



Facultad de Jurisprudencia

Maestría en
Bioética y Bioderecho

Título del desarrollo práctico

Modalidad: Pasantía profesional en servicio de Bioética Clínica

Presentado por:

Martha Milena Alfonso Gamba

Carlos Jesús Álvarez Jaime

José Miguel Franco Villalba

Bajo la dirección de:

Dra. Ana Isabel Gómez

Dra. Diana Rocío Bernal Camargo

Dra. Laura Otálora Montalvo

Bogotá, D.C. 29 de julio de 2024

Tabla de contenido

Agradecimientos	4
Dedicatoria	5
Declaración de originalidad y autonomía.....	6
Declaración de exoneración de responsabilidad	7
Lista de graficas	8
Lista de tablas.....	9
Abreviaturas	10
Glosario	11
Resumen ejecutivo	12
1. Introducción	13
2. Descripción de la institución en la que se enmarca la pasantía.....	13
2.1. “Méderi: de la oruga a la mariposa	13
2.2. Estructura	15
2.3. Misión	16
2.4. Visión	16
2.5. Servicio de bioética	16
3. Objetivos de la pasantía.....	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. Descripción de las actividades que aportarán al fortalecimiento institucional.....	18
4.1. Descripción de tareas	18
4.1.2. Ejemplos de respuesta a interconsultas de bioética según conflicto abordado.....	22
4.1.2.1. Fin de vida.....	22
4.1.2.2. Adecuación del esfuerzo terapéutico.....	23
4.1.2.3. Autonomía del paciente.....	24
4.1.2.4. Angustia moral del médico	25

4.1.2.5. Beneficencia	25
4.1.2.6. Cuestión religiosa o moral – Conflicto entre miembros de la familia.....	26
4.1.2.7. Conflictos entre médicos y familia.....	27
4.1.3. Participación en juntas interdisciplinarias	28
4.1.3.1. Junta interdisciplinaria número 1.	28
4.1.3.2. Junta interdisciplinaria número 2	31
4.1.3.3. Junta interdisciplinaria número 3	32
4.1.3.4. Junta interdisciplinaria número 4	34
4.1.3.5. Junta interdisciplinaria número 5	36
4.2. Proyectos específicos	38
4.2.1. Programa de capacitación en muerte digna.....	38
4.2.2. Protocolo de límite de viabilidad neonatal.....	38
4.2.3. Código Lila – Directriz de no reanimación	40
4.3. Interacciones profesionales	41
4.4. Formato de asistencia	41
5. Análisis de caso relevante	42
5.1. Caso tipo.....	42
5.1.1. Descripción de caso tipo	42
5.1.2. Discusión y análisis de caso tipo.....	44
6. Evaluación de la experiencia.....	52
7. Conclusiones	53
8. Recomendaciones.....	53
9. Referencias bibliográficas	54
10. Anexos técnicos	56

Agradecimientos

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a la Universidad del Rosario, por la oportunidad de abrirme sus puertas y permitirme recorrer sus históricas aulas y volver a compartir con tantas personas valiosas el aprendizaje que a mis años adquiere un valor incalculable. A mis profesores por su apoyo e influencia positiva durante la maestría y por su entrega sin reparos de tanto conocimiento y sabiduría que fueron el cimiento para aplicarlo en la pasantía, a la Dra. Diana Bernal y a la Dra. Anita Isabel Gómez por su fe en mis habilidades, por escuchar nuestro deseo de ir al Hospital Universitario Mayor de Méderi y gestionar nuestro ingreso para aprender de sus docentes y pacientes, a los integrantes del servicio de Bioética, a la Dra. Laura Otálora por su dedicación y colaboración para encaminarme en la buena práctica clínica de la Bioética.

Carlos Jesús Álvarez Jaime

Un agradecimiento especial a Dios y a mi madre Marina Gamba por las oportunidades, la incondicionalidad y por las palabras de ánimo en los momentos más desafiantes.

A mi mejor amigo y esposo Jorge Barrios por ser mi apoyo y el testigo de todo este proceso.

A mi profe Piedad Bolívar y a mi maestra Laura Otálora por ser fuente de inspiración, y por ser nuestro gran ejemplo para aplicar y practicar toda la teoría revisada en el salón de clase.

A todos mis compañeros de clase y ahora colegas, en especial a Carlitos y José Miguel, con quienes di los pasos por este camino, por ser impulsores para hacer todas las tareas a tiempo, trabajar codo a codo como hermanos. Porque aprendimos juntos que la unión hace la fuerza y el trabajo en equipo es el camino al éxito.

Martha Milena Alfonso Gamba

Estoy muy agradecido con el Hospital Universitario Méderi, los integrantes del servicio de bioética, seguridad del paciente, epidemiología y especialmente con la doctora Laura Otálora quien transmitió sus conocimientos y dedicó su tiempo para que mi experiencia en esta pasantía fuese enriquecedora y me ayudara a adquirir las competencias que necesitaba para una buena práctica clínica desde la bioética. Sin este apoyo no me hubiese sido posible culminar mi proceso formativo en la maestría.

José Miguel Franco Villalba

Dedicatoria

A mis hermanas y sobrinos siempre preocupados por mi bienestar.

Carlos Jesús Álvarez Jaime

A mi esposo Jorge por acompañarme en cada paso de mi vida.

A mis padres, a toda mi familia y a mis estudiantes a quienes he podido brindar granos de arena para su crecimiento profesional

Martha Milena Alfonso Gamba

A mis padres y hermanos quienes han sido mi compañía y apoyo durante todos mis procesos académicos y personales

José Miguel Franco Villalba

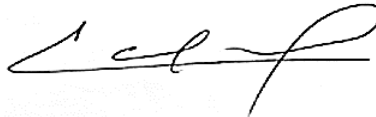
Declaración de originalidad y autonomía

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente informe de pasantía, en la propuesta de desarrollo práctico que visibiliza los conocimientos del programa de maestría por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

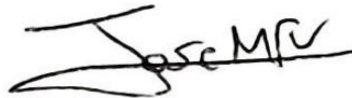
Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este proyecto no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Martha Milena Alfonso Gamba
C.C 1. 020.741.436 de Bogotá



Carlos Jesús Álvarez Jaime.
CC.88.144.725.

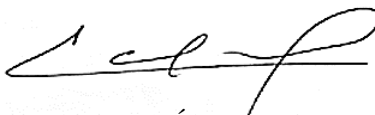


José Miguel Franco Villalba
C.C. 1.018.485.905 de Bogotá

Firmado en Bogotá, D.C. el 29 de julio de 2024

Declaración de exoneración de responsabilidad

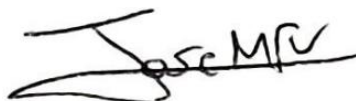
Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Carlos Jesús Álvarez Jaime.
CC.88.144.725.



Martha Milena Alfonso Gamba
C.C 1. 020.741.436 de Bogotá



José Miguel Franco Villalba
C.C. 1.018.485.905 de Bogotá

Firmado en Bogotá, D.C. el 29 de Julio de 2024.

Lista de gráficas

Gráfica N 1. Proceso misional de Méderi.

Gráfica N 2. Cantidad de pacientes vistos según tipo de requerimiento.

Gráfica N 3. Porcentaje de pacientes vistos según tipo de requerimiento.

Gráfica N 4. Protocolo de límite de viabilidad neonatal.

Gráfica N 5. Protocolo de activación de código lila – directriz de no reanimación.

Lista de tablas

Tabla N 1. Conflictos éticos involucrados por cada caso clínico.

Abreviaturas

AET: Adecuación del esfuerzo terapéutico.
CBD-THC: Cannabinoides y tetrahidrocannabinoides
CID: Coagulación intravascular diseminada
CLOCCS: Cytotoxic lesions of the corpus callosum
DVA: Documento de voluntad anticipada.
ELA: Enfermedad lateral amiotrófica.
EMG + NC: Electromiografía más neuro conducción
EPS: Entidad prestadora de salud
HPAF: Herida por arma de fuego
HTA: Hipertensión arterial
ICSS: Instituto colombiano de los seguros sociales
IOT: Intubación orotraqueal.
IVU: Infección de vías urinarias
MDR: Multidrogo-resistente
MMII: Miembros inferiores
PHD: Programa de hospitalización domiciliaria
RCP: Reanimación cardiopulmonar.
RMN: Resonancia magnética nuclear
SPA: Sustancias psicoactivas.
TAC: Tomografía axial computarizada
TEA: Trastorno del espectro autista
TPN: Terapia presión negativa
UCI: Unidad de cuidado intensivo

WPW: Wolff Parkinson White.

Glosario

Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET): Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece de una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no concuerdan con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. (Res. 971/2021).

Cuidado paliativo: Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. (Res. 971/2021).

Derecho fundamental a morir con dignidad: Facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral, incluyendo el paliativo. (Res. 971/2021).

Documento de voluntad anticipada: Aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida. (Res. 2665/2018).

Enfermedad terminal: Enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses. (Res. 971/2021)

Eutanasia: Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. (Res. 971/2021).

Principio de solidaridad: Deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentra en una situación de necesidad, con medidas humanitarias. (Sentencia C-239/97).

Principio de la autonomía: Se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia. (Rev. Per Ginecol Obstet. 2009; 55:230-233).

Principio de beneficencia: Es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. (Rev. Per Ginecol Obstet. 2009; 55:230-233).

Resumen Ejecutivo

Pasantía profesional en servicio de bioética clínica

Este informe describe las actividades realizadas y las experiencias obtenidas durante la pasantía en el servicio de Bioética en el Hospital Universitario Mayor - Méderi, incluyendo resolución de casos clínicos, participación en revisión de temas, desarrollo de protocolos y curso institucional de fin de vida. Se analiza como los principios de bioética y bioderecho se aplican en la práctica clínica. Se presentan planteamientos y conceptos para mejorar la integración de estos principios en la atención sanitaria.

Se desarrolla un caso tipo el cual hace énfasis en aspectos de fin de vida que involucra las dimensiones de morir dignamente.

Palabras clave:

Bioética, Ética, Limitación de Esfuerzo Terapéutico, Muerte digna, Paciente crítico terminal.
Adequacy of therapeutics effort AND end of life AND bioethics, Hospice care AND end of life.
Nutrition AND hydration status AND end of life.

1. Introducción

La pasantía en el Hospital Universitario Mayor – Méderi se presentó como una opción de grado para los estudiantes de la maestría en bioética y bioderecho por parte de la universidad del Rosario. Lo anterior implicó un reto para las directivas, personal asistencial y estudiantes ya que se trataba de la primera cohorte que participaba en dicha rotación. Tiene como objetivo la aplicación de los conceptos teóricos a la práctica clínica y los casos de la vida real.

A continuación, se describe la historia del hospital y la forma como se conformó el servicio de bioética, así como el desarrollo actual del mismo. Se realiza una exposición y análisis de las interconsultas atendidas y de los casos presentados en junta. De igual forma, las capacidades técnicas del equipo nos permitieron participar en la construcción del curso institucional de muerte digna y el desarrollo de protocolos encaminados a la mejora continua de los procesos con enfoque bioético.

Finalmente, se construye un caso tipo que permite aplicar la formación de los maestrantes para su análisis bioético.

2. Descripción de la institución en la que se enmarca la pasantía.

Pasantía Servicio de Bioética Clínica, Hospital Universitario Mayor-Méderi.

2.1 “Méderi: de la oruga a la mariposa”.

La historia de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad se remonta a la época del instituto colombiano de los seguros sociales (ICSS), creada en 1946, institución pública que estaba encargada de la seguridad social principalmente de los empleados del sector privado, con empleo formal, a través de la unidad de negocio salud: aseguramiento y prestación. Con el paso de los años, el sistema al cual estaban afiliados millones de colombianos estaba inmerso en una insostenible estructura que reportaba pérdidas inmanejables. Es así como, los gobiernos de ese entonces, necesitaba detener la fuga de recursos y los colombianos pedían recibir un servicio de mejor calidad.

Con este entorno, todo apuntaba a que el ICSS debería liquidarse y empezó una gestión de búsqueda de quién asumiría el riesgo de invertir, administrar y hacer la transformación organizacional y de aseguramiento que estos hospitales requerían.

La corporación hospitalaria Juan Ciudad comienza con la unión de tres instituciones: la caja de compensación familiar Compensar, el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la orden hospitalaria de San Juan de Dios, unidas por la identidad de sus principios y valores y con un propósito común, que traído en el tiempo estaría centrado en la creación de un modelo de atención y de gestión en salud, centrado en el paciente y su familia.

Con el fin de crear una identidad institucional, nació la marca Méderi. Es por eso que, durante los 16 años que lleva creada, se ha buscado que la marca tenga reconocimiento y esté relacionada con sus dos atributos: hospitalidad y ciencia.

Para ese entonces, Hans Peter Knudsen Quevedo era el rector de la universidad del Rosario, en cabeza suya estuvo el proceso de devolverle un hospital a la facultad de medicina para la Universidad del Rosario. Méderi significaba la supervivencia de la facultad de medicina. Si no solucionaba su tema de hospital, probablemente moriría. Significaba además una oportunidad muy grande de desarrollo de su potencialidad académica científica. La Universidad del Rosario venía buscando una respuesta a la necesidad de un hospital universitario, habiendo pasado por más de quince posibilidades, ninguna de las cuales se había dado por diferentes razones. Se buscaba un escenario de práctica, porque desde que se había roto la relación con la Sociedad de Cirugía de Bogotá y se había perdido la sede del Hospital de San José como la sede de facultad de medicina, la facultad tenía ese problema. Por eso, cuando nació Méderi, la autoestima se elevó tremendamente. Méderi le ha aportado al Rosario el volver a sentir orgullo de su facultad de medicina y en general de los programas de salud. Le dio nuevamente la oportunidad de llevar a la Universidad del Rosario y a su facultad de medicina a un reconocimiento nacional e internacional muy importante.

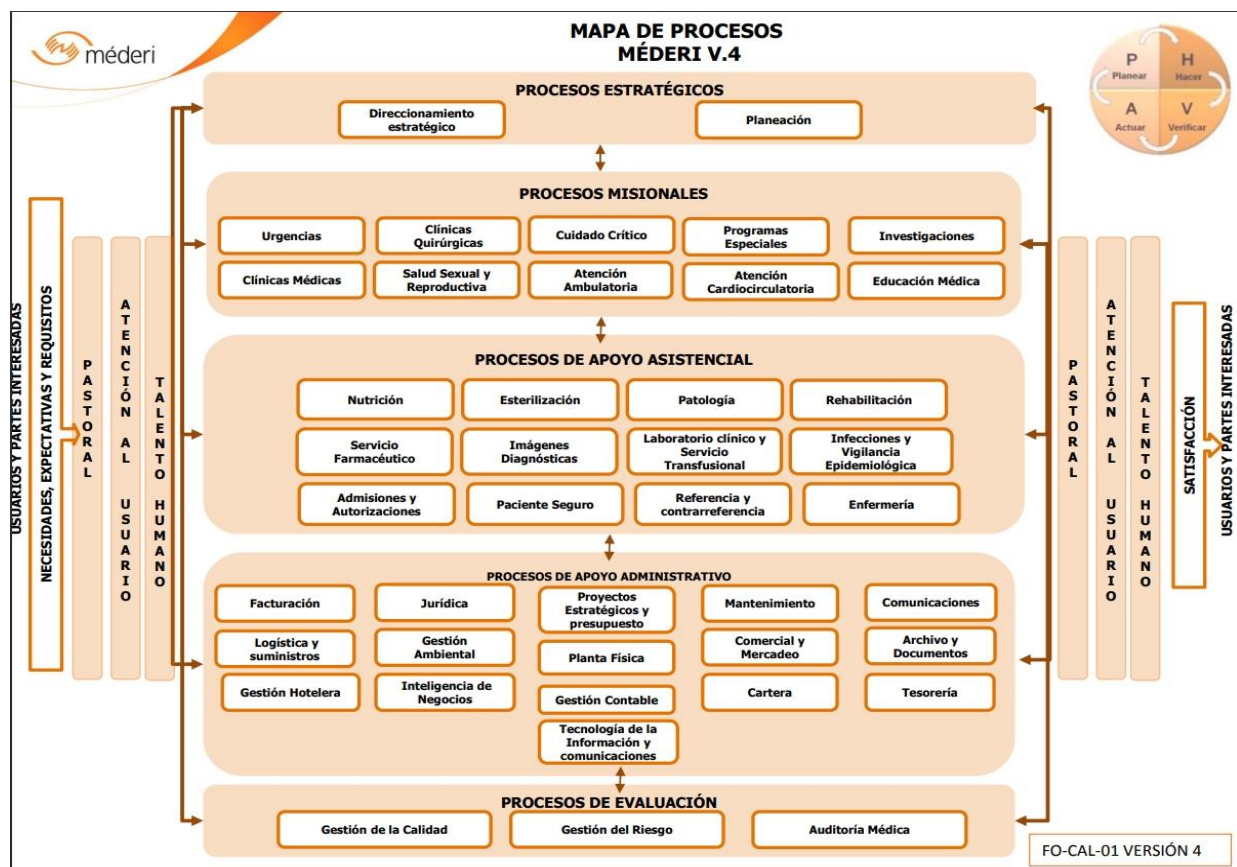
La historia de Méderi está inscrita en los grandes cambios de la salud en los últimos años y es, sobre todo, una apuesta social que se hizo para permanecer en el tiempo.

Antes de 2008, los modelos de contratación del talento humano, nuestro gran capital y el actor principal en la creación de una cultura institucional, se daba en el marco de la contratación estatal, éste enfoque fue cambiado a los pocos años de iniciar labores la corporación.

El 1° de mayo de 2008, se inició la operación en el Hospital Universitario Mayor (antigua Clínica San Pedro Claver) y en el Hospital Universitario de Barrios Unidos (antigua clínica Misael Pastrana).

Existían 2795 colaboradores, 1622 vinculados a 16 cooperativas a las que se encontraban afiliados médicos especialistas y generales, nutricionistas, químicos farmacéuticos, regentes de farmacia, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se iniciaron actividades con 800 pacientes hospitalizados entre el Hospital Universitario Mayor y el Hospital Universitario de Barrios Unidos. Al final del año el número de colaboradores ascendió a 3198. En el primer informe detallado de lo que se recibió, se describió: “Se requieren dos meses para la adecuada clasificación de las 18.000 piezas de instrumental; el 65% de los muebles se encuentra en regular estado y el 35% en mal estado”. En los primeros meses el 20% de los equipos y muebles recibidos fueron dados de baja por su mal estado. Ese mismo año se llevó a cabo el desarrollo de la marca y la identidad visual, bajo la asesoría de la agencia TXT con Alexandre Toulemonde y Xenia Lucero a la cabeza. Hoy en día funcionan en red y se complementan en la prestación de sus servicios. (Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Méderi., 2016).(https://www.mederi.com.co).

2.2 Estructura: La siguiente gráfica especifica los procesos misionales actuales de la red hospitalaria Méderi.



Gráfica N 1. Proceso misional de Méderi.

2.3 Misión:

Transformamos la sociedad al generar bienestar y felicidad a través de innovación, conocimiento y humanización en el sector salud.

2.4 Visión:

Seremos reconocidos como una organización del conocimiento, líder en el sector salud, que busca siempre mejorar la calidad de vida de las personas a partir de la atención integral.

2.5 Servicio de bioética.

El 15 de febrero de 2010 se conformó en la red hospitalaria el comité de bioética y ética hospitalaria de forma integrada, el cual sesiona mensualmente y según necesidad.

Se realizó la creación de una nueva instancia definida por la alta dirección y el comité de bioética y ética hospitalaria como servicio de Bioética Clínica. El servicio inicia su funcionamiento formalmente en diciembre de 2018, conformado por profesionales de Méderi con segunda formación en bioética, parametrizando en la historia clínica electrónica -Servinte- la interconsulta de bioética clínica para dar respuesta a las solicitudes realizadas por los diferentes servicios. Enfrentándose a los dilemas éticos, identificando los cuestionamientos al final de la vida y a la proporcionalidad terapéutica como los más frecuentes.

Desde entonces, este servicio ha participado en la revisión y estandarización de lineamientos de temas de interés bioético tales como; código de no reanimación, adecuación del esfuerzo terapéutico, consentimientos informados, voluntades anticipadas, derecho a morir con dignidad y específicamente para el año 2020 en la definición de las consideraciones desde la bioética para la toma de decisiones clínicas en el marco de la pandemia por covid-19 y para el año 2021, en el diseño y divulgación de los aspectos relacionados con las voluntades anticipadas.

Desde marzo de 2022 se nombró a un bioeticista de dedicación exclusiva para liderar las labores del servicio de bioética clínica, optimizando de esta manera el tiempo de respuesta a interconsultas, así como la planeación y ejecución del proceso educativo en bioética en la institución.

Desde los años 2021, 2022 y 2023 se ha realizado el simposio de bioética clínica de Méderi “al lado del paciente”, donde se abordaron temas de especial relevancia, desde una visión integral y holística,

en los cuales la bioética juega un papel fundamental. Así mismo, se revisó la dimensión conceptual y las experiencias del servicio de bioética clínica y su articulación con el comité de bioética y ética hospitalaria. Se contó con conferencistas con amplia experiencia en temas bioéticos y biojurídicos de la red hospitalaria y de la escuela de medicina y ciencias de la salud de la Universidad del Rosario.

Actualmente, el servicio de bioética clínica en conjunto con el comité de bioética no solo involucra la resolución de respuesta a interconsultas, sino que también es un consejero y facilitador para la comunicación interdisciplinaria de las especialidades en el enfrentamiento de los casos de difícil decisión o que involucren dilemas éticos, participa en el análisis de los casos de trasplante y muerte digna, realiza el consolidado y análisis trimestral de los indicadores para la presentación en el comité de bioética y ética hospitalaria de forma periódica. Asiste de forma habitual como invitado por parte de paciente seguro al análisis de los eventos adversos severos y centinelas, y aquellos que consideren en los que requieren del acompañamiento desde la bioética para el análisis, lo anterior como lo sugirió el ente acreditador en la visita de otorgamiento.

3. Objetivos de la pasantía.

3.1 Objetivo General:

Aplicar conocimientos teóricos de bioética y bioderecho en un entorno clínico.

3.2 Objetivos Específicos:

- Analizar casos clínicos desde una perspectiva bioética y legal.
- Participar en comités de ética clínica.
- Fortalecer la capacidad crítica y reflexiva para identificar y analizar casos de bioética de la vida real.
- Proponer soluciones en conjunto con el servicio de bioética y bajo su guía a los problemas bioéticos de la institución.
- Identificar las herramientas teórico-prácticas que permitan realizar una aproximación conceptual, normativa y asistencial frente a los conflictos éticos de los pacientes.
- Aplicar herramientas teórico prácticas que permitan la mejoría del desarrollo y crecimiento del servicio de bioética de la institución.

4. Descripción de las actividades y responsabilidades que aportarán al fortalecimiento institucional

4.1 Descripción de Tareas:

- Participación en revisión de temas, inicialmente con el equipo de pasantes y posteriormente con los internos de medicina de la Universidad del Rosario.

Ejemplos de temas revisados: Toma de decisiones en niños, niñas y adolescentes, inteligencia artificial en medicina, análisis de obesidad como enfermedad vs condición, toma de decisiones en discapacidad, adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría, transfusión sanguínea en testigos de Jehová, normativa de la eutanasia, síndrome del Alport en trasplante renal, síndrome de CLOCCs (Cytotoxic lesions of the corpus callosum), interrupción voluntaria del embarazo, técnicas de reproducción humana asistida, edición genética, cuidado paliativo y adecuación de esfuerzo terapéutico.

- Participación en las interconsultas allegadas al servicio de Bioética por los servicios tratantes.

- Revisión y acompañamiento en casos de viabilidad fetal.

- Durante la pasantía se valoraron y analizaron casos de 33 pacientes cuyo rango de edad se encontraba entre los 5 días y los 96 años con múltiples conflictos éticos los cuales se especifican en la siguiente tabla.

Paciente	Beneficencia	Cuestión religiosa o moral	Conflicto entre miembros de la familia	Conflicto entre médicos y familia
1	no	no	no	si
2	si	no	no	no
3	si	no	no	no
4	si	no	no	no
5	no	no	no	no

6	no	si	si	si
7	no	no	no	no
8	si	no	no	si
9	si	no	no	no
10	no	no	no	no
11	no	no	no	no
12	si	no	no	no
13	si	no	no	no
14	si	no	no	no
15	si	no	no	no
16	no	no	no	si
17	si	no	no	no
18	si	no	no	no
19	no	no	no	no
20	si	no	no	si
21	si	no	no	si
22	si	no	no	no
23	si	no	no	si
24	no	no	no	no
25	si	no	no	no
26	si	no	no	no
27	si	no	no	no
28	si	no	no	no
29	si	no	no	no
30	si	no	no	si
31	no	no	no	no
32	si	no	no	no

33	si	no	no	no
----	----	----	----	----

Paciente	Fin de vida	Adecuación del esfuerzo terapéutico	Autonomía del paciente	Angustia moral del médico
1	no	no	si	si
2	no	si	si	no
3	no	si	no	si
4	si	si	si	no
5	no	no	no	no
6	no	no	si	si
7	no	si	si	no
8	no	si	si	si
9	si	no	si	no
10	no	si	no	si
11	no	si	no	si
12	no	si	si	si
13	no	no	si	si
14	no	si	no	no
15	no	no	no	si
16	no	no	si	no
17	no	si	no	no
18	no	si	no	si
19	no	no	no	no
20	no	si	si	si
21	no	si	si	si
22	no	si	no	si

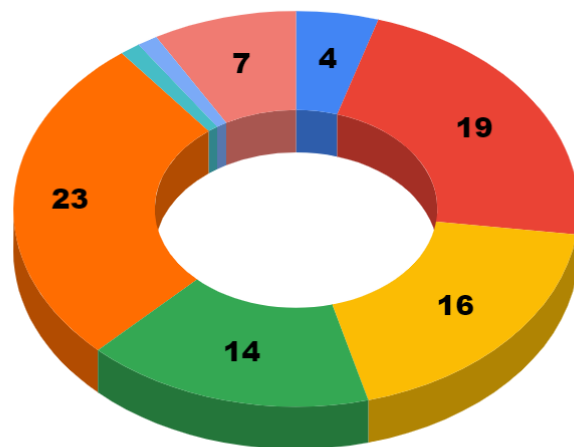
23	no	no	no	no
24	no	no	si	no
25	no	si	no	no
26	no	no	si	no
27	no	no	si	si
28	no	si	si	no
29	no	no	no	no
30	no	si	no	si
31	si	si	si	no
32	si	si	no	no
33	no	no	no	no

Tabla N 1. Conflictos éticos involucrados por cada caso clínico.

En la siguiente gráfica se especifica la cantidad de conflictos éticos analizados en los 33 pacientes vistos.

Cantidad de pacientes vistos según tipo de requerimiento

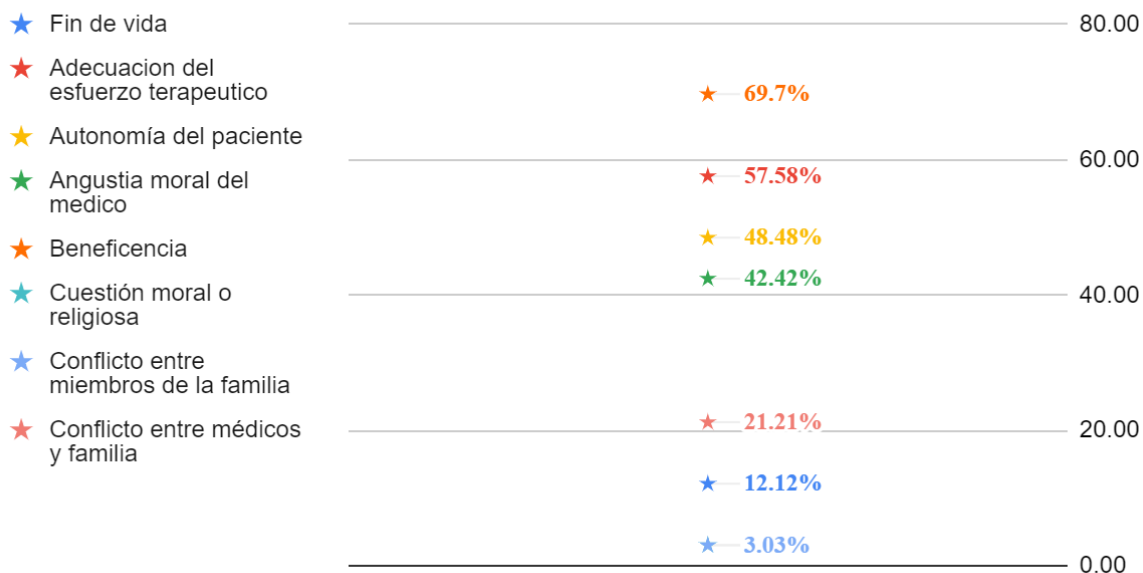
- Fin de vida
- Adecuacion del esfuerzo terapeutico
- Autonomía del paciente
- Angustia moral del medico
- Beneficencia
- Cuestión religiosa o moral
- Conflicto entre miembros de la familiar
- Conflicto entre médicos y familia



Gráfica N 2. Cantidad de pacientes vistos según tipo de requerimiento.

En la siguiente gráfica se observa el porcentaje de incidencia de cada uno de los conflictos éticos en el cien por ciento de las interconsultas realizadas, la mayoría de los casos presentaban más de 1 tipo de conflicto.

Porcentaje de pacientes vistos según tipo de requerimiento



Gráfica N 3. Porcentaje de pacientes vistos según tipo de requerimiento.

4.1.2 Ejemplos de respuesta a interconsulta de bioética según conflicto abordado.

En cumplimiento con el acuerdo de confidencialidad firmado con la institución y la privacidad de la historia clínica se han eliminado nombres, fechas u otra información que permitiera la identificación de los pacientes y/o sus familiares.

Se exponen a continuación ejemplos reales de respuestas a interconsultas de bioética.

4.1.2.1 Fin de vida.

Paciente recién nacido pretérmino, parto por cesárea por restricción de crecimiento intrauterino, pobres controles prenatales, con requerimiento de soporte ventilatorio. Por fenotipo se sospecha

sospecha trisomía 18 (Síndrome Edwards), condición con pobre pronóstico vital. En la valoración inicial por servicio de Bioética se insistió en continuar y priorizar el proceso de confirmación del diagnóstico, dado que según este resultado se podrá establecer pronóstico y así mismo, si se beneficia de ampliar medidas de soporte vital o no. Se habló con los padres para conocer sus expectativas y deseos frente al caso. La madre entendió y estuvo de acuerdo en la posibilidad de adecuación del esfuerzo terapéutico según lo definieran médicos tratantes en el caso de su hijo, ya que refería que lo que menos quería era verlo sufrir. Se solicitó acompañamiento por psicología del duelo. En una posterior valoración, se recibió confirmación de la trisomía 18, en ese momento con soporte ventilatorio invasivo, sin requerimiento vasopresor, con nutrición enteral por sonda orogástrica y manejo anticonvulsivante endovenoso.

Análisis: Se realizó intervención a la madre acerca de la confirmación diagnóstica y la alta probabilidad de mortalidad a corto - mediano plazo. En ese momento la madre estuvo de acuerdo con la posibilidad de adecuación de esfuerzo terapéutico. Teniendo en cuenta la baja probabilidad de sobrevida sin soportes vitales dado que su condición era irreversible, se comentó con grupo de cuidado paliativo y se consideró que el retiro de medida de soporte ventilatorio estaba indicado en el paciente, dado que esta medida era fútil y prolongaba el sufrimiento. Se habló con servicio tratante acerca de extubación compasiva para hacerla idealmente en compañía de su madre, contacto piel a piel si ella así lo deseaba y con manejo de síntomas como sedación para disminuir la sensación de disnea. Una vez realizada la extubación se podría dar aporte de oxígeno a bajo flujo y continuar la sedación y el acompañamiento hasta el cese de signos vitales.

4.1.2.2 Adecuación del esfuerzo terapéutico

Paciente femenina de 47 años con antecedente de hipotiroidismo, diagnóstico reciente de Ca de lengua, quien ingresa programada para glosectomía total. En el servicio de urgencias identifican signos de respuesta inflamatoria como leucocitosis, taquicardia y fiebre. Servicio de cirugía de cabeza y cuello realiza estudios imagenológicos donde se documenta conglomerado ganglionar sobreinfectado en cuello, por lo que deciden diferir manejo quirúrgico e inician tratamiento antibiótico. Tras 5 días de manejo y ante la disminución de signos de respuesta inflamatoria, se programa procedimiento quirúrgico, previo al cual se tiene una IOT fallida y alto riesgo de colapso de vía aérea, por lo que se realiza traqueostomía de urgencia y se difiere glosectomía. En el postoperatorio inmediato de traqueostomía, la paciente hace parada cardiaca y es reanimada durante

14 minutos con posterior ingreso a UCI. Tras unos días de medidas de neuroprotección retiran sedación, realizan VEEG donde se documenta encefalopatía de expresión severa. Servicio tratante considera que ya no se beneficia de glosectomía y solicitan concepto del servicio de bioética para establecer techo terapéutico. En el momento de la valoración, intensivista de turno informa que la paciente tiene un neumotórax y desea saber si es pertinente hacer más procedimientos, no tiene soporte ventilatorio ni hemodinámico.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, en mal estado general, sin soportes vitales, pero con pobre pronóstico neurológico y con enfermedad oncológica activa y en progresión. Solicitan nuestro concepto para evaluar techo terapéutico, desde el servicio de bioética consideramos que no se beneficia de toracostomía ni de ningún otro soporte vital, vasopresor, RCP, nutrición por gastrostomía o sonda, teniendo en cuenta que tiene mal pronóstico neurológico según informa neurología. En razón de lo anterior, se realizaron todas las medidas para adecuación del refuerzo terapéutico en concurso con cuidados paliativos.

4.1.2.3 Autonomía del paciente.

Paciente masculino de 83 años con antecedente de enfermedad renal crónica, enfermedad arterial oclusiva, quien se encuentra hospitalizado en contexto de enfermedad arterial periférica Fontaine III en quien se documentó estenosis severa de la arteria iliaca externa izquierda, oclusión de la arteria femoral superficial izquierda, estenosis severa de la arteria femoral superficial derecha, oclusión de la arteria poplítea derecha, oclusión de las arterias tibial anterior y tibial posterior de forma bilateral y estenosis severa de las arterias peroneas bilateral. Se planteó manejo quirúrgico por parte de cirugía vascular, pero tanto paciente como familiares se negaron a este. Posteriormente se consideró no candidato a manejo endovascular y se mencionó opción ablativa, a lo cual el paciente se niega.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, previamente había mencionado a familiares y a personal médico no desear cirugías ni procedimientos invasivos, en la historia clínica también se evidencia documento escrito por su hija donde manifiesta la voluntad del paciente y reafirma apoyo por parte de su familia. Solicitan concepto por servicio de bioética dado que el día de ayer los hijos cambiaron de decisión y actualmente sí aceptan la cirugía previamente planteada. Desde el punto de vista bioético consideramos que debe prevalecer la voluntad previamente establecida por el paciente, en este momento no cuenta con capacidad de toma de decisiones por reciente evento cerebrovascular.

Se explica a su hijo que teniendo en cuenta voluntad del paciente expresado tanto a ellos como familiares y como al personal médico tratante, recomendamos no llevar a cabo procedimiento quirúrgico.

4.1.2.4 Angustia moral del médico

Paciente de 31 años con embarazo de alto riesgo, 23 semanas de gestación, antecedente de HTA y ahora cursando con crisis hipertensiva severa y refractaria a tratamiento. Por parte de ginecología se planteó necesidad de interrumpir el embarazo, sin embargo, paciente con pérdidas anteriores quien no deseaba dicha conducta, por lo que solicitan interconsulta por servicio de bioética.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, con feto en el límite de la viabilidad, a quien servicio de ginecología explicó los riesgos y las posibles complicaciones de continuar con la gestación, por lo que ella autoriza ser desembarazada. Se da espacio a expresión de emociones, manifiesta tristeza ya que es un embarazo muy deseado, se explica que servicio de pediatría está enterado del caso y quedan atentos al momento del parto para brindar la atención al recién nacido.

Nota adicional: En este caso no se expresa de manera explícita la angustia moral del médico, sin embargo, la interconsulta fue solicitada ante la dificultad en la toma de decisión por parte de los médicos tratantes a pesar de tener claridad técnica sobre la conducta a seguir.

4.1.2.5 Beneficencia – No maleficencia

Paciente de 89 años, previamente funcional, quien se encuentra hospitalizada en contexto de hemorragia subaracnoidea traumática Marshall 2, extensa hemorragia subaracnoidea bihemisférica con múltiples focos de contusión hemorrágica parenquimatosa, edema cerebral difuso con pérdida de la diferenciación cortico-subcortical temporo-parietal bilateral, sugestivo de cambios isquémicos agudos asociados, lo que condiciona edema cerebral y encefalopatía de expresión severa. Estancia en UCI con soporte ventilatorio, sin cambios neurológicos a pesar de retiro de sedación. Equipos tratantes plantearon realización de traqueostomía y gastrostomía, sin embargo, familiares no están de acuerdo con realización de estas. Solicitan valoración por nuestro servicio para apoyo en la toma de decisiones.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, según valoraciones de neurocirugía con pronóstico neurológico y vital ominoso, no ha tenido respuesta neurológica a pesar de retiro de la sedación. Teniendo en cuenta el estado neurológico con pobre pronóstico y decisión de familiares de no realizar intervenciones desproporcionadas, no autorización de traqueostomía ni gastrostomía, sugerimos redireccionar esfuerzos terapéuticos a los cuidados paliativos, ya que este tipo de intervenciones no impactarán en su calidad de vida ni su pronóstico.

4.1.2.6 Cuestión religiosa o moral – conflicto entre miembros de la familia

Paciente adulto mayor, con creencias religiosas de taoísmo hace aproximadamente 30 años según informa familiar, actualmente hospitalizado en contexto de sepsis de origen en tejidos blandos, bacteriemia por e. coli blee, nueva luxación de prótesis de cadera corregida previamente, anemia. Solicitan nuestro concepto dado que, por creencias religiosas, el paciente no acepta transfusión de hemoderivados y no ha sido posible llevar a nuevo tiempo quirúrgico por anemia.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, en el momento de la valoración en compañía de su sobrina y representante legal, quien está de acuerdo con la transfusión y otro sobrino también taoísta practicante quien no está de acuerdo. Paciente alerta, se indaga acerca de sus voluntades y refiere que no acepta transfusión de hemoderivados, al preguntarle sobre la razón de esto refiere "porque es la sangre de otra persona y me contamina, yo no me deajo transfundir", se mantiene en esa posición aun cuando se explica que eso conlleva a riesgo de complicaciones y muerte.

Encontramos en este caso un importante dilema entre lo legal y lo ético, toda vez que si bien el representante legal y quien toma las decisiones en caso de que el paciente no pueda hacerlo es su sobrina, es clara la posición del paciente con relación a la transfusión ya que lo ha manifestado en varias oportunidades. Por parte de psiquiatría se consideró que el paciente presenta alteración en sus funciones mentales superiores y en el momento no es apto para toma de decisiones, sin embargo, no se debe desconocer que lo mencionado por el paciente ha sido consecuente con sus creencias religiosas y como personal médico estamos en deber de respetar su autonomía, así mismo se observa coacción por parte de familiares para que acepte los procedimientos en contra de su voluntad.

Desde el servicio de bioética consideramos importante indagar con especialidades tratantes si hay otras alternativas de manejo donde no se requiera transfusión de hemoderivados o bien realización de

junta médica interdisciplinaria para la toma de decisiones en conjunto con el caso del señor. Se hará acompañamiento al caso.

En la junta se definió en consenso respetar la autonomía del paciente

4.1.2.7 Conflicto entre médicos y familia

Paciente femenina de 64 años quien cursa con encefalopatía de expresión severa sospecha de etiología hipóxico-isquémica, estatus convulsivo mioclónico y posteriormente no convulsivo, estado post reanimación temprano extrahospitalario, tiempo de parada cardíaca desconocido, ritmo desconocido, infección de vías urinarias por e. coli, e. faecium tratada, postoperatorio de traqueostomía abierta. Paciente con techo terapéutico ya establecido por equipo médico y familiares.

Análisis: Paciente con historia clínica descrita, actualmente en estado de mínima conciencia, sin interacción con el examinador, se retiró completamente la sedación sin respuesta favorable desde el punto de vista neurológico. Por parte de neurología consideran que cuenta con factores de mal pronóstico en cuanto a su recuperación neurológica. Teniendo en cuenta lo anterior y siendo comentado con familiares, se estableció techo terapéutico actual: no candidata a reanimación, no diálisis, no soporte vasopresor, con lo cual estamos de acuerdo, teniendo en cuenta que estos procedimientos se consideran fútiles en la paciente ya que no impactan en su pronóstico. Se recomienda anotación clara de esta directriz en plan de tratamiento de las evoluciones.

En el momento de la valoración en compañía de su hija, quien aporta documento notariado, en el que la paciente manifiesta voluntades tales como no aceptar transfusión de componentes sanguíneos y en otro apartado manifiesta "no deseo que prolonguen mi vida con medidas extraordinarias si a un grado de certeza médica me encuentro en fase terminal". Lo anterior lo aporta en contexto de preocupación al ver la dificultad en el control de los síntomas, para lo que el grupo de cuidado paliativo se encuentra en manejo. Hija manifiesta que desea solicitar la eutanasia en nombre de su madre respetando los deseos expresados en el documento. Al verificar el documento, no existe mención específica de "eutanasia", por lo cual se explica a la hija que no es posible llevar a cabo el procedimiento ya que no hay voluntad expresa directa parte de la paciente, sin embargo, la hija no acepta esta posición y exige el cumplimiento de la "eutanasia". Se explica a la hija que la paciente se encuentra con soportes como traqueostomía y gastrostomía funcional y continuará en manejo por cuidado paliativo.

4.1.3 Participación en juntas interdisciplinarias: 5 (2 de techo terapéutico, 2 para establecer pertinencia de activar ruta de muerte digna, 1 para definir transfusión en paciente taoísta).

Ejemplos de respuesta a junta interdisciplinaria.

En cumplimiento con el acuerdo de confidencialidad firmado con la institución y la privacidad de la historia clínica se han eliminado nombres, fechas u patria información que permitiera la identificación de los pacientes y/o sus familiares.

Durante la pasantía de interconsultas de bioética en Méderi se asistió a cinco juntas interdisciplinarias que involucraron conflictos bioéticos. A continuación, se exponen los documentos resultantes de estas juntas.

4.1.3.1 Junta interdisciplinaria número 1.

Junta servicio tratante.

Junta médica - neurología

Paciente femenina de 72 años con diagnóstico de:

1. Enfermedad de neurona motora
 1. 1 Esclerosis lateral amiotrófica variante lateral primaria
- disfagia oral faríngea moderada
2. Afecto pseudobulbar
3. Dependencia funcional severa Barthel 0/100

Análisis: Paciente de 72 años, quien es presentada en junta el día de hoy, en donde se determina: Desde el punto de vista neurológico, teniendo en cuenta signos de motoneurona superior e inferior, asociado a múltiples estudios, paciente cursando con cuadro clínico de esclerosis lateral amiotrófica de características primarias con evolución rápidamente progresiva.

Se revaloran neuroimágenes con acumulación prematura de hierro en giros precentrales, condicionando el signo de banda motora altamente sugestivo de ELA.

Así mismo, se considera que paciente cuenta con juicio y raciocinio conservado por lo cual es apta para la toma de decisiones considerando así válida su petición para la realización de eutanasia. Si bien

la paciente no cuenta con una voluntad anticipada por escrito previamente, existen registros en historia clínica de dicha voluntad del paciente.

Junta multidisciplinaria- Asistentes: Neurología, neuropsicología, psiquiatría, medicina general, bioética.

Motivo de la junta médica: Definir capacidad de toma de decisiones en relación con posible solicitud de eutanasia.

Datos clínicos: Paciente femenina de 72 años con cuadro compatible con enfermedad de motoneurona - ELA, quien ingresa remitida de consulta externa de neurología por cuadro clínico de disfagia para sólidos y para líquidos de 1 mes de evolución, con el fin de definir vía definitiva de alimentación. El familiar de la paciente refiere que los síntomas iniciaron hace 1 año por debilidad de las 4 extremidades asociado a dolor articular. Posteriormente apareció dificultad para emitir el lenguaje. Actualmente, paciente se encuentra anártrica, con disnea de pequeños esfuerzos. Familiar refiere que desde hace 1 año ha presentado caídas frecuentes, pérdida del patrón de la marcha, deterioro del habla y compromiso de la deglución progresiva, por lo cual fue valorada por neurología quienes consideraron realizar estudios de EMG + NC de las 4 extremidades, lengua y paraespinales con reporte de velocidades de conducción esencialmente normales del territorio motor y sensitivo explorado en las cuatro extremidades, esternocleidomastoideo, maseteros y lengua. Igualmente solicitaron valoración con fonoaudiología y nutrición quienes dan aval para dieta líquida, valorada posteriormente por cuidados paliativos debido a que familiares mencionan entre opciones terapéuticas la eutanasia, sin embargo, informan que no es posible determinar si por parte de la paciente se desea realización de la misma, considerando que la paciente no establece contacto verbal con examinadores, por lo que solicitaron valoración por bioética quienes hablan con el hermano sobre voluntades anticipadas e informa que previo a la enfermedad tuvieron conversaciones familiares acerca del tema de muerte digna, sin embargo; no hay DVA, por lo que consideran que, dada imposibilidad para la comunicación verbal se limita el acceso a la eutanasia, por psiquiatría se considera paciente sin capacidad de juicio ni raciocinio para toma de decisiones, recomiendan que la aprobación de disyuntivos para procedimientos sean realizados por un familiar. Por neuropsicología consideran paciente con tareas de comprensión lectora y de raciocinio ejecutivo no verbal, paciente muestra voluntad de comunicación frente a su condición salud/enfermedad, realizan pregunta de selección múltiple en donde muestra de manera reiterada conocer el significado del concepto básico de la eutanasia. Al preguntar verbalmente y con voz forzada pero comprensible afirma: "quiero cortar el sufrimiento". Es valorada nuevamente por psiquiatría quienes consideran que la aprobación o

desistimientos de otros procedimientos dados en actual ámbito salud o enfermedad, sean suscritos por familiar y/o adulto responsable, ya que la paciente no cuenta con capacidad de juicio ni raciocinio íntegros.

En el momento de la valoración paciente en compañía de nieto, alertable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, entiende, obedece órdenes, anártrica. Paciente quien en el momento presenta dependencia funcional total, con Barthel 0/100, quien se considera se beneficiaría de plan de hospitalización domiciliaria crónico, sin embargo; familiares se niegan al mismo hasta no garantizar enfermería o traslado a unidad de cuidados paliativos, asesorados por defensoría del pueblo, se llevó a junta multidisciplinaria en donde definen paciente con juicio y raciocinio conservado, confirman diagnóstico de ELA, sin embargo; paciente sin solicitud propia de eutanasia por lo que no cumple legalmente criterios para eutanasia, fue valorada nuevamente por cuidados paliativos quienes consideran que la paciente no se encuentra en fin de vida y no cumple criterios para unidad crónica de cuidado paliativo.

Análisis: De manera inicial se realiza una presentación del caso clínico, en el cual se explica de manera sucinta el contexto actual de la paciente, antecedentes, abordaje diagnóstico y conceptos previos por parte del equipo de especialistas.

Se establece como objetivo de la junta multidisciplinaria, definir la viabilidad de la solicitud de eutanasia para la paciente, teniendo en cuenta los elementos expuestos a continuación:

1. Diagnóstico de reciente establecimiento. Paciente presentada en junta del servicio de neurología donde se establece diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica de características primarias con evolución rápidamente progresiva.
2. Discapacidad comunicativa. Paciente con compromiso actual de sus habilidades comunicativas (anartria), lo cual limita su capacidad de expresar de manera libre, clara, voluntaria, manifiesta e inequívoca, su voluntad de solicitud de eutanasia.
3. Riesgo de sesgo o inducción de respuestas. Debido a que la paciente no cuenta con un sistema definido y estandarizado de comunicación, no es posible que exprese de manera precisa su decisión frente al plan de manejo de su condición clínica y una eventual solicitud de eutanasia. Se requiere el uso de un mecanismo de comunicación que permita su expresión libre y una interacción mediante preguntas abiertas.

4. Capacidad de toma de decisiones. De acuerdo con el concepto emitido por el grupo de psiquiatría, debido a las serias dificultades de comunicación en cuanto a la capacidad de expresar sus inquietudes de manera manifiesta e inequívoca, no permiten considerar una capacidad de juicio y raciocinio íntegro para realizar una solicitud de este orden.

5. Abordaje terapéutico. Debido a que la paciente tiene un diagnóstico de reciente establecimiento, su proceso de rehabilitación se encuentra en una fase temprana, por lo que en el momento no es viable evaluar su efectividad, particularmente en lo relacionado con su capacidad comunicativa, para lo cual se cuenta con la participación del grupo de rehabilitación representado por el servicio de fonoaudiología.

Se considera entonces que, en el contexto clínico descrito, no es posible adelantar un proceso de solicitud de eutanasia de acuerdo con lo establecido por las sentencias 233 de 2021 y la resolución 971 de 2021, toda vez que las decisiones sobre el fin de la vida le corresponden a cada persona, por tanto, son ellas quienes deben decidir lo que quieren y lo que consideran digno en cada caso, por lo cual, para acceder a este procedimiento solo será con su previo y libre consentimiento.

Se propone continuar con el proceso de rehabilitación de sus capacidades comunicativas, con el fin de establecer un sistema efectivo de interlocución en el que la paciente exprese de manera libre, espontánea, clara, abierta e inequívoca sus voluntades, con el fin de limitar la incidencia en la toma de decisiones que pueda ejercer su contexto social y clínico actual. Una vez se pueda establecer que la solicitud de eutanasia es libre y voluntaria, se deberá dar continuidad al proceso de acuerdo con la normatividad vigente.

4.1.3.2 Junta interdisciplinaria número 2.

Junta multidisciplinaria - Asistentes: Jurídica, ortopedia, trabajo social, bioética, psiquiatría, familiar (sobrina).

Paciente masculino de 90 años con diagnósticos de:

1. Luxación protésica de cadera derecha

1. Reducción abierta de luxación de prótesis de cadera derecha + lavado de cadera derecha

Al examen físico, miembro inferior derecho con herida cubierta con apósito con estigmas de sangrado activo de herida quirúrgica con rubor, calor, sin sangrado activo, sin salida de secreciones.

Análisis: Postoperatorio de reducción abierta de luxación de prótesis de cadera derecha + lavado de cadera derecha. Cultivos intraoperatorios negativos a las 72 horas, ya inició terapia física, presentó 2 picos febriles. Se considera por geriatría hemocultivos positivos para e. coli, con hemograma de control con requerimiento transfusional, paciente presenta voluntades anticipadas verbales de no transfusión ni procedimientos fútiles. Se realiza junta multidisciplinaria donde se indica establecer plan de PHD crónico sin indicación quirúrgica por niveles de hemoglobina, se hace énfasis que el procedimiento quirúrgico no garantiza cambiar la dependencia actual del paciente.

Ortopedia no considera seguro realizar la intervención quirúrgica dada la anemia severa con limitaciones en transfusiones por decisión del paciente y familiares debido a sus creencias religiosas, psiquiatría consideró paciente sin capacidad de toma de decisiones, trabajo social documenta como acudientes a sobrina y sobrino para consentimientos. Sin embargo; se solicita concepto de bioética ante discordancia entre deseos de sobrina y previas voluntades del paciente. La hemoglobina se encuentra en ascenso sin embargo aún menor a la meta prequirúrgica.

Se realizó junta con servicios de bioética, psiquiatría, trabajo social, ortopedia, geriatría y jurídica; se considera que teniendo en cuenta las voluntades previamente expresadas por el paciente, no es candidato a transfusión de hemoderivados, adicionalmente servicio de ortopedia aclara a familiar que la intervención quirúrgica planteada es el retiro de la prótesis para evitar complicaciones asociadas; sin embargo, en dicho contexto no se espera mejoría funcional; por lo cual plantean manejo conservador.

4.1.3.4 Junta interdisciplinaria número 3.

Junta multidisciplinaria- Asistentes: Clínica dolor y cuidado paliativo, psiquiatría, bioética.

Motivo de realización de junta médica: Valoración integral de paciente con infección por retrovirus crónica, condiciones crónicas derivadas y sufrimiento. Paciente reafirma deseo de eutanasia.

Datos clínicos: Paciente masculino de 27 años con antecedente de TEA (trastorno del espectro autista) de alto funcionamiento, infección por retrovirus, angiosarcoma de antebrazo izquierdo resecado bordes libres con dolor neuropático crónico, síndrome de preexcitación Wolff-Parkinson-White.

Estuvo hospitalizado para realización de desensibilización central y periférica con infusión de lidocaína y sedación consciente con dexmedetomidina junto a manejo con ketamina la cual se tuvo que suspender por taquicardia ante alto riesgo de presentar descompensación cardiovascular y alteración de la esfera mental secundario a esta medicación. Así mismo, se suspendió la dexmedetomidina 12 horas posterior a haber suspendido la ketamina, se rotó manejo analgésico con buprenorfina y manejo con neuromodulador, logrando objetivo analgésico y se dio egreso.

Ahora, reingresa por dolor no controlado a nivel de talones de pies irradiado de características neuropáticas que ha limitado su funcionalidad sin lograr una adecuada modulación del síntoma con manejo analgésico actual, adicionalmente indica que ha presentado dificultad en la entrega del manejo de los analgésicos ambulatorios en especial del parche de buprenorfina, el cual es el manejo ideal en el paciente con alto riesgo de uso inadecuado de opioides. Durante su estancia hospitalaria se reinició el manejo establecido de forma ambulatoria con ajuste de dosis de gabapentina y cannabinoides + tetrahidrocannabinoides. Fue valorado por psiquiatría quien indica trastorno del espectro autista con alto funcionamiento y sus rasgos de personalidad clúster b, sin síntomas de orden psiquiátrico en el momento que requieran intervenciones adicionales, se menciona adicionalmente dificultades en la convivencia con su madre adoptiva que escapan al manejo médico.

Paciente persiste con mala modulación del dolor teniendo en cuenta que no se ha iniciado manejo en la dosis indicada, neuromodulación con gabapentina y duloxetina. Así mismo, continúa manejo con cannabis medicinal. Por otro lado, paciente con previa información sobre eutanasia, solicitada por el mismo, refiere que dadas sus comorbilidades estas afectan su calidad de vida y la considera como “una vida no digna de ser vivida”, teniendo en cuenta que esto lo ha llevado a dificultades en el rol familiar, laboral y personal por lo que reafirma su deseo de eutanasia.

El equipo de bioética considera paciente con dolor crónico de difícil control, quien ha expresado su voluntad de eutanasia dado que refiere que su dolor es constante y no le permite tener una adecuada calidad de vida. Adicionalmente se identifican algunos conflictos a nivel familiar. Por el equipo de psiquiatría se considera paciente con reafirmación de deseo de eutanasia, decisión que asegura tomó

de manera libre y voluntaria teniendo en cuenta su condición de salud actual y el dolor que el paciente relata ha sido de difícil control. Comenta además que ya lo comunicó a sus familiares quienes entienden y respetan la decisión.

Paciente con marcados rasgos de personalidad clúster b, al momento sin evidencia de enfermedad mental grave que impida la toma de decisiones y afrontar sus consecuencias, tiene antecedente de autismo de alto funcionamiento que en sí mismo tampoco altera su autonomía, con conservación de sus funciones mentales superiores ni síntomas psicóticos, por lo que se considera que en este momento se encuentra en plena capacidad de tomar decisiones en su contexto salud enfermedad. La literatura médica especializada es enfática en asegurar que la personalidad no es una enfermedad, sino la forma como los individuos se relacionan consigo mismos y con el entorno.

Análisis: Paciente de 27 años con diagnósticos y antecedentes mencionados, con múltiples ingresos a esta institución, quien ha sido llevado a manejo interdisciplinario para síndrome de sensibilización central en contexto de dolor residual derivado de previa condición oncológica ya resuelta, síntomas que son amplificadas por elementos no modificables en estrecha relación con diagnósticos de psiquiatría que llevan al paciente a la catastrofización. Se ha logrado desde el primer abordaje a la fecha una disminución significativa de requerimiento opioide, sin embargo, se identifica una barrera de acceso al manejo analgésico óptimo propuesto por no continuidad de medicación oral y transdérmica que no ha sido asegurada por el prestador según relato del paciente. Ahora con reafirmación verbal de solicitud de eutanasia. Se considera por junta interdisciplinaria, paciente con enfermedades crónicas controladas, con juicio y raciocinio preservado, con solicitud que radica por no control del síntoma (dolor) derivado de síndrome de sensibilización central, que llevan a afectación en todas las esferas de su desarrollo y a considerar que su estado actual no se relaciona con sus conceptos íntimos de calidad de vida y por consiguiente no es una vida digna de ser vivida.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando los elementos médicos y legales se llevó a comité de muerte digna, donde fue aprobada la eutanasia.

4.1.3.3 Junta interdisciplinaria número 4.

Junta multidisciplinaria - Asistentes: Ortopedia, bioética, medicina interna, psiquiatría, auditoría médica y Trabajo social.

Motivo de la junta médica: Paciente multireconsultante, en quien se evaluarán opciones de tratamiento alternativo.

Datos clínicos: Paciente masculino de 32 años con diagnósticos de:

1. Úlceras por presión en ambas tuberosidades isquiáticas sobre infectadas.
1. 1 Osteomielitis crónica nivel de las ramas ilio- públicas, las ramas isquiopúblicas y los acetábulos.
1. 2 Miositis de aductores, glúteos y obturadores
2. IVU recurrente de k. pneumoniae kpc y e. coli sensible en tratamiento antibiótico.
 - Vejiga neurogénica- cateterismos vesicales intermitentes.
 - Aislamiento previo enterococcus faecalis y p. aeruginosa kpc clase b
 - Colonización de la vía urinaria por k. pneumoniae
 - IVU aislamiento de p. vulgaris
3. Antecedente de paraplejia por trauma raquímedular secundario a HPAF
4. Estreñimiento crónico
5. Antecedente de osteomielitis isquiática bilateral
6. Usuario de colostomía derivativa
7. Antecedente de colección abdominopélvica
8. Laparotomía exploratoria + resección intestinal con aislamiento en líquido peritoneal de e coli y k. pneumoniae
9. Desnutrición proteico calórica

Análisis: Paciente masculino de 32 años con antecedente de paraplejia por HPAF a nivel de t12 con desnutrición, vejiga neurogénica e infección de vías urinarias a repetición con diferentes aislamientos multirresistentes y osteomielitis crónica. Última hospitalización el mes pasado por IVU con evidencia de pseudomona aeruginosa productora de carbapenemasa clase b + proteus mirabilis con antibioticoterapia de amplio espectro.

Ahora ingresa por secreción y dolor de úlceras trocántericas y secreción purulenta por sonda vesical. Valorado por servicio de medicina interna consideran IVU en conjunto con signos de osteomielitis y miositis en RMN por lo que indican inicio de manejo antibiótico, adicionalmente servicio de ortopedia lleva a lavado + desbridamiento de úlceras isquiáticas.

Se realiza junta donde se exponen factores socioeconómicos del paciente tales como vivienda no legalizada, dificultades para cuidados de escara, red de apoyo intermitente. El paciente es multireconsultante en diferentes instituciones. Teniendo en cuenta los elementos psicosociales

mencionados, además de desnutrición y consumo crónico de SPA, el pronóstico de la infección tiene alto riesgo de fallo terapéutico y recurrencia (inóculo elevado, osteomielitis pélvica, úlceras #2 con exposición ósea, gérmenes aislados MDR) a pesar de manejo antibiótico instaurado de amplio espectro y sin posibilidad de tratamiento curativo. En conjunto con todos los servicios se decide pautar antibiótico intravenoso para completar 14 días y posterior tratamiento oral ambulatorio por 3 meses.

En caso de consultar a esta institución se indica limitar manejo a clínica de heridas, cambio de sonda vesical en caso de requerirlo, no se beneficia de nueva toma de cultivos, nuevos procedimientos o imágenes puesto que las infecciones son crónicas y el paciente se encuentra colonizado.

4.1.3.5 Junta interdisciplinaria número 5.

Junta multidisciplinaria - Asistentes: Cirugía general, médico intensivista, bioética.

Motivo de la junta médica: Se realiza junta médico-quirúrgica a solicitud de la familia

Datos clínicos: Paciente femenina de 54 años con diagnósticos de:

1. Choque séptico de posible origen abdominal
 - 1.1 Peritonitis terciaria - aislamiento *Candida tropicalis* + *enterococo faecium*
 - 1.2 Falla orgánica múltiple
 - Falla renal aguda
 - Disfunción hepática.
 - Trombocitopenia / CID
 - Encefalopatía: delirium
 - 1.3 Aislamientos microbiológicos: *e. coli* - *klebsiella pneumoniae kpc* - *enterococo faecium* - *enterococo gallinarum* - *cándida tropicalis*
 - 1.4 Colección intraabdominal / infartos esplénicos / proctocolitis.
 - Pop inmediato de laparotomía + lavado peritoneal + desbridamiento quirúrgico de pared abdominal + empaquetamiento.
2. Pop múltiples cirugías generales:
 - 2.1 Postoperatorio lavado peritoneal + desbridamiento de herida + cierre de piel
 - 2.2 Postoperatorio lavado peritoneal + cambio de abthera.
 - 2.3 Postoperatorio lavado peritoneal + cierre de muñón de colon transverso + cambio de abthera
 - 2.4 Postoperatorio lavado peritoneal + cambio de abthera.
 - 2.5 Postoperatorio laparotomía exploratoria + ileostomía + colocación abthera.

2. 6 Postoperatorio laparotomía exploratoria + drenaje colección intraperitoneal + eventrorrafia vía abierta.
2. 7 Postoperatorio hemicolectomía derecha + omentectomía parcial + anastomosis ileotransversa + drenaje de colección intra abdominal + cierre de pared
3. HTA
4. Desnutrición y desacondicionamiento severo.

Análisis: Paciente de 54 años, única comorbilidad HTA; larga estancia hospitalaria, reingresó, en pop tardío de cirugía abdominal extensa por apendicitis aguda complicada; ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas, sin embargo, evolución tórpida. Durante la última semana, con dolor abdominal persistente, choque y falla multiorgánica por lo que trasladan a UCI; ha requerido soporte vasopresor, tiene hipoperfusión e hiperlactatemia persistente a pesar de soporte multisistémico, persisten altísimas pérdidas abdominales (sospecha de fístula de vía urinaria), se ajustó con infectología la antibioticoterapia. Se consideró paso a nuevo lavado quirúrgico con empaquetamiento, será llevada hoy a nueva intervención quirúrgica. Disfunción renal en progresión, anúrica, nefrología considera hoy inicio de terapia de reemplazo renal; persiste con coagulopatía, continua con soporte ventilatorio, sedo analgesia y nutrición parenteral.

Se realizó reunión con la familia (esposo e hijas), se ha comentado con claridad la situación actual, plan a seguir a corto y mediano plazo, así como alto riesgo de mayores complicaciones y pronóstico incierto; están de acuerdo con la continuidad del manejo médico y quirúrgico necesario, al tratarse de una patología infecciosa, en paciente joven, con posibilidad de recuperación. Sin embargo, se explica con claridad el alto riesgo de complicaciones, incluida la muerte, se brinda acompañamiento por psicología de duelo.

Comentarios: Este caso es interesante ya que en principio la solicitud de asesoría por el servicio en bioética se dio ante la molestia del núcleo familiar ante la complicación de la paciente y las fallas de comunicación por parte del servicio de cirugía. Adicionalmente, en algún punto se llegó a plantear la adecuación del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, medicina crítica y cirugía general proponen la continuidad de los manejos dado que se trataba de una enfermedad infecciosa potencialmente reversible.

4.2 Proyectos Específicos:

4.2.1 Programa de capacitación en muerte digna. El equipo participó bajo la dirección, supervisión y revisión de la Dra. Laura Otálora, responsable del servicio de Bioética del Hospital de Méderi en la construcción del programa de capacitación en muerte digna, cuyo contenido estuvo estructurado en módulos así:

MÓDULO 1: Marco normativo en Colombia

MÓDULO 2: Cuidados paliativos

MÓDULO 3: Adecuación de esfuerzos terapéuticos

MÓDULO 4: Anticipación de la muerte a través de la eutanasia

Los objetivos del curso se enfocaron en:

- ✓ Aprender acerca del derecho fundamental a morir dignamente y la normatividad colombiana.
- ✓ Conocer las dimensiones que incluye el derecho a morir dignamente.
- ✓ Identificar casos en los que se puede realizar adecuación de los esfuerzos terapéuticos.
- ✓ Conocer la ruta de muerte digna a través de la eutanasia en Méderi.

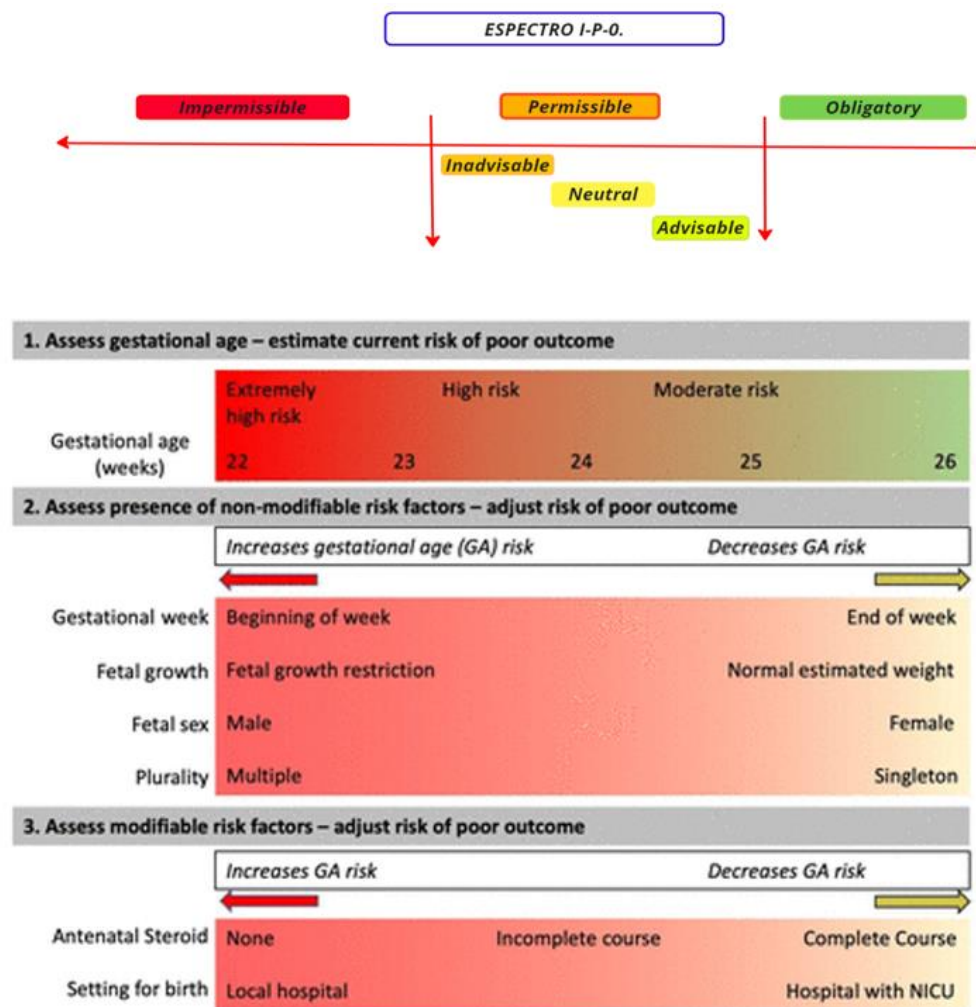
4.2.2 Protocolo de límite de viabilidad neonatal. Se participó bajo la dirección, supervisión y revisión del departamento de neonatología con la Dra. Viviana Rodríguez Torres, coordinadora de la unidad neonatal y la Dra. Laura Otálora Montalvo en la creación del protocolo de límite de viabilidad neonatal.

Este protocolo tiene como objetivo divulgar criterios que permitan ayudar a tomar decisiones frente a recién nacidos pretérminos extremos, teniendo en cuenta los diversos factores de riesgo, pronóstico y comunicación con los padres, siempre individualizando cada caso; para así, tomar decisiones frente al manejo de estos pacientes.

Se tomó como población objeto a recién nacidos pretérmino extremos en el Hospital Universitario Mayor – Méderi con o sin factores de riesgo y/o factores favorables, siempre teniendo como propósito

la utilización de la mejor evidencia disponible con el fin de dar atención médica encaminada al mejor interés del paciente. La metodología utilizada se fundamentó en la revisión de la literatura teniendo en cuenta el nivel de evidencia para identificar aquellos pacientes con muy alto, alto y moderado riesgo de morbilidad y mortalidad. Esto, con el fin de definir el manejo y cuidado integral del paciente y familiares y en algunos casos acompañar en el proceso del fin de vida.

La revisión bibliográfica se enfocó en artículos y guías recientemente publicados identificando los puntos de decisión clínica relevantes, así como textos guía de amplio reconocimiento y guías actuales internacionales y nacionales. Se toma como base el artículo “Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a framework for practice”. (Mactier, H., et al, 2020.) y la guía descrita por ASCON “Consenso Colombiano de manejo al final de la vida en unidad de cuidado intensivo neonatal”. (Asociación colombiana de neonatología. 2022)



Gráfica N 4. Protocolo de límite de viabilidad neonatal.

4.2.3 Código Lila – Directriz de no reanimación.

Se participó bajo la dirección, supervisión y revisión de la Dra. Laura Otálora en la creación del flujograma de la directriz de no reanimación, dirigido al personal de salud, específicamente al personal médico de la red hospitalaria Méderi.

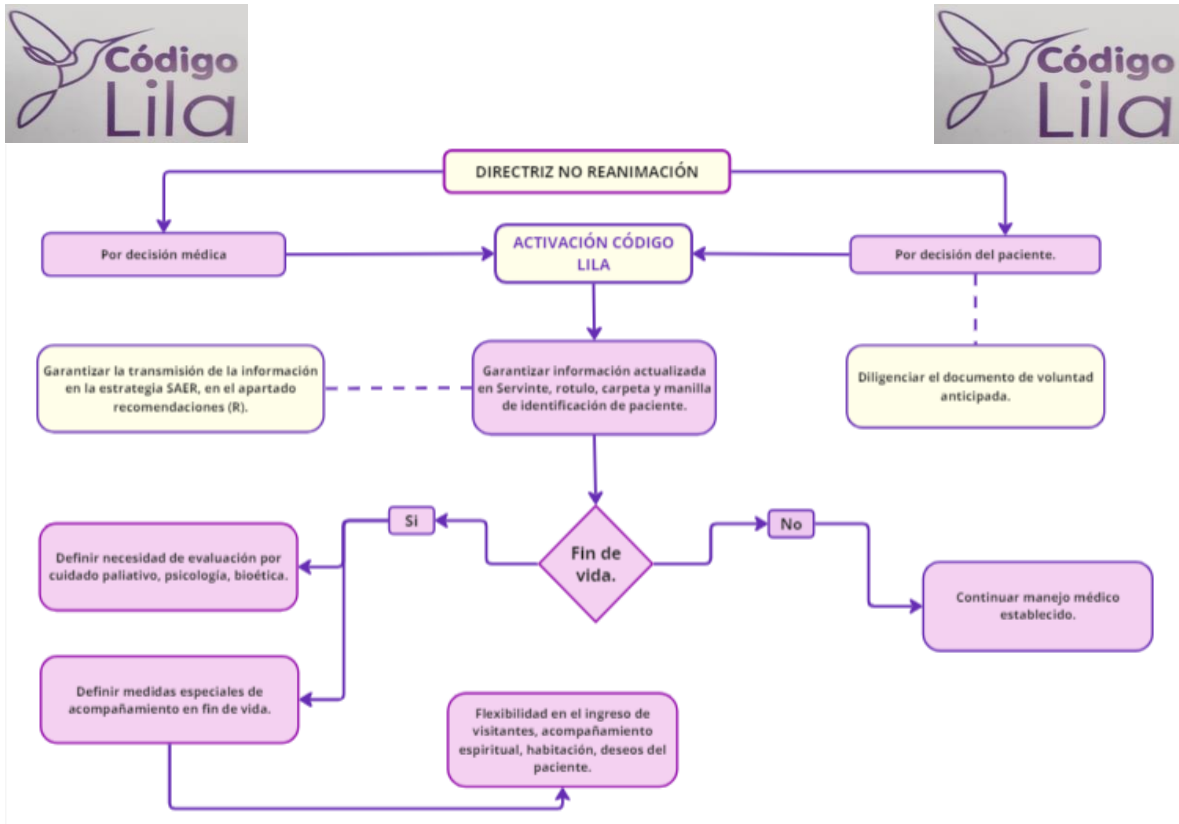
Se definió el código lila como una estrategia institucional, creada para identificar oportunamente a los pacientes con Directriz de No Reanimación (DNR). Aplica en los siguientes casos:

- Expresada por el paciente durante el momento de la atención (de forma verbal o escrita).
- Expresada previamente por el paciente a través de un Documento de Voluntad Anticipada (DVA): Este documento puede ser propio o el facilitado por Méderi a través del formato Documento voluntades anticipadas.
- Establecido por el equipo médico.

Su creación nace como una necesidad de identificación y trato diferencial para el paciente a quien se hará adecuación del esfuerzo terapéutico hacia los objetivos del cuidado paliativo o quien tenga directriz de no reanimación.

Su activación tiene como propósito la adecuada identificación del paciente con DNR por parte del personal médico, de enfermería y rehabilitación, para actuar de conformidad con lo establecido. Su implementación está guiada a brindar una atención integral, con el respeto por los deseos y necesidades del paciente y el manejo de sus síntomas hasta el momento mismo del fallecimiento. La correcta identificación de estos pacientes, a su vez permitirá brindar las condiciones adecuadas para acompañar el proceso de muerte con respeto y dignidad, brindando atención integral; apoyo espiritual y psicológico; así como, espacios adecuados para tal fin, favoreciendo así la elaboración del duelo.

Este protocolo va dirigido a pacientes a quienes por criterio médico y/o decisión propia (tomada durante la atención o por medio de voluntad anticipada), se adecuará el esfuerzo terapéutico hacia los objetivos del cuidado paliativo o se define no realizar reanimación cardiopulmonar. La decisión médica de activación del código lila estará a cargo del servicio tratante o podrá ser consensuada en junta multidisciplinaria, según sea el caso. Esta conducta tomada se podrá reevaluar por parte de la especialidad tratante en caso de cambios en la condición clínica o en la decisión del paciente.



Gráfica N 5. Protocolo de activación de código lila – directriz de no reanimación.

4.3 Interacción con Profesionales:

La interacción con los profesionales se fundamentó en la revisión y en análisis en persona de los casos directamente con las especialidades tratantes enfocados en el historial clínico de cada paciente, el motivo de la interconsulta y la entrevista a pacientes y familiares. Siempre bajo la compañía y guía de la Dra. Laura Otálora.

También se estableció contacto y se hizo revisión de casos con otros servicios involucrados como el servicio de psicología de duelo, trabajo social, cuidados paliativos y auditores de aseguradores involucrados.

4.4. Formatos de asistencia. Ver en anexos plan de trabajo.

5. Análisis de Caso Relevante.

5.1 CASO TIPO.

5.1.1 Descripción de caso tipo

Mujer de 56 años casada con tres hijos, quien trabajaba como visitadora médica hasta el momento del inicio de su enfermedad, con diagnóstico de ELA (enfermedad lateral amiotrófica de motoneurona superior también conocida como enfermedad de Lou Gehrig's) de 1 año de evolución asociado a trastorno de la deglución. Como antecedentes importantes presenta hipertensión arterial, cardiopatía dilatada y enfermedad renal crónica secundaria, con múltiples hospitalizaciones previas y último ingreso hospitalario hace 1 mes. Ingresa al hospital remitida de consulta externa de neurología de su EPS.

Durante la valoración de neurología, se ha documentado que desde hace un año presentaba caídas frecuentes, dificultad y pérdida de patrón adecuado de la marcha, hasta la progresión rápida de limitación funcional en sus movimientos, en las últimas cuatro semanas con imposibilidad para hablar, dificultad para caminar y mover las manos requiriendo apoyo.

En las consultas previas en neurología cuando se iniciaron los síntomas, les había manifestado a los hijos su deseo de “no sufrir y no ser una carga para ellos”. En esta ocasión presenta disfagia para líquidos y sólidos, con alto riesgo de broncoaspiración por lo que es enviada a urgencias.

Al ingreso a urgencias se encuentra paciente en silla de ruedas, caquética, con úlceras por presión y anemia, acude en compañía de su hija mayor quien manifiesta el rápido deterioro de la sintomatología y expresa que lo que más le preocupa es la imposibilidad de su madre para alimentarse e hidratarse, razón por la que el médico general solicita concepto a fonoaudiología quienes confirman trastorno severo de la deglución. Se solicita concepto a cirugía general para gastrostomía abierta.

Cirugía general interconsulta a bioética ya que no están seguros del beneficio del procedimiento considerando la rápida progresión de la enfermedad y el pronóstico no claro.

En la valoración de bioética, a pesar de la expresión del familiar (hija mayor) “quitarle alimentación es matarla de hambre”, se considera diferir procedimiento hasta valoración por servicio de neurología y definición de pronóstico.

Durante la estancia hospitalaria, en valoración por neurología, familiar expresa al médico que desea la eutanasia para su madre, ya que en algún momento ella manifestó “que no quería vivir”.

El neurólogo manifiesta que la paciente está en todas sus capacidades cognitivas, pero aclara que no hay lenguaje verbal. La hija refiere que alguna vez en el pasado lo expresó, por lo que el neurólogo decidió escribir en una hoja la palabra eutanasia con las opciones “si - no”, con el objeto de que la paciente tuviese herramientas para manifestar su voluntad, con aparente señalamiento de la palabra “si” por parte de la paciente.

Adicionalmente, conceptúa que la paciente cursa con enfermedad neurológica degenerativa rápidamente progresiva con compromiso pseudobulbar que advierte un mal pronóstico a corto plazo. Se realiza cálculo de escala de Profound de 15 puntos, índice de Paliar del 20%, Nyha IV/IV, Barthel de 0/100 e índice de Karnofsky de 20 puntos. Por lo anterior, se considera paciente en situación de fin de enfermedad derivado de enfermedad neurodegenerativa no oncológica rápidamente progresiva con alto riesgo de fallecimiento a corto plazo. Considerando que la paciente se encuentra en situación de fin de enfermedad derivada de patología neurodegenerativa no oncológica, se decide activar ruta para procedimiento de eutanasia.

Atendiendo el enfoque multidisciplinario para la verificación de requisitos de eutanasia según la normatividad colombiana se solicita valoración por psiquiatría, quien describe que, aunque la paciente es consciente que se ha ido deteriorando y a ella le preocupa muchísimo la dependencia de sus hijos; presenta imposibilidad para la comunicación oral y escrita para expresar su decisión respecto a la eutanasia de manera manifiesta e inequívoca.

El servicio de bioética indaga sobre voluntades anticipadas y familiar informa que previo a la enfermedad tuvieron conversaciones familiares acerca del tema de muerte digna, sin embargo, no hay “documento de voluntad anticipada” (DVA). Se confirma con familiar lo registrado por neurología respecto a la petición de eutanasia. Se explica protocolo de eutanasia y la dificultad presente por no posibilidad de comunicar claramente su solicitud. Bioética considera que en este caso no se puede verificar que la paciente haya hecho la solicitud de manera libre y voluntaria, por lo que se explicó a

la familia que en estas circunstancias no cumple criterios para activar protocolo. Se explica a familiar sobre expectativas de tratamiento y pronóstico a corto plazo, así como no beneficio de procedimientos invasivos como la gastrostomía y se sugiere el redireccionamiento del esfuerzo terapéutico hacia las medidas de confort, junto con valoración por servicio de psicología para acompañamiento ya que la paciente es consciente de la evolución crítica de su enfermedad.

Se realiza junta multidisciplinaria con la participación de neurología, psiquiatría, psicología, trabajo social, bioética y cuidados paliativos, en la cual se consideran los siguientes puntos:

- La paciente no cumple con los requisitos establecidos en la norma, para activación de la ruta de muerte digna a través de la eutanasia.
- Teniendo en cuenta el mal pronóstico y alto riesgo de mortalidad se beneficia de adecuación de esfuerzo terapéutico, considerándose no candidata a tratamientos invasivos como la gastrostomía.
- Se realiza educación a los miembros de la junta acerca de las diferentes dimensiones de la muerte digna y se informa que la eutanasia no debe ser inducida, debe ser libre, inequívoca y reiterada.

A la familia se le deja explicado que así no se active la ruta para eutanasia, se le garantizará mediante los cuidados paliativos el acceso a la muerte digna.

5.1.2 Discusión y análisis de caso tipo

El fin de vida es un estado en donde existe un pronóstico irreversible que culminará con la muerte del individuo, ya sea debido a una enfermedad o a una circunstancia crítica en donde no existe una alternativa terapéutica de cura (Rivas García et al., 2023). Este estado genera vulnerabilidad y se debe garantizar un bienestar tanto físico como mental de quien lo padece y mejorar la calidad de vida en estos últimos días.

El fin de vida, se describe como el período que precede a la muerte natural del individuo como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud y como miembros del equipo de salud es importante reconocer los signos que aparecen en dicha etapa. A medida que se acerca el momento de la muerte la posibilidad de predicción exacta es mucho más difícil; no obstante, es posible apreciar la variación en los signos del paciente, llegando a ser más evidente en las 24 a 48 horas que preceden el fallecimiento. Esta variación es típica en signos tales como los cambios en la frecuencia cardiaca,

frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y temperatura.

“Se encontró que la asociación entre los cambios de los signos vitales y la muerte en 3 días fue estadísticamente significativa en la presión arterial sistólica (OR 2,5 IC95% 1,4-4,7), presión arterial diastólica (OR 2,3 IC95% 1,4-4,3) y saturación de oxígeno (OR 3,7 IC95% 2,1-10,8) con una disminución significativa en los tres últimos días de vida; así mismo, se evidenció una disminución significativa para la frecuencia cardíaca (OR 2 IC95% 1,1-3,2) y la temperatura (OR 2,1 IC95% 1,2-3,9)” (Becerra, Ma Angélica, Rodríguez Alfredo, 2019).

Sin embargo, aunque la especificidad puede ser alta, la sensibilidad puede variar a valores bajos, razón por la que otros signos deben tenerse en cuenta para identificar la muerte inminente. En estudios realizados y dedicados a estudiar el proceso de muerte con valoraciones cada 12 horas a 357 pacientes se identificaron signos tempranos de muerte que se presentan entre 3 y 7 días como son: gasto urinario menor de 100 ml en 12 horas, estertores de muerte, delirium terminal, periodos de apnea, respiración con movimientos mandibulares, cianosis periférica, respiración de Cheyne Stokes, pérdida de pulso de arteria radial, disminución a respuesta de estímulos visuales, pupilas no reactivas, caída del pliegue naso labial, hiperextensión del cuello, incapacidad para cerrar los ojos. (Becerra, Ma Angélica, Rodríguez Alfredo, 2019).

Habiendo revisado el concepto de fin de vida y resumido su presentación en los pacientes, es importante hacer un análisis del derecho a morir dignamente, el que se posiciona dentro de la categoría de los derechos emergentes. El derecho a morir dignamente, como derecho emergente en el ordenamiento constitucional colombiano, otorga la posibilidad a las personas de que el fin de su vida tenga lugar en condiciones de dignidad, libre de dolor y sufrimientos, en el que se respete su autonomía. (Opin.jurid. vol20. No.41Medellín/june2021-Epub Nov11.2021).

La muerte digna es un derecho fundamental, emergente multidimensional, no excluyente que puede materializarse a través de tres dimensiones relacionadas: el acceso a cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia. Esta última es un procedimiento llevado a cabo por un médico que pone fin, de manera directa, a la vida de una persona y que requiere del conocimiento de los profesionales de la salud de los aspectos jurídicos y bioéticos que la involucran.

A partir de ese marco conceptual, se plantean las siguientes reflexiones: “el ejercicio de los derechos asociados al acceso a la muerte digna por parte de personas que padecen intensos sufrimientos

derivados de una situación de imposibilidad de alivio, fruto de lesiones o enfermedades graves e incurables, constituye una aspiración legítima, basada en la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad. El Estado reconoce el derecho a morir dignamente, especialmente, mediante los cuidados paliativos, el rechazo terapéutico o la adecuación del esfuerzo terapéutico, todos los cuales cobijan a las personas que se encuentran en tal situación”. (<https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>).

Estas medidas son también manifestaciones del reconocimiento de la dignidad humana y el principio de solidaridad descritos en la Sentencia 233/21. Esta sentencia también hace justificable la solicitud de no perpetuar esfuerzos médicos para mantener un paciente vivo o directamente recurrir a un procedimiento para precipitar el momento de la muerte según solicitud del paciente.

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como: “El ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento”. La denominación habitualmente utilizada “limitación del esfuerzo terapéutico” no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo” (Pérez, 2016).

En el caso tipo expuesto, en principio se establece un debate sobre la suspensión de la nutrición e hidratación. En este punto, el manejo paliativo y la adecuación del esfuerzo terapéutico no solo se encaminan a aliviar el dolor, sino a evitar síntomas de malnutrición; como se han descrito “el edema, las náuseas, el vómito y la disminución del apetito” (Rivas García et al., 2023). Sin embargo, muchas veces el papel de la nutrición es cuestionable ya que puede llegar a generar más carga que beneficio (García Hernández et al., 2023).

La nutrición y la hidratación se han conocido culturalmente como “símbolos de calidad de vida” (Rivas García et al., 2023) y antropológicamente la comida se ha relacionado como una necesidad vital básica. En 1943 Maslow, describió la comida y el agua como dos de las necesidades fundamentales fisiológicas (Tiles, 2013) incluso, el papa Juan Pablo II lo describió en 2004 como una obligación moral para la preservación de la vida (Stiles, 2013). La medicina ha definido la nutrición parenteral como un tratamiento de soporte vital avanzado y, por tanto, “susceptible de no iniciarse o retirarse según el estado clínico del paciente” (García Hernández et al., 2023) generando un dilema cuando el paciente es no competente y no existe registro de voluntad anticipada.

Uno de los mecanismos de soporte vital descritos es la nutrición parenteral en los casos en que es imposible la ingesta oral o el uso de la vía enteral; si bien, se han documentado en la literatura beneficios de su administración, como la mejoría en la respuesta a las citoquinas proinflamatorias, disminución de la estancia hospitalaria, control de efectos adversos asociados a la polifarmacia, mantenimiento de la masa muscular, estabilización de la microbiota intestinal, mejoría de la función autoinmune entre otros (Cordeiro et al., 2020), ésta involucra altos costos y complicaciones como infecciones, trombosis y alteraciones metabólicas y por ende, es muy controvertido su uso en pacientes en fin de vida, ya que sus beneficios pueden llegar a ser cuestionables (Holdoway, 2022). Por otra parte, abandonar a un paciente en estado terminal en un estado de malnutrición e hipermetabolismo, también genera efectos como la predisposición a infecciones, sarcopenia, daño cardíaco, retraso en la curación de las heridas, inmunosupresión y percepción de mala calidad de vida (Rivas García et al., 2023).

No hay indicaciones médicas claras para proveer nutrición artificial e hidratación en los pacientes al final de la vida. Por otro lado, hay estudios que han atribuido a la nutrición parenteral como una medida invasiva que prolonga la agonía, no disminuye la mortalidad y genera mayores riesgos (Paolo, 2016).

Habiendo expuesto las posibles ventajas y desventajas de la nutrición e hidratación en pacientes al final de vida, es muy posible que surjan dilemas en la atención de los pacientes en fase terminal o en el fin de vida y cuando la comunicación entre el equipo interdisciplinario y la familia no sea muy fluida o no se llegue a un acuerdo, se ha recomendado contar con el recurso de un comité de bioética (García Hernández et al., 2023) quienes podrán analizar cada caso de forma detallada, respetando la decisión del paciente y la familia, sin verse afectados por la ambigüedad o la falta de normatividad.

Sin embargo, el equipo médico se enfrenta a un dilema ético al tener que establecer la continuidad de un acceso venoso o una sonda para mantenimiento de la nutrición y de la hidratación en pacientes que se encuentran en etapa de fin de vida, debido a que muchas veces no se cuenta con protocolos institucionales técnicos y éticos que le faciliten al equipo tratante la toma de este tipo de decisiones, sin contar con que no todas las instituciones han establecido la interconsulta de bioética como pilar de las decisiones en pacientes no competentes y sin voluntad anticipada.

Desde una perspectiva bioética es importante analizar los beneficios y las cargas que supone implementar la nutrición parenteral y la hidratación en pacientes en etapa de fin de vida para poder generar recomendaciones que apoyen la toma de decisiones en la familia y el médico tratante.

En el caso tipo descrito se hace indispensable el análisis de los conflictos que se pueden generar alrededor de una solicitud de eutanasia y de la importancia de conocer y aplicar claramente la normatividad vigente para toma de decisiones.

La eutanasia se define como “privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado, que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de discapacidad irreversible según el estado actual de la ciencia médica acompañadas de graves dolores y sufrimientos, y desea poner fin a estos.” (Casabona, 2022.)

En Colombia la eutanasia se encuentra despenalizada por la sentencia C - 239 de 1997 la cual indica que este acto no se derivará en responsabilidad para el médico autor siempre que la medida esté justificada. Las indicaciones del trámite administrativo de recepción, trámite y aceptación del procedimiento eutanásico están reguladas por la resolución 971 de 2021, en esta se establecen los tiempos de cada etapa del trámite, así como los criterios para la solicitud y evaluación del procedimiento.

El trámite se puede resumir en cinco momentos, entre los cuales podemos establecer la recepción de la solicitud, la valoración por el equipo interdisciplinar, la notificación de la reiteración de la solicitud, el análisis del caso por el comité de derecho a morir dignamente y el informe de la decisión al paciente. A continuación, se describen cada uno de los pasos definidos en la resolución 971 de 2021:

Recepción de la solicitud: El profesional de salud que recibe la solicitud de forma verbal o escrita mediante voluntad anticipada debe activar la ruta informando al médico a cargo y solicitar valoración por el servicio de dolor y cuidados paliativos. Se debe recordar que la solicitud siempre deberá ser realizada por el paciente y no por un tercero para poder dar continuidad al trámite, verificando que la decisión ha sido libre e informada.

Valoración por el equipo interdisciplinar: El especialista en dolor y cuidado paliativo solicitará los conceptos de las especialidades de psiquiatría, psicología del duelo, trabajo social y la especialidad tratante del paciente, con el fin de determinar si se cumplen los criterios requeridos por la norma.

Notificación: Se realiza la notificación al ministerio de salud y protección social, así como al comité interdisciplinario de derecho a morir dignamente por parte del especialista en dolor y cuidados paliativos si se recibe una reiteración de la solicitud por parte del paciente, la cual no debe ser inducida.

Análisis del caso por el comité de derecho a morir dignamente: Se cita la sesión del comité para definir si el paciente cumple o no con los criterios determinados por la normativa vigente, esta sesión no se dará en un plazo mayor a diez días calendario posterior a la reiteración de la solicitud del paciente.

Informe al paciente: Se informará la decisión tomada por el comité al paciente, en caso de ser aprobada se realizará el procedimiento en la fecha y hora determinada por el solicitante.

La eutanasia conlleva dilemas éticos importantes relacionados con poner fin a una vida de manera deliberada, esto ha generado dificultades técnicas y barreras en el proceso de atención en los pacientes que solicitan este tipo de procedimiento, ya que no todos los médicos están dispuestos a realizar un procedimiento eutanásico, sin embargo, la normativa es clara en que el único médico que puede ser objetor de conciencia es aquel a quien se solicite llevar a cabo el procedimiento siempre y cuando haya expresado su objeción de manera escrita previamente ante la institución en la cual trabaje, todo médico a quien se realice la solicitud debe garantizar el inicio y adecuado proceso del trámite, garantizando el derecho del paciente, no es posible en este momento declararse como objetor de conciencia poniendo barreras de acceso al paciente.

Todas estas solicitudes pueden ser tramitadas a través de voluntades anticipadas, las cuales se definen como documentos o vídeos que expresan una voluntad del paciente previo al momento de la toma de la decisión. Estos documentos deben cumplir con ciertos criterios para ser válidos relacionados con la autenticidad y la validez de la información establecidos en la ley 2665 del 2018. Estos documentos son de vital importancia, ya que a través de ellos se preserva la autonomía del paciente en lo concerniente a su tratamiento médico, razón por la cual se debe validar que al momento de la suscripción de la voluntad en caso de un paciente crónicamente enfermo se contará con la capacidad para tomar la decisión, así como con la información necesaria.

Con respecto a la validez de la suscripción cabe recordar que existen 3 maneras válidas de suscribir la voluntad anticipada, la primera autenticando el documento en una notaría, la segunda con un documento escrito o video donde se cuente con 2 testigos de la decisión mayores de edad y la tercera ante el médico tratante. Este documento puede ser revocado o modificado por el paciente en cualquier momento del curso de su enfermedad siempre y cuando se considere competente para tomar decisiones, bajo ninguna circunstancia la suscripción de este documento obliga al suscriptor a someterse a un procedimiento que no desee al momento de materializarse la situación sobre la cual establece sus deseos previamente, es decir que puede retractarse en cualquier momento del proceso.

Luego de analizar el caso desde el enfoque de la AET, el abordaje del cuidado paliativo y la eutanasia, consideramos que el manejo se debería enfocar en analizar las necesidades de la paciente, con el fin de controlar la sintomatología, razón por que es indispensable el análisis profundo de la aplicación de las escalas de Profound, Paliar, Barthel, Nyha y Karnofsky considerando que el enfoque de manejo debería centrarse en la adecuación del esfuerzo terapéutico en lo relacionado con la nutrición, la hidratación y el cuidado paliativo como tal.

La solicitud de eutanasia en este caso cuenta con serias dificultades para concluir que efectivamente esta dimensión de la muerte digna era la voluntad previa de la paciente, ante la dificultad de no contar con un documento de voluntad anticipada, y la imposibilidad de obtener la expresión manifiesta de dicha voluntad de manera verbal o escrita por parte de la paciente. Si bien es cierto, en todo momento se preserva la autonomía de la paciente, para el caso dicho principio no puede ser cotejado de las formas más comunes y explícitas conocidas.

La aplicación bioética del caso nos lleva a precisar la interrelación entre varios principios de la bioética a saber, como la autonomía, la vida digna, la no maleficencia, la vulnerabilidad, la proporcionalidad terapéutica y la solidaridad. No obstante, hemos definido dar especial relevancia a dos principios para el caso en análisis: la autonomía y la vida digna.

Durante la atención de un caso como este es necesario determinar exactamente lo que debería ser protegido mediante el principio de autonomía. Es conocido que, ante todo, el principio de autonomía hace referencia a una capacidad; la capacidad de autogobierno que tiene implícito un límite a partir del cual se supone que un individuo posee competencia para decisiones autónomas, lo cual se reconoce como derecho. (Rivera López, 2003).

En el ámbito de la bioética, el principio de autonomía ha sido consagrado como uno de los cuatro principios *prima facie* básicos de la ética médica. En su formulación clásica, prescribe que “las acciones autónomas no deben estar sujetas a restricciones de control por parte de otros... en la medida en que sus pensamientos y acciones no dañen a otras personas”. (Rivera López, 2003).

La decisión de un enfermo terminal podría estar viciada por numerosos factores internos y externos. Los factores incapacitantes internos son, obviamente, el sufrimiento, la cercanía de la muerte, la angustia. Los factores externos pueden ser aún más importantes, por ejemplo, presiones de la familia, para la cual el paciente ya es una carga. Muchas veces el entorno considera al enfermo terminal como una carga y podría presionar explícita o implícitamente para que acepte la eutanasia. La sociedad misma podría hacerlo, en la medida que un enfermo terminal es frecuentemente considerado una carga o costo social. La situación de un paciente terminal puede determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. Sin embargo, el solo hecho de que una persona sufra una enfermedad no implica necesariamente que sea incompetente, lo que obliga a un análisis caso a caso para decidir y definir la pertinencia y legalidad del procedimiento.

Para nuestro caso, la incapacidad de la paciente para expresar su voluntad de forma autónoma, y la dificultad de no contar con evidencia que soportara su voluntad previa al deterioro de sus funciones implicaba para el equipo tratante y para el equipo de bioética un apego total a la directriz de la norma, cuestionando la información entregada por la familia ante la imposibilidad de ser verificada. Finalmente, todo lo anterior conlleva a que no se pueda garantizar la autonomía real de la paciente.

Para algunas personas puede ser intrascendente el modo de morir, pero para otras puede ser crucial. El respeto por una decisión en este sentido no es el respeto a un aspecto secundario, sino fundamental.

El término dignidad proviene del latín “*dignitas*”, es un concepto individual y subjetivo. Cada persona y sociedad concibe el mundo de forma distinta de acuerdo a sus valores propios, deseos, creencias y su entorno cultural. En la corriente ontológica se conoce como una eminencia o excelencia en el ser. En otras palabras, como una bondad intrínseca de la esencia o naturaleza humana (Pardo M, 2021).

Determinar el sentido de lo que se considera para cada persona una vida digna no es fácil, dada su subjetividad. Por una parte, por ejemplo, para una persona que haya nacido y vivido toda su vida con una discapacidad visual, puede considerar que el mayor desarrollo de otras capacidades como el tacto

y la audición lo llevan al disfrute de una vida digna. En cambio, una persona independiente y activa como lo era la representación de nuestro caso, que posteriormente por una enfermedad degenerativa con rápida progresión desarrolle dependencia funcional completa, específicamente de su familia y sus hijos, pueda llegar a considerar que sus condiciones de vida ya no son de la mejor calidad tanto así, que prefiera optar por la muerte.

La autonomía y la dignidad humana van ligadas de la mano, la Corte Internacional de Derechos Humanos afirmó que “el derecho fundamental a la vida comprende no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna”.

Actualmente, en Colombia, la vida digna es un derecho fundamental descrito en el artículo 1 y 12 de la Constitución política. El ministerio de salud en el artículo 4.5 de la resolución 229 de 2020 establece los derechos y deberes que tiene el paciente que busca acceder al derecho de una muerte digna. En nuestro caso, si bien la paciente no cumple criterios para la eutanasia, se le deben garantizar los medios existentes para el acceso a la muerte digna a través de la adecuación del esfuerzo terapéutico con el fin de mitigar el sufrimiento.

6. Evaluación de la Experiencia

Fortalezas:

Se cuenta con un servicio bien estructurado y todos los servicios del hospital son conscientes de la necesidad del concepto bioético para la toma de diferentes decisiones en salud, lo cual conlleva a que se puedan analizar casos con conflictos bioéticos variados en múltiples patologías y grupos etarios.

Aprendizajes clave:

La rotación en el servicio de bioética del hospital universitario Méderi genera un gran aprendizaje en cuanto al análisis clínico de pacientes; no solo con dilemas éticos, sino también, conflictos administrativos, jurídicos y de seguridad, ya que se está en contacto con las especialidades tratantes quienes aportan sus puntos de vista en cada paciente y se interactúa tanto con el paciente como con su familia, lo cual también ayuda al desarrollo de habilidades de comunicación, especialmente para la comunicación de las malas noticias.

Desafíos encontrados:

El principal desafío durante la pasantía fue cambiar de la perspectiva netamente técnica a una perspectiva bioética, donde fuese más importante entender los deseos y necesidades individuales de cada paciente sobre los criterios técnico-científicos para la asignación de tecnologías en salud de cada patología. Analizar los casos desde varias perspectivas, dejando de lado la perspectiva personal por medio de juntas e interacción con varias disciplinas.

7. Conclusiones

- La maestría de bioética y bioderecho requiere un abordaje que implique un enfoque práctico clínico para que se facilite al estudiante dar aplicación a los conceptos recibidos en la cátedra. De esta manera, el permitir la asistencia a un servicio como bioética clínica, el análisis de casos clínicos que demanda la rotación desde una perspectiva ética, administrativa y jurídica, la participación y asistencia a los comités institucionales y el perfeccionamiento de todas las herramientas teóricas aplicadas generan un enriquecimiento de las facultades cognitivas y conceptuales.

- El servicio de bioética clínica es importante en el apoyo de los demás servicios institucionales. No siempre solo son dilemas éticos sino a veces el simple acompañamiento permite el apoyo de los especialistas. El enfoque médico y jurisprudencial abre la mente del estudiante de la maestría a muchísimas otras posibilidades con protección y mejor preparación para enfrentarse adecuadamente ante un ámbito laboral, profesional y personal para una adecuada sustentación en la consejería y toma de decisiones.

- Para lograr una adecuada resolución de los de los casos clínicos no basta con el análisis de un solo enfoque conceptual. Observamos durante la pasantía que cada caso, dentro de su individualidad permitía realizar múltiples abordajes filosóficos, éticos, culturales, de determinantes de las necesidades en salud y jurídicos. Esto al final, amplía la visión del maestrante durante la rotación.

8. Recomendaciones

Para la Institución de Pasantía:

Contar con una estructura de rotación enfocada únicamente a la práctica con las interconsultas de bioética, lo anterior debido a que los servicios de seguridad del paciente y epidemiología son importantes, pero competen de manera directa a su área de especialidad.

Considerar permitir el acceso del pasante a la información contenida en la Historia clínica, esto permitiría realizar un enfoque mucho más integral del aprendizaje, facilitaría el abordaje de los pacientes ya que se conocerían con antelación detalles de la atención. El acceso puede ser de solo lectura y luego de cumplir con los controles de acceso y firma de confidencialidad.

Para Futuras Pasantías:

Organizar con antelación la rotación de las pasantías asistenciales con las diferentes instituciones, permitirá a los pasantes obtener mejor provecho de la rotación.

Ampliar otros convenios entre otras IPS y la universidad del Rosario para mejorar la oferta de la práctica y que más estudiantes tengan la oportunidad de desarrollarla.

Para el Desarrollo Profesional:

Certificar la formación en la pasantía clínica para tener sustento documental que pueda ser anexado como soporte profesional.

9. Referencias bibliográficas

1. Asociación colombiana de neonatología. ASCON “Consenso Colombiano de manejo al final de la vida en unidad de cuidado intensivo neonatal”. 2022.
2. Becerra, Ma. Angélica, Rodríguez Alfredo, 2019. Evaluación y manejo de fin de vida. Pontificia Universidad Católica de Chile. [https://medicina.uc.cl › uploads › 2019/06 ›](https://medicina.uc.cl/uploads/2019/06/)
3. Consenso colombiano de manejo al final de la vida en unidad de cuidado intensivo neonatal asociación colombiana de neonatología Edición 1. 27 de enero de 2022.
4. Cordeiro, L. D. A. F., Silva, T. H., De Oliveira, L. C., & Neto, J. F. N. (2020). Systemic Inflammation and Nutritional Status in Patients on Palliative Cancer Care: A Systematic Review of Observational Studies. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 37(7), 565-571. <https://doi.org/10.1177/1049909119886833>.
5. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C 239 de 1997.

6. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233 de 2021.
7. García Hernández, J. S., Aguilar Najera, M. E., De Hoyos Bermea, A., Serrano Zamago, A. B., Moncivais, A. S., Morales Pogoda, I. I., Reyes, E. C., García Araiza, M. G., & Rios, E. V. (2023).
8. Grupo Morir a tiempo. Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama, Carmenza Ochoa Uribe, Elisa Dulcey-Ruiz, et al. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, Ascofapsi. Bogotá, Colombia, mayo de 2022 Universidad del Valle.
9. Holdoway, A. (2022). Nutrition in palliative care: Issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. *British Journal of Nursing*, 31(21), S20-S27. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.S20>.
10. Homepage | ADC Fetal & Neonatal Edition. (s. f.). ADC Fetal & Neonatal Edition. Recuperado 31 de julio de 2024, de <https://fn.bmj.com>.
11. Mactier, H., Bates, SE, Johnston, T., Lee-Davey, C., Marlow, N., Mulley, K., y Wilkinson, D. (2020). Manejo perinatal del parto prematuro extremo antes de las 27 semanas de gestación: un marco para la práctica. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 105 (3), 232-239.
12. *Journal of Perinatology* <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00841-6>
13. Méderi. Hospital Universitario Mayor. [www. Méderi.com.co](http://www.Méderi.com.co)
14. Mercurio, M. R., & Cummings, C. L. (2021). Critical decision-making in neonatology and pediatrics: The I-P-O framework. *Journal of Perinatology*, 41(1), 173-178. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00841-6>.
15. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2665 de 2018.
16. Ministerio de salud y protección social. Resolución 971 de 2021.
17. Opin.jurid. Vol20.No41Medellín/june 2021.Epub.Nov11.2021.<https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>.
18. Parenteral nutrition in cancer patients outside of oncologic treatment: Bioethical perspective. *Clinical Nutrition ESPEN*, 57, 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.06.036>
19. Pescador, M. I., Zeballos, S. E., Ramos, C., & Sánchez-Luna, M. (2021). Límite de viabilidad: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(6), 656-663. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.10.002>.
20. Rivera López, E. (2003). Eutanasia y autonomía. *Humanitas, humanidades médicas*, 1(1), 79-86.
21. Romeo Casabona, C., Arruego Rodríguez, G., Toma de decisiones al final de la vida. *Manual de bioderecho*. 2022, pág. 361-415.
22. Stiles, E. (2013). Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nursing Standard*, 27(20), 35-42. <https://doi.org/10.7748/ns2013.01.27.20.35.c9501>

10. Anexos técnicos

- 10.1. Anexo de tablas técnicas.
- 10.2. Formato control horas convenio: Hospital Universitario Mayor – Universidad del Rosario. Pasantía Maestría Bioética y Bioderecho.

10.1. Anexo tablas técnicas.

10.1.1. Profound:

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	3
Características Clínicas	
- Neoplasia activa	6
- Demencia	3
- Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC	3
- Delirium en el último ingreso	3
Parámetros analíticos	
- Hemoglobina <10g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel menor de 60	4
- Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	2
Características asistenciales	
- ≥4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
Nº TOTAL ÍTEMES = 9	0-30 puntos

Tomado de: <https://es.slideshare.net/slideshow/2021-0624-escalas-de-valoracion-ppt/249488958#73>.

10.2.2. Nyha.

	CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA
Clase I	No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el disconfort aumenta.

Tomado de: www.sanatoriocontrtacion.gov.co/imagenes/Protocolo_Manejo_de_Insuficiencia_Cardiac_Congestiva.pdf.

Según NYHA (disnea cardiaca)

Tabla 6. Grados de disnea según New York Heart Association	
Clase I	Ausencia de síntomas con la actividad habitual
Clase II	Síntomas con actividad moderada
Clase III	Síntomas con escasa actividad
Clase IV	Síntomas en reposo

Tomado de: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-7-escalas-de-uso-frecuente-en-urgencias-y-emergencias/2>

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea excepto a realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	LA disnea le produce una incapacidad de mantener le paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Tomado de: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-7-escalas-de-uso-frecuente-en-urgencias-y-emergencias/2>

10.2.3. Índice de Barthel.

Índice de BARTHEL	
Alimentación	No le es posible
Baño	Dependiente
Arreglo personal	Necesita ayuda con su cuidado personal
Vestido	Dependiente
Defecación	Incontinente (o precisa enemas)
Control vesical	Incontinente, sondado, o incapaz de manejar su orina solo
Uso del inodoro	Dependiente
Traslados, de la cama a una silla y viceversa	Incapaz de mantenerse sentado
Movilidad en superficies planas	Inmovil, o menos de 45 metros de desplazamiento
Escaleras	Imposible

Tomado de: <https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>

Las siguientes afirmaciones describen las actividades que puede realizar de forma "Independiente" (sin ayuda), "lo hace con ayuda" o "dependiente" (alguien le ayuda completamente para lograrlo), marque la opción que mejor describa la suya, en los últimos 15 días.	Dependiente	Lo hace con ayuda	Independiente
1. Comer	0	5	10
2. Traslarse de la silla a la cama	0	5	10
3. Aseo Personal	0	5	10
4. Uso de retrete	0	5	10
5. Bañarse	0	5	10
6. Desplazarse	0	5	10
7. Subir y bajar escaleras	0	5	10
8. Vestirse y desvestirse	0	5	10
9. Control de heces	0	5	10
10. Control de orina	0	5	10

Tomado de: DOI: 10.19136/hs.a21n1.4519.

Rango de puntuación: 0 a 100	
< 20	Dependencia total
20 - 35	Dependencia grave
40 - 55	Dependencia moderada
≥ 60	Dependencia leve
100	Independiente

Tomado de: DOI: 10.19136/hs.a21n1.4519.

10.2.4. Índice de Paliar.

Valoración:

El índice estratifica de forma precisa a los pacientes pluripatológicos en cuatro grupos de riesgo en función de puntuación obtenida en las dimensiones:

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%	8,5%-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%	18%-21,6%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%	26,8%-29,5%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%	41,8-43,7%

Tomado de: /www.sspa.juntadeandalucia.es/

Anexo 5.B ÍNDICE PALIAR

Descripción:

- Para pacientes con enfermedades médicas en los que el clínico se plantee la pregunta de si su paciente esté entrando en una fase de final de vida, el índice que se recomienda es el PALIAR.
- El índice PALIAR consta de 6 dimensiones sencillas que se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Demografía - ≥85 años	3
Características clínicas Anorexia Clase funcional IV de NYHA y/o MRC Presencia de úlceras por presión	3,5 3,5 3
Parámetros analíticos	

Tomado de: /www.sspa.juntadeandalucia.es/

- El índice PALIAR consta de 6 dimensiones sencillas que se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Demografía - ≥ 85 años	3
Características clínicas	
Anorexia	3,5
Clase funcional IV de NYHA y/o MRC	3,5
Presencia de úlceras por presión	3
Parámetros analíticos	
Albúmina $< 2.5\text{g/dL}$	4
Características funcionales	
ECOG-PS $\geq \text{III}$	4
Nº TOTAL ITEMS = 6	0-21 puntos

Tomado de: www.sspa.juntadeandalucia.es/

Valoración:

En función de la puntuación, el índice estratifica cuatro grupos de riesgo de fallecer a los 180 días.


GRUPO	PALIAR SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 6 meses
Bajo riesgo	0 puntos	20%-21,5%
Riesgo bajo-intermedio	3-3,5 puntos	30,5%-33,5%
Riesgo intermedio-alto	6-7 puntos	43%-46%
Riesgo alto	$\geq 7,5$ puntos	61%-67%

Tomado de: www.sspa.juntadeandalucia.es/

10.2.5. Índice de Karnofski.

Karnofski(KPS) ECOG		
KPS	Condición	
100	Normal.	
90	Síntomas mínimos	
80	Síntomas moderados, actividad normal	
70	Actividad disminuida, autocuidado normal	
60	Ayuda ocasional para autocuidado	
50	Ayuda constante, asistencia médica frecuente	
40	Ayuda y Asistencia médica	
30	Incapacidad grave, hospitalización habitual	
20	Hospitalizado y con tratamiento de soporte	
10	Premorten	
0	Muerto	

ECOG	Condición	Equivalencia KPS
0	Asintomático, actividad normal	100
1	Sintomático, puede deambular	80-90
2	Encamado < 50 % día, asistencia mínima	60-70
3	Encamado > 50 % día, asistencia notable	40-50
4	Encamado todo el día, gravemente limitado	20-30
5	Fallecido	10-0

 Interpretación

10.2. Formato control horas convenio: Hospital Universitario Mayor – Universidad del Rosario.
Pasantía Maestría Bioética y Bioderecho.

10.2.1 Soporte control horas Carlos J. Álvarez Jaime.

CONVENIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR- UNIVERSIDAD DEL ROSARIO					
PASANTIA MAESTRIA BIODERECHO Y BIOÉTICA					
MAESTRANTE: Carlos Jesús Álvarez					
MÉDICO DOCENTE RESPONSABLE: Laura Otilora - Helga Molina - Jusa Aguilár.					
FECHA	INGRESO	SALIDA	MODALIDAD	ACTIVIDAD	FIRMA
17-Abril-24	8:00	13:00	Presencial	Inducción Comité Moralidad Hospital	[Firma]
18-Abril-24	8:00	12:30	Presencial	Revisión documental	[Firma]
19-Abril-24	8:00	12:30	Presencial	Respuesta IC - Comité BE	[Firma]
22-Abril-24	8:00	12:30	Presencial	Respuesta IC	[Firma]
22-Abril-24	10:00	20:00	Virtual	Voz - sufrimiento	[Firma]
23-Abril-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión de tema	[Firma]
24-Abril-24	8:00	12:00	Presencial	Charla Etimología Comité Moralidad Hospital	[Firma]
25-Abril-24	8:00	11:00	Presencial	Seguimiento trámite de consentimiento - Reto del Trazador	[Firma]
02-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Ética IC - Revisión caso	[Firma]
03-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Ética IC - Revisión casos	[Firma]
21-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
22-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
23-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
24-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Junta médica	[Firma]
27-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
27-Mayo-24	10:00	22:00	Virtual	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
28-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
29-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
30-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
31-Mayo-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]

CONVENIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR- UNIVERSIDAD DEL ROSARIO					
PASANTIA MAESTRIA BIODERECHO Y BIOÉTICA					
MAESTRANTE: Carlos Jesús Álvarez					
MÉDICO DOCENTE RESPONSABLE: Laura Otilora - Helga Molina - Jusa Aguilár.					
FECHA	INGRESO	SALIDA	MODALIDAD	ACTIVIDAD	FIRMA
04-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - seguimiento casos	[Firma]
05-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión temas	[Firma]
06-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Ajustes doc curso Muerte Digna	[Firma]
06-Junio-24	16:00	20:00	Virtual	Revisión Tema - Ajustes doc - límite vulnerabilidad	[Firma]
07-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión casos	[Firma]
07-Junio-24	18:00	21:00	Virtual	Revisión casos	[Firma]
11-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Apoyo curso Muerte Digna	[Firma]
12-Junio-24	8:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
12-Junio-24	18:00	21:00	Virtual	Revisión de tema	[Firma]
13-Junio-24	8:00	13:00	Presencial	Apoyo curso Muerte Digna	[Firma]
14-Junio-24	7:00	12:00	Presencial	Revisión tema	[Firma]
17-Junio-24	7:00	12:00	Presencial	Revisión IC - Revisión casos	[Firma]
17-Junio-24	19:00	21:00	Virtual	Revisión caso tipo	[Firma]

