

ACTA REUNIÓN

DATOS GENERALES			
Temática de la reunión	COMITÉ DE ÉTICA 2025 HOSPITAL SAN ANTONIO ROLDANILLO		
Fecha:	30/12/2025	Medio o TIC utilizado:	Auditorio HDSAR
Hora de Inicio:	14:00 pm	Hora de Finalización:	16:30 pm

OBJETIVOS DE LA REUNIÓN
- Evaluar y analizar dilemas éticos presentes un caso médico específico del HDSAR para garantizar que las decisiones tomadas respeten los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia para esos pacientes.

ORDEN DEL DÍA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación de los participantes 3. Razón de ser de un comité de ética 4. Presentación de caso de paciente al comité de ética

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

2. Presentación de participantes

- Dra. Víctor Rengifo – Subdirección científica del HDSAR
- Dr. Julián Humberto Vélez – Coordinador médico del HDSAR
- Dr. Gilberto Taborda Peláez – Auditor médico del HDSAR (vacaciones)
- Enf. Dubisa Álvarez – Enfermera jefe
- Dra. Camila Agudelo – Odontóloga HDSAR
- Enf. Diana Benítez – Enfermera jefe
- Dra. Daniela Moreno-Bacterióloga HDSAR Líder

3. Razón de ser de un comité de ética

Dentro de las funciones más importantes que cumplen los Comités de Ética hospitalaria se

011" Dentro de las funciones más importantes que cumplen los Comités de Ética hospitalaria se incluyen: analizar a aquellos casos donde se puedan ver involucrados los derechos y/o lo deberes de los pacientes, la relación con y entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias y la ética.

- Proveer un ámbito de reflexión de los problemas éticos en la atención de los pacientes recomendado-alternativas de solución para el afrontamiento de estos en la toma de decisiones asistenciales.
- Promover la humanización en la atención de los pacientes; velar por que se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.
- Atender y analizar requerimientos que los usuarios interpongan sobre la prestación de los de los servicios de salud.
- Proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica – humana de los servicios de salud de manera eficiente.
- Finalmente, y no menos importante, atender a la formación bioética de sus integrantes y del personal de la salud.

Comité de Ética Hospitalaria

Diciembre 2025

1. Introducción y Justificación

El presente informe se eleva al Comité de Ética Hospitalaria con el fin de documentar, analizar y elevar a instancias regulatorias el caso de un paciente con cáncer avanzado, en quien se han identificado múltiples vulneraciones a sus derechos en salud, asociadas a barreras administrativas y fallas en el acceso oportuno a servicios especializados.

Este caso refleja problemáticas estructurales del sistema de salud que comprometen los principios de equidad, continuidad y dignidad humana, razón por la cual se considera pertinente su análisis ético y su reporte formal a entes de control.

2. Datos de Identificación del Paciente

nombre: xxxxxxxx

- género: masculino
- edad: 77 años
- EPS: nueva EPS - contributivo

fecha de ingreso: 28/11/253.

Antecedentes Clínicos

- paciente adulto mayor de 77 años procedente de Roldanillo, antecedente de hipotiroidismo, FA, lumbopatía crónica, IVC , dm, vive solo, vulnerabilidad social, historia de mala adherencia a manejo médico.
- hospitalizado en contexto de falla cardíaca NYTHA 3, AHA C, FEVI desconocida, descompensación aguda con patrón hemodinámico STEVENSON B, se indica inicio de manejo depietivo.
- paciente reporta alergia a furosemida, se interroga y refiere prurito en región lumbar tras manejo por varios días, se verifica uso en hospitalización previa sin efectos adversos registrados, considere riesgo/ beneficio y en ausencia de otros diuréticos de asa en la institución iniciar manejo.

- IVC CEAP 6, úlcera activa, dificultad para cierre por edema y linfedema marcado en miembros inferiores ahora con signos inflamatorios perilesionales.
- Se indicó TAC contrastado y valoración por cirugía de cabeza y cuello, lo cual no se cumplió por vencimiento de órdenes y dificultades en la gestión de citas.
- Actualmente presenta lesión tumoral ulcerada e infiltrante, deformidad facial, dolor intenso y desnutrición avanzada.
- paciente masculino en contexto de vulnerabilidad social, sin acompañante y con antecedente de mala adherencia a controles y tratamientos. actualmente hospitalizado por descompensación cardiovascular severa.
- se encuentra en cuadro de **falla cardíaca en clase funcional NYHA III, AHA C**, con **fracción de eyección desconocida** y presenta **descompensación aguda** que ha progresado hacia **patrón hemodinámico STEVENSON C (frío y húmedo)**.
- el paciente presenta signos de **hipoperfusión periférica**: hipotensión, alteración del sensorio, frialdad distal y prolongación del llenado capilar. estos hallazgos sugieren un estado de choque cardiogénico en progresión.
- en la madrugada inicia **soporte vasoactivo**, ajustando dosis de norepinefrina para mantener perfusión sistémica. además, cursa con **fibrilación auricular de base**, ahora con respuesta ventricular no controlada. valorado por medicina familiar quien decide inicio de **dobutamina** como soporte inotrópico a pesar del riesgo de mayor taquicardia, dada la no disponibilidad de otras alternativas (milrinona o levosimendan) y el deterioro hemodinámico progresivo.
- además, presenta **lesión renal aguda KDIGO I de origen prerrenal por hipoperfusión**, con oliguria severa (0.22 cc/kg/hora) y balance negativo (-540 cc). por lo que difiere diurético de asa y ajustar manejo según tensión arterial y respuesta a soporte.
- el paciente se encontraba en **remisión a nivel de mayor complejidad** desde el día previo, sin embargo, no fue posible su ubicación oportuna. en las últimas horas presentó **deterioro clínico acelerado** con necesidad de soporte vasoactivo e inotrópico, cumpliendo criterios de **urgencia vital para traslado a uci**. sin presencia de familiar para consentimiento inmediato, se retrasa el proceso, durante el cual el paciente continúa en deterioro.
- dado el **empeoramiento del estado clínico**, el cambio de patrón hemodinámico y los signos de hipoperfusión y disfunción de órganos, se decide trasladar al paciente a **sala de reanimación para intubación orotraqueal** y optimización del soporte

AUTONOMÍA

- Paciente adulto mayor, solo y con pobre red de apoyo familiar → dificulta la expresión de su voluntad y la toma de decisiones libres.
- Desorientación en tiempo, lugar y persona con momentos de deterioro neurológico → limita su capacidad de otorgar consentimiento informado.
- No había familiar presente para consentimiento inmediato en decisiones críticas como traslado a UCI, intubación y soporte avanzado.
- Historia de mala adherencia al tratamiento, pero sin evidencia de alteración del juicio según psiquiatría. Esto implica que antes del deterioro sí tenía autonomía, pero luego se reduce.
- Decisiones clínicas urgentes (intubación, inotrópicos, vasopresores) se tomaron bajo consentimiento presunto por emergencia vital, lo cual es éticamente aceptable, pero debe documentarse.

NO MALEFICENCIA

- **Uso de furosemida pese a alergia referida**, aunque se investigó y se documentó ausencia de reacción previa severa. Aun así, implica un riesgo potencial.
- **Administración de inotrópicos con riesgo de arritmias (dobutamina)** en un paciente con FA y RVC.

Se hizo por falta de alternativas (milrinona, levosimendán), lo cual incrementa el riesgo de daño.

- **Retraso en la remisión a UCI**, pese al deterioro progresivo, lo cual empeoró el pronóstico.
- **Intento de IOT complicado** que derivó en paro cardiorrespiratorio.
- **Traslado de un paciente hemodinámicamente inestable**, con alta probabilidad de colapso circulatorio durante el transporte (que efectivamente ocurrió).

JUSTICIA

- **Demora en conseguir cama UCI** y falta de disponibilidad inmediata de un nivel de atención adecuado. Esto afecta el principio de justicia distributiva.
- **Limitación de recursos farmacológicos** (no disponibilidad de milrinona ni levosimendán), obligando a usar terapias menos seguras.
- **Condición socioeconómica y vulnerabilidad social del paciente** afectaron su acceso oportuno a cuidados especializados.
- **Falta de acompañamiento familiar** dificulta el proceso de toma de decisiones, afectando la equidad en atención que requieren pacientes dependientes.
- Durante el traslado, el hospital de llegada **no realizó intervenciones adicionales** y se declaró rápidamente la defunción. Esto abre preguntas sobre equidad en la atención proporcionada.

CONCLUSIONES

Autonomía

Se afecta por deterioro del sensorio, ausencia de familiares, decisiones urgentes sin consentimiento directo.

Beneficencia

Se evidencia en el manejo intensivo instaurado, búsqueda de remisión, soporte vital avanzado.

No maleficencia

Riesgos derivados de medicamentos sin alternativas, procedimientos urgentes con complicaciones, traslado inestable.

Justicia

Inequidades en acceso a UCI, recursos limitados, vulnerabilidad social y posible disparidad en la atención final.

Firmas Comité de Ética Hospitalaria en documento adjunto

Julian Hernandez Jelez

Representante Legal / Dirección Médica

