



Registro institucional del Servicio de Ética Clínica del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI): un análisis desde su implementación y periodo prepandemia

Institutional Record of the Clinical Ethics Service of Hospital Universitario San Ignacio (HUSI): An Analysis of its Implementation and the Pre-Pandemic Period



Autores

Silvia Helena Galvis Navarrete
Pontificia Universidad Javeriana
silvia.galvis@javeriana.edu.co

Fritz Eduardo Gempeler Rueda

Pontificia Universidad Javeriana
gempeler@javeriana.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-6036-9155>



Resumen

El propósito de la presente publicación es dar a conocer la implementación del registro institucional del Servicio de Ética Clínica y presentar los análisis de los primeros datos obtenidos durante el periodo prepandemia, comprendido entre la creación del SEC en el año 2015 hasta el inicio de la pandemia en marzo de 2020.



Abstract

This publication presents the implementation of the institutional registry of the Clinical Ethics Service and offers an analysis of the first data obtained during the pre-pandemic period, from the creation of the SEC in 2015 to the beginning of the pandemic in March 2020.



Key words

Ética clínica; registro; dilema ético; medicina especializada.
Clinical ethics; registry; ethical dilemma; specialized medicine.



Fechas

Recibido: 18/11/2024. **Aceptado:** 30/01/2026



1. Introducción

El surgimiento de avances técnico-científicos en la práctica médica ha traído consigo un incremento en el número y la complejidad de los dilemas éticos, debido a la aparición de nuevas situaciones clínicas limítrofes, la institucionalización de la actividad sanitaria, la medicina corporativa y el incremento de los costos de la salud. Tradicionalmente, estos dilemas éticos se han solucionado mediante intuición, sin un método de análisis ético-clínico formal y en medio de una relación médico-paciente paternalista, lo cual no es lo ideal. Estos dilemas deberían ser abordados mediante un método de análisis ético clínico formal. Es por esto por lo que las discusiones éticas han comenzado a tomar gran importancia tanto en el ámbito clínico, como en la educación de futuros médicos, ya que enfrentarse a estos conflictos con poca preparación sobre el tema genera angustia moral (Gempeler, Silva Herrera y Torregrosa, 2017).

Específicamente en Colombia, es obligatorio que las entidades prestadoras de salud del sector público y privado tengan un Comité de Ética Hospitalaria (CEH), sin embargo, estos comités no han logrado un gran impacto a nivel clínico

Existe evidencia de que los servicios de apoyo ético pueden disminuir la angustia moral de los clínicos brindando mayor claridad sobre la resolución de los conflictos éticos cotidianos (Slowther, Bunch, Woolnough y Hope, 2001; Streuli, Staubli, Pfändler-Poletti, Baumann-Hölzle y Ersch, 2014), impactando en la prevención de la deshumanización de la atención médica y disminuyendo las intervenciones no benéficas o fútiles al final de la vida (Beca, Koppmann, Chávez, Delgado y Solar, 2010; Gempeler, Torregrosa, Cuadrado, Barriga, Sotomayor, Jassir Acosta, Filizzola y Uribe, 2021). Específicamente en Colombia, es obligatorio que las entidades prestadoras de salud del sector

público y privado tengan un Comité de Ética Hospitalaria (CEH), sin embargo, estos comités no han logrado un gran impacto a nivel clínico. Es por esto, que en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) se creó el Servicio de Ética Clínica (SEC), el cual está constituido por médicos con formación en bioética, quienes asisten a los médicos y grupos tratantes en el proceso de análisis de estos dilemas éticos y su resolución (Gempeler, Silva Herrera y Torregrosa, 2017). Con el aumento del número de interconsultas, se vio la oportunidad de crear un registro electrónico para su análisis.

2. Servicio de Ética Clínica HUSI

El Servicio de Ética Clínica del HUSI (SEC) fue creado en el año 2015 y a la fecha se han atendido más de 3400 interconsultas. Se encuentra conformado por médicos de diferentes especialidades como anestesiología, ortopedia, urología, pediatría, geriatría, cirugía, entre otros. Todo el personal que conforma el servicio cuenta con formación académica formal en bioética. El SEC tiene como principal función, apoyar la resolución de conflictos éticos que surgen dentro de la atención de pacientes día a día, en un centro hospitalario de alta complejidad.



Ante el aumento de las interconsultas surgió la necesidad de crear un registro institucional del SEC con fines tanto asistenciales como investigativos, en el cual se pudiese recolectar una gran cantidad de información, permitiendo así la caracterización de la epidemiología de pacientes, la caracterización de la atención de enfermedades terminales asociadas y comorbilidades, la caracterización de los conflictos éticos, patrones de intervención y las barreras relacionadas con su atención.

En la actualidad, no existe evidencia del desarrollo de registros de ética clínica o de bioética dentro del ámbito asistencial/hospitalario. Este es el primer registro tanto en Colombia como en Latinoamérica constituyéndose como un proyecto innovador

En la actualidad, no existe evidencia del desarrollo de registros de ética clínica o de bioética dentro del ámbito asistencial/hospitalario. Este es el primer registro tanto en Colombia como en Latinoamérica constituyéndose como un proyecto innovador. La experiencia de este registro institucional de ética clínica serviría a otras instituciones que cuentan con servicios de ética clínica para crear sus propios registros en un futuro. Inclusive se podría llegar a desarrollar un registro interinstitucional de ética clínica que nos permita comprender y caracterizar de manera más global los dilemas éticos de Colombia.

Ahora bien, el HUSI es un hospital de alta complejidad, en Bogotá, Colombia. Cuenta con 17 especialidades clínicas y 21 especialidades quirúrgicas, incluyendo el servicio de dolor y cuidados paliativos tanto adulto como pediátrico, constituyéndose como escenario para brindar atención médica de alta complejidad a miles de pacientes adultos y pediátricos. En la actualidad tiene una unidad de cuidados intensivos para adultos con 32 camas y unidad de cuidados intensivos pediátrica con 8 camas y 10 camas de cuidado intensivo neonatal.

En este orden de ideas, el Servicio de Ética Clínica (SEC) se ha constituido como un servicio innovador en el HUSI, el cual brinda apoyo a múltiples especialidades en la toma de decisiones en el ámbito clínico de pacientes complejos dentro del marco de un hospital universitario de alta complejidad con una gran disponibilidad de recursos. En promedio, el SEC responde actualmente un promedio de 40 interconsultas por mes, número que ha venido creciendo con el tiempo desde los primeros años del SEC.

Las interconsultas son resueltas previo análisis individual de cada caso en conjunto con el médico tratante, conversación con cada paciente o sus familiares según el caso, generando recomendaciones no vinculantes. El método utilizado para abordar y analizar los dilemas ético-clínicos por parte del SEC es deliberativo, el cual propende a un carácter pragmático y un modo prudente y responsable de resolver los conflictos morales. Incluye en su esquema los cuatro niveles sucesivos tradicionales de la casuística y la ética del cuidado. Estos son: el de los hechos, el de los valores y el de los deberes, hasta concluir en el de las responsabilidades o decisiones prudentes (Gempeler, Silva Herrera y Torregrosa, 2017).

El SEC dentro de sus actividades de educación al personal de salud del hospital desarrolló e implementó, en conjunto con las especialidades médicas y quirúrgicas, el plan de atención al paciente en condición de final de vida con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los últimos días o semanas de los pacientes que se encuentran



El objetivo de este trabajo es describir la implementación del registro institucional del SEC y analizar los primeros datos obtenidos durante el periodo prepandemia, comprendido entre la creación del SEC en el año 2015 hasta el inicio de la pandemia en marzo de 2020

cercanos a la muerte por patologías incurables. Adicionalmente en el año 2015 se adelantó un programa de educación continua acerca de las órdenes de no reanimación para disminuir los manejos fútiles en pacientes al final de la vida.

El objetivo de este trabajo es describir la implementación del registro institucional del SEC y analizar los primeros datos obtenidos durante el periodo prepandemia, comprendido entre la creación del SEC en el año 2015 hasta el inicio de la pandemia en marzo de 2020.

3. Métodos

Para el presente estudio observacional y analítico retrospectivo se desarrolló el registro electrónico creando un formulario específico en la plataforma REDCap para garantizar el almacenamiento seguro de los datos, el cual incluye variables demográficas, variables clínicas y variables de ética clínica. Dicha herramienta electrónica de captura de datos de REDCap está alojada en el Hospital Universitario San Ignacio, desde el cual la Oficina de Investigaciones brinda apoyo a los clínicos investigadores para la creación e implementación de los registros con fines investigativos y asistenciales.

El presente reporte incluye a todos los pacientes atendidos por el SEC en el Hospital Universitario San Ignacio desde enero de 2015 hasta el 20 de marzo 2020 (fecha en la que se declaró el inicio de la pandemia por COVID-19 por la OMS). No existe ningún criterio de exclusión. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media y la mediana como medidas de tendencia central y la desviación estándar y el rango como medidas de dispersión. Las variables cualitativas se resumen mediante frecuencias relativas (porcentajes) y proporciones.

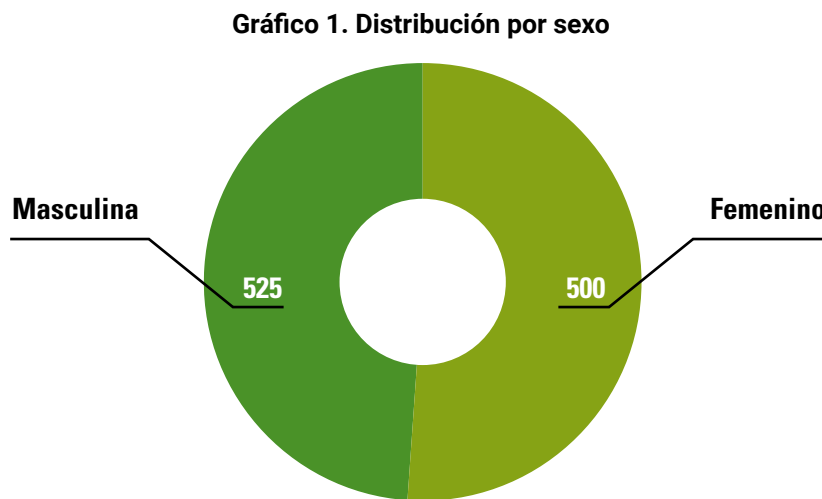
4. Resultados

Durante el periodo de tiempo comprendido desde la creación del SEC en enero del año 2015 hasta el 20 de marzo de 2020 cuando se declaró el inicio de la pandemia por COVID-19, el Servicio de Ética Clínica atendió un total 1025 interconsultas solicitadas por diferentes servicios médicos y quirúrgicos del HUSI, a través del sistema de historias clínicas SAHI.



4.1. Variables demográficas

La mediana de edad de los pacientes fue 61.6 años y la media fue 54.5 años (mínimo de 1 día de nacido y máximo de 100,5 años). En el gráfico 1 se puede ver la distribución por sexos.



En cuanto al servicio tratante podemos observar que el servicio de Medicina Interna fue el servicio que más interconsultas solicitó al SEC en dicho periodo, con total de 440 interconsultas que corresponden al 42.9%, seguido de Geriatria 13.2%, Pediatría 12.9% y UCI 10.6%. En la tabla 1 se pueden ver los servicios solicitantes de las interconsultas.

Tabla 1. Servicios solicitantes de las interconsultas

Servicios Interconsultantes	N	%
Medicina interna	440	42.9%
Geriatria	136	13.3%
Pediatría	132	12.9%
UCI (108, 10.5%)	108	10.5%
Neurología/ Neurocirugía	55	5.4%
Cirugía	53	5.2%
Ortopedia	41	4.0%
Gineco-obstetricia	30	2.9%
Otras especialidades	25	2.4%
Psiquiatría	5	0.5%
Total	1025	100%



4.2. Variables clínicas

En cuanto a los diagnósticos de los pacientes, las condiciones oncológicas ocupan el primer lugar con un total de 508 pacientes que corresponden al 36,3% de las interconsultas, seguido de las condiciones neurológicas 19,0%. En la tabla 2 pueden verse los diagnósticos de los pacientes; es importante anotar que un paciente podía tener más de un diagnóstico, por ejemplo, un diagnóstico oncológico asociado a sepsis, razón por la cual el número de diagnóstico excede al número de interconsultas (ver tabla 1).

Tabla 2. Diagnósticos de los pacientes atendidos

Grupos diagnósticos	N	%
Condición oncológica	508	36,3
Condición neurológica	266	19,0
Condiciones infecciosas sistémicas	159	11,4
Condiciones respiratorias	136	9,7
Condición cardiovascular	105	7,5
Malformaciones congénitas	75	5,4
Condiciones metabólicas	64	4,6
Condiciones gastrointestinales	33	2,4
Condiciones mentales	24	1,7
Condiciones autoinmunes	11	0,8
Embarazo y diagnóstico de cáncer	9	0,6
Trauma	9	0,6
Total	1399	100

En cuanto a las condiciones oncológicas, las cuales ocupan el primer lugar de las condiciones clínicas, se pudo observar que el 82,9% de los pacientes padecían una condición oncológica terminal y el 17,1% no terminal. El diagnóstico oncológico más frecuente fue de tumores de origen gastrointestinal con un 26,6%, seguido de neoplasias hemato linfoides con un 17,1% y neoplasias de cabeza y cuello 10,8%, entre otros como se puede observar en la tabla 3. Es importante anotar que un paciente puede tener más de un diagnóstico oncológico como por ejemplo tumor maligno de la mama y tumor maligno ginecológico.

**Tabla 3. Diagnósticos oncológicos de los pacientes atendidos**

Diagnóstico oncológico	N	%
Gastrointestinal	135	26,6%
Hematolinfoide	87	17,1%
Cabeza y cuello	55	10,8%
Ginecológico	55	10,8%
Tórax/Pulmón	47	9,3%
Urológico	44	8,7%
Mama	36	7,1%
Tejidos blandos	27	5,3%
Tumores sólidos	22	4,3%
Total	508	100%

4.3. Variables éticas

Con base en la literatura mundial se determinaron cinco grupos para la categorización de los dilemas éticos (Gempeler et al., 2017). El dilema ético más frecuente fue proporcionalidad (que incluye el retiro o no inicio de tratamientos) el cual estuvo presente en 815 interconsultas que corresponden al 80.2% del total de interconsultas, seguido de respeto de la autonomía y subrogación (18.9%) como principal dilema ético. La angustia moral del personal médico se presentó en el 16.2% de las interconsultas, como se muestra en la tabla 4. Es de anotar que en algunas interconsultas se presentaron con más de un conflicto ético, lo que explica el mayor número total de conflictos éticos respecto al número de interconsultas.

Tabla 4. Dilemas éticos de las interconsultas atendidas

Dilema ético	N	%
Proporcionalidad	824	66,9%
Autonomía y subrogación	192	15,6%
Angustia moral del personal médico	165	13,4%
Conflictos entre médicos o familia	41	3,3%
Cuestiones religiosas y culturales	10	0,8%
Total	1232	100%



En 636 interconsultas (62%), se realizó un análisis individual de cada caso en conjunto con el médico tratante por parte de los integrantes del SEC, previa conversación con cada paciente o sus familiares según el caso, generando recomendaciones no vinculantes (Gempeler, 2017). En 389 de las interconsultas (38%) se realizó adicionalmente una junta multidisciplinaria con médicos tratantes e interconsultantes además de los integrantes del SEC.

4.4. Situaciones específicas

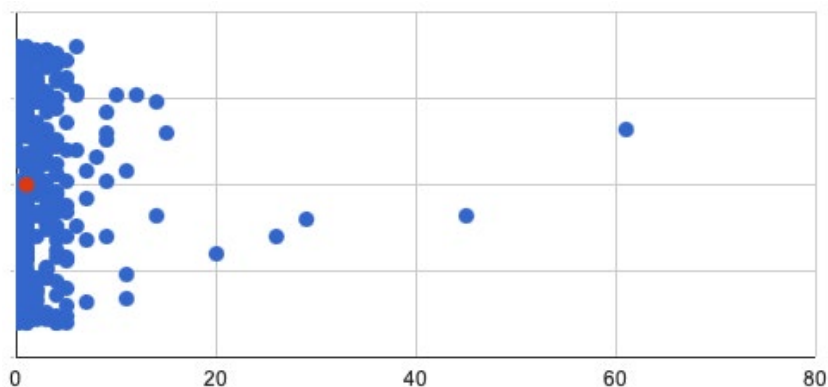
Del total de las 1025 interconsultas atendidas por el SEC entre enero del 2015 y marzo de 2020, les solicitaron a 45 pacientes la realización de traqueostomía, lo cual corresponde a al 4.4% del total de pacientes. Ahora bien, luego del análisis de cada caso en conjunto con médicos tratantes, interconsultas y el SEC, se realizó este procedimiento solo a 27 pacientes (60%). Asimismo, a 84 pacientes que corresponden al 8.3% del total de interconsultas, les solicitaron la realización de gastrostomía, pero solo a 43 (51.2%) se les realizó la gastrostomía.

Se pudo observar que solo 82 pacientes que corresponden a 8.0% de las interconsultas, tenían documentos de voluntades anticipadas y 222 pacientes (21.7%) manifestaron su deseo de no intervención como cirugías, tratamientos oncológicos, terapia de remplazo renal, etc.

4.5. Plan de atención al paciente en condición de fin de vida

De las 1025 interconsultas, el 36,6% (375 pacientes) ingresaron al plan de atención al paciente en condición de fin de vida (PFV), debido a la condición clínica irreversible determinada por el médico tratante. En promedio dichos pacientes fallecieron a los 2,65 días de haber ingresado al PFV (mínimo 1 día y máximo 61 días, DS 5,18) como se puede observar en la gráfica 2.

Gráfico 2. Distribución de días en PFV





4.6. Solicitud de eutanasia

Durante el periodo analizado, los servicios hospitalarios interconsultaron al SEC por 24 pacientes que solicitaron eutanasia por condiciones incurables y sufrimiento inaceptable para el paciente.

4.7. Órdenes de no reanimación

En conjunto con los médicos tratantes que solicitaron las interconsultas, se establecieron 389 ordenes de no reanimación cardio pulmonar (RCP) durante el periodo establecido lo que corresponde al 38% de las interconsultas.

5. Discusión

En el ejercicio de la medicina moderna se tiene a disposición una gran cantidad de recursos y herramientas tecnológicas para brindar atención de alta complejidad a los pacientes. Cada día se desarrollan nuevas tecnologías y tratamientos médicos que permiten el ejercicio de una medicina avanzada y especializada. Sin duda alguna, aunque, los avances técnico-científicos han traído consigo un aumento en la sobrevivencia de la población, también se presenta un importante incremento en los conflictos éticos en relación con la complejidad de los pacientes, aunado al actual respeto de la autonomía individual. En la práctica clínica habitual, estos dilemas son abordados frecuentemente desde la intuición sin un método de análisis y sin el apoyo de un grupo especializado con formación en bioética. El Servicio de Ética Clínica del HUSI se constituye como un servicio innovador que brinda un apoyo fundamental a los equipos clínicos en el análisis y abordaje de los conflictos éticos que se presentan en el día a día en un hospital de alta complejidad.

Como puede verse en los resultados del presente estudio, los conflictos éticos se presentan en todas las edades, especialmente los extremos de la vida, desde recién nacidos hasta pacientes centenarios. Siendo más complejos desde el punto de vista moral, las decisiones a los inicios de la vida por las implicaciones sociales de una nueva vida.

La mayoría de las especialidades del HUSI tanto clínicas como quirúrgicas solicitaron interconsultas al SEC, algunas con menor frecuencia que otras, pero siempre buscando respaldo y guía en el SEC para la resolución de sus dilemas éticos o apoyo en la toma de decisiones difíciles.

Como puede verse en los diagnósticos de los pacientes atendidos, una gran proporción son condiciones oncológicas (36,3%), diagnósticos que vienen en aumento en diferentes países como lo muestra el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, en el 2023, así como la OPS. Generalmente los diagnósticos oncológicos terminales, se asocian a conflictos éticos al final de la vida, como



reorientación terapéutica, respeto de la autonomía individual de los pacientes y solicitud de eutanasia (Pérez, 2016).

En los resultados, se puede observar que el dilema ético más frecuente fue el de proporcionalidad, el cual se presentó en el 66,9% de las interconsultas. El término utilizado como proporcionalidad o reorientación terapéutica se refiere al retiro o no inicio de tratamientos, intervenciones y exámenes diagnósticos que se consideran fútiles para la condición específica de cada paciente, enfocando el manejo clínico en la paliación de síntomas como dolor, fiebre y disnea entre otros, para tratar de mejorar la calidad de vida en los últimos días, semanas o meses y así disminuir el sufrimiento (Pérez, 2016).

En los resultados, se puede observar que el dilema ético más frecuente fue el de proporcionalidad, el cual se presentó en el 66,9% de las interconsultas

El dilema ético respecto al respeto de la autonomía individual de los pacientes se presentó en menor proporción (15,6% de las interconsultas), expresado por el paciente o su subrogado y 8% de los pacientes presentaron un documento de voluntades anticipadas (DVA). En dichos pacientes que expresaron su deseo de no intervenciones ya fuera oral o por medio del DVA, se suspendieron intervenciones como cirugías, tratamientos oncológicos, terapia de remplazo renal, etc., y 24 pacientes

solicitaron la eutanasia, siendo valorados por el SEC, el servicio de cuidados paliativos, psiquiatría y médicos tratantes y sus pares, determinando que podían solicitar la eutanasia según la Resolución 1216 de Abril de 2016 y Sentencia C-233 de 2021 la Sala Plena de la Corte Constitucional. Posteriormente fueron remitidos a un centro especializado en dicho procedimiento acorde con las indicaciones de la EPS respectiva.

Es importante aclarar la diferencia entre expresión oral del deseo de un paciente respecto a su tratamiento y el DVA. El DVA es un documento legal en el cual el paciente ha expresado sus deseos para el final de su vida, (por ejemplo, deseo de no reanimación cardiopulmonar, no intervenciones quirúrgicas, no alimentación por vías artificiales y la realización de eutanasia entre otras muchas), el cual se hace efectivo únicamente en el momento en el que él no pueda tomar decisiones, como estado de inconsciencia, coma, demencia, etc. (Cogo y Lunardi, 2015). Cuando el paciente está consciente y en capacidad de tomar decisiones, él mismo puede expresar sus deseos en cuanto a tratamientos o intervenciones. Esta última situación se presenta generalmente en el proceso del consentimiento informado antes de cualquier intervención durante el cual puede rechazar la intervención.

Aunque desde 2014 con la Ley 1733 del 2014, Ley de Cuidados Paliativos, Consuelo Devis Saavedra y posteriormente con la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud de Colombia, donde se expone el derecho de todo paciente sano o en estado de enfermedad de suscribir el DVA, muy pocas personas lo han hecho. El diligenciar el DVA ayuda al personal de salud a adecuar los tratamientos según los deseos del paciente cuando este no esté en capacidad de expresarlos por sí mismo, respetando su autonomía y descargando a los familiares de tener que tomar decisiones. Con el objetivo de hacer conocer el derecho de suscribir un DVA y asesorar a las personas sanas o en estado de enfermedad, a diligenciar el DVA, en el SEC se ha implementado desde febrero del 2024 la consulta externa de Ética Clínica.



Como muestran los resultados en el 13,4% de las interconsultas se presentó como principal dilema ético la angustia moral del personal médico, el cual se observó como angustia al tomar ciertas decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, como retiro de tratamientos, suspensión de intervenciones y solicitud de eutanasia entre otros. Es de anotar que se presentaron 10 pacientes con conflictos éticos por cuestiones religiosas o culturales, como testigos de Jehová, indígenas y pacientes de culturas diferentes. En dichos casos se adecuaron las intervenciones y tratamientos a sus creencias e ideologías culturales.

Como se menciona en los resultados del presente estudio, a 84 pacientes sus médicos tratantes indicaron la realización de gastrostomía y solicitaron apoyo del SEC para confirmar la decisión. Luego del análisis individual y en junta médica multidisciplinaria se llegó a la recomendación de realizarla únicamente en 43 de los pacientes (51,2%),

considerándose la realización de gastrostomía fútil en 51 pacientes (48,8%). Lo anterior está acorde con la publicación de Torregrosa et al., en la cual evaluaron retrospectivamente 145 pacientes a quienes se les había realizado gastrostomía (108 endoscópicos y 37 abiertos) y en el 53% de los cuales se cumplieron los criterios para considerar el procedimiento como fútil (Torregrosa, Gómez, Cuadrado, Gempeler y Rugeles, 2020).

De igual forma a 45 pacientes les solicitaron la realización de traqueostomía. Luego del análisis de cada caso en conjunto con médicos tratantes, interconsultas y el SEC, solo se realizó este procedimiento a 27 pacientes (60%). Con la intervención del SEC se evitó la realización de gastrostomías y traqueostomías en una proporción importante, evitando intervenciones fútiles.

El 36,6% de los pacientes ingresaron al plan de atención al paciente en condición de fin de vida (PFV), debido a la condición clínica irreversible determinada por el médico tratante con el

objetivo de mejorar la calidad de vida de los últimos días o semanas de los pacientes que se encontraban cercanos a la muerte por patologías incurables (Sagha, Eshelman, Setla y Sadatsafavi, 2018). El manejo clínico incluyó, como reportan Moreno et al., adecuación del esfuerzo terapéutico y paliación de síntomas como disnea, dolor, fiebre entre otros, además de facilitar una habitación individual, posibilidad de permanencia de los familiares permanentemente, dieta libre según los deseos del paciente y asesoría espiritual entre otros (Moreno y Gempeler, 2023).

Como se evidencia en los resultados el tiempo entre el ingreso al PFV y la muerte fue muy corto, no pudiendo adecuar completamente el manejo médico para asegurar una apropiada paliación de síntomas, especialmente los pacientes que fallecieron en el primer día del ingreso a PFV. Lo anterior hace pensar que los médicos tratantes no detectan la proximidad de la muerte o la no aceptación de la muerte y continuaron las intervenciones hasta el último momento, aumentando el sufrimiento y agonía de los pacientes y evitando así la angustia moral de hablar con ellos y hacerlos conscientes de la proximidad de la muerte. Varios estudios muestran que los cuidados paliativos

El 13,4% de las interconsultas se presentó como principal dilema ético la angustia moral del personal médico, el cual se observó como angustia al tomar ciertas decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, como retiro de tratamientos, suspensión de intervenciones y solicitud de eutanasia entre otros



tempranos al final de la vida mejoran la calidad de vida, evitando intervenciones fútiles y en algunas personas, aumentando la longevidad (Murray, Kendall, Mitchell, Moine y Amblàs-Novellas, 2017).

Como se evidencia en los resultados el tiempo entre el ingreso al PFV y la muerte fue muy corto, no pudiendo adecuar completamente el manejo médico para asegurar una apropiada paliación de síntomas, especialmente los pacientes que fallecieron en el primer día del ingreso a PFV

Dentro de las limitaciones que presentó el estudio se encuentra la imposibilidad de conocer la percepción de las especialidades médicas respecto del SEC. No es posible conocer ni tener información sobre la percepción ni valoración de la experiencia que tienen los médicos del SEC, posiblemente en un futuro estudio podremos evaluar el impacto y la percepción del SEC en el personal médico de nuestro hospital, información que sin duda alguna es de gran valor. Adicionalmente, el presente estudio comprende los datos iniciales (periodo prepandemia). A partir de ese periodo de tiempo el SEC ha venido creciendo con un mayor número de interconsultas e intervenciones al personal asistencial del HUSI. Por último, a través del presente estudio no es posible evaluar la percepción de las familias de los pacientes quienes fueron atendidos por el SEC.

6. Conclusiones

A través de este estudio pudimos observar que los dilemas éticos se presentan frecuentemente en el ejercicio de la medicina moderna y que, sin duda alguna, el servicio de ética clínica cumple un papel fundamental en el análisis y abordaje de estos dilemas en la práctica clínica habitual de un hospital de alta complejidad. Se pudo observar que especialidades médicas diversas, tanto quirúrgicas como clínicas, solicitaron apoyo al SEC para el abordaje de pacientes complejos.

Ahora bien, el diagnóstico de las condiciones oncológicas ha venido en aumento y con ello el desarrollo de nuevos tratamientos y medicamentos. A través de este estudio pudimos observar que la mayor cantidad de interconsultas solicitadas al SEC fueron de pacientes oncológicos y cómo en ellos se pueden presentar diversos dilemas éticos que van desde la proporcionalidad hasta la angustia moral. En este sentido se resalta la importante labor del SEC en acompañar a los servicios tratantes en el abordaje integral de estos pacientes.

En la actualidad, no existen registros de ética clínica dentro del ámbito asistencial/hospitalario. Al tratarse del primer registro tanto en Colombia como en Latinoamérica, presentamos un proyecto innovador cuya experiencia podrá servir a otras instituciones en el futuro.

Agradecimientos

La realización de este trabajo fue posible gracias al Hospital Universitario San Ignacio.



Referencias

- Beca, I. J. P., Koppmann, A. A., Chávez, B. P., Delgado, B. I. y Solar, P. S. (2010). Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Revista Médica de Chile*, 138, 815-820. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000700004>
- Cogo, S. B. y Lunardi, V. L. (2015). Anticipated directives and living will for terminal patients: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 464-474. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2021). *Resolución: C-233*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>
- Gempeler Rueda, F. E., Silva Herrera, J. M. y Torregrosa Almonacid, L. (2017). Bioética clínica al lado del enfermo: Creación y experiencia de un servicio de ética clínica en un hospital universitario. *Universitas Medica*, 58(2), 1-7. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-2.bioe>
- Gempeler Rueda, F. E., Torregrosa Almonacid, L., Cuadrado, D. M., Barriga Rodríguez, S., Sotomayor Londoño, J., Jassir Acosta, M. P., Filizzola Bermúdez, J. D. y Uribe Rueda, D. (2021). Intervenciones médicas no proporcionales al final de la vida en un hospital de alta complejidad en Colombia. *Universitas Medica*, 62(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.imnp>
- Instituto Nacional de Estadística de España. (n. d.). *Estadísticas sobre tumores*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Ley Consuelo Saavedra, República de Colombia. (n. d.). *Ley Consuelo Devis Saavedra*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. (2015). *Resolución 1216*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. (2018). *Resolución 2665*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202665%20de%202018.pdf
- Moreno, D. C. y Gempeler Rueda, F. E. (2023). Cuidados al final de la vida: La experiencia del Servicio de Ética Clínica. *Universitas Medica*, 64(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.cfdv>
- Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S. y Amblàs-Novellas, J. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, 356, j878. <https://doi.org/10.1136/bmj.j878>
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Causas principales de mortalidad y discapacidad*. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>
- Pérez, F. M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*, 42(8), 566-574. <https://doi.org/10.1016/j.semern.2015.11.006>
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J. y Sadatsafavi, H. (2018). Strategies to improve quality of life at the end of life: Interdisciplinary team perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 35(3), 411-416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>
- Slowther, A., Bunch, C., Woolnough, B. y Hope, T. (2001). Clinical ethics support services in the UK: An investigation of the current provision of ethics support to health professionals in the UK. *Journal of Medical Ethics*, 27(Suppl 1), i2-8. https://doi.org/10.1136/jme.27.suppl_1.i2



- Streuli, J. C., Staubli, G., Pfändler-Poletti, M., Baumann-Hölzle, R. y Ersch, J. (2014). Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital. *European Journal of Pediatrics*, 173(5), 629-636. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2221-2>
- Torregrosa, L., Gómez, M., Cuadrado, D., Gempeler, F. E. y Rugeles, S. (2020). Futilidad en cirugía: El caso de la gastrostomía. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35, 360-366. <https://doi.org/10.30944/20117582.728>