Evaluaciones seriadas, no dar pronóstico con una sola evaluación
- Tratar de evaluar al paciente en su mejor condición fisiológica posible
- Evaluación más cuidadosa en horas de la mañana
- Etiología traumática - Mejor pronóstico
- Evolución a EMC en los primeros 5 meses

RECORD FORM																			
This form should only be used in association with the "CRS-R ADMINISTRATION AND SCORING GUIDELINES" which provide instructions for standardized administration of the scales.																			
Patient:	Diagnosis:			Etiology:															
Date of Onset:	Date of Admission:																		
Date:				Week															
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AUDITORY FUNCTION SCALE																			
4 - Consistent Movement to Command *																			
3 - Reproducible Movement to Command *																			
2 - Localization to Sound																			
1 - Auditory Startle																			
0 - None																			
VISUAL FUNCTION SCALE																			
5 - Object Recognition *																			
4 - Object Localization: Reaching *																			
3 - Visual Pursuit *																			
2 - Fixation *																			
1 - Visual Startle																			
0 - None																			
MOTOR FUNCTION SCALE																			
6 - Functional Object Use *																			
5 - Automatic Motor Response *																			
4 - Object Manipulation *																			
3 - Localization to Noxious Stimulation *																			
2 - Flexion Withdrawal																			
1 - Abnormal Posturing																			
0 - None/Flaccid																			
OROMOTOR/VERBAL FUNCTION SCALE																			
3 - Intelligible Verbalization *																			
2 - Vocalization/Oral Movement																			
1 - Oral Reflexive Movement																			
0 - None																			
COMMUNICATION SCALE																			
2 - Functional: Accurate *																			
1 - Non-Functional: Intentional *																			
0 - None																			
AROUSAL SCALE																			
3 - Attention																			
2 - Eye Opening with Stimulation																			
1 - Eye Opening with Stimulation																			
0 - Unarousable																			
TOTAL SCORE																			
Denotes emergence from MCS ²																			
Denotes MCS *																			

• Recommendation 7 Rationale

- Additional evidence suggests that late transition to MCS from VS/UWS may occur in as many as 20% of patients who meet permanence criteria.
 - One study followed 50 patients who remained unconscious for a mean of 11.1 (\pm 4.8) months after traumatic or nontraumatic brain injury and reported that 10 patients (7 traumatic, 3 nontraumatic) recovered consciousness between 14 and 28 months postonset.³⁶
 - A second study followed 108 patients with TBI across a 5-year interval, all of whom failed to recover command-following during the course of inpatient rehabilitation. Among the 17 patients who were still unable to follow commands at 12 months postonset, 8 (47.0%) regained this ability between 1 and 5 years postinjury.²⁸
 - Although the majority of patients who remain in VS/UWS across the first 3 (after nontraumatic) and 12 months (after traumatic) postinjury will remain in this condition permanently, a substantial minority will recover consciousness beyond this time frame.
 - While most of these patients will be left with severe disability, functional outcome ratings indicate that some will regain the ability to communicate reliably, perform self-care activities, and interact socially.³⁷

- Se discute definición de consciencia para neurología clínica (capacidad de una persona de dar respuesta adecuada a los estímulos externos y generar respuestas voluntarias). Además del concepto de muerte encefálica (cese completo de las funciones de tallo cerebral).

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	Cumplido		

		cumplimiento dd-mm-aaaa	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

No se presentan el día de hoy

- Se retroalimenta en el comité de ética la situación de lo que sucedió con los últimos tres casos analizados últimamente: Mariela Galvis (CC 25138358), Aldemar Alvarez (CC 15377151), Conrado Torres (CC 4203015).

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