

## Guía ética para familiares y cuidadores de pacientes en estado vegetativo

### Comité de Bioética

Al **Dr. Fernando Sabio Paz**

Comité de Bioética del Policlínico del Docente – OSPLAD y consultores<sup>1</sup>

**Introducción** Esta guía ha sido preparada para familiares y amigos de una persona a quien se le diagnosticó estado vegetativo y miembros del equipo de salud. Describe y analiza conceptos sobre la patología, los cuidados del paciente y la familia, la importancia de la comunicación y sobre el proceso de la toma de decisiones.

A lo largo de esta difícil experiencia, es posible que usted experimente distintos sentimientos: tristeza, enojo, miedo, lástima, culpa, rechazo, depresión, ansiedad, frustración, desesperanza, impotencia, estados de confusión. Ellos, forman parte de una reacción frente al dolor. Ante las mismas circunstancias, las personas pueden responder de modo diferente.

---

<sup>1</sup>Comité de Bioética del Policlínico del Docente y Consultores. Dr. Fernando Sabio Paz, Dra. Irene Carreras, Dr. Pedro Mazza Rodil, Prof. Patricia Nisenbaum, Lic. Stella Borgeat, Lic. Melina Wajsbort, Dr. Guillermo Márquez, Dr. Pablo Casado, Dr. Carlos Jaimarena, Dra. Andrea Egurrola, Lic. Claudia Freigedo, Dra. Liliana Siede.

Consultores Internos: Dr. José Luis Di Pace, Lic. Guillermo Rodríguez, Dr. Carlos Mateu Castro, Profesor Juan Carlos Valdés, Dra. Claudia Ramirez, Lic. Marta Kriviniuk- Instituto Docente de OSPLAD, Dr. Norberto Isjaqui, Dr. Juan Di Quattro.

Consultores Externos: Lic. Daniel Seghezzeo (Universidad de Morón), Dr. Francisco Correa (FE-LAIBE), Dr. Jorge Manzini (Comité de Bioética del Hospital de Comunidad de Mar del Plata), Dr. Eduardo Tinant (Universidad Nacional de La Plata). Dr. Gustavo De Simone (Pallium), Lic. Silvia Quinteros (Congreso de la Nación Argentina), Dr. Ricardo Maliandi (Universidad de Lanús), Dr. José María Tau (Universidad Nacional de La Plata, Dr. Roberto Arribere (Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación en Salud – FLACEIS).

## **1.- ACERCA DEL ESTADO VEGETATIVO**

### **1.1. ¿Qué significa estado vegetativo (EV)?**

El estado vegetativo es una situación neurológica en la que el paciente no tiene conciencia de sí ni del contexto en el que se encuentra. La persona no comprende lo que se dice ni habla, puede tener los ojos abiertos en forma intermitente, cambios que simulan el sueño y el estado de alerta. No responde a estímulos sostenidos, visuales, auditivos o táctiles.

### **1.2. ¿Qué es estado vegetativo persistente y estado vegetativo permanente?**

El estado vegetativo es una alteración profunda del estado de conciencia, una prolongación del estado de coma que se puede clasificar de acuerdo a su duración en Persistente o Permanente y en relación a su origen en No Traumático y Traumático, que constituyen información de importancia para el pronóstico del paciente.

Se considera estado vegetativo persistente cuando se extiende a 3-6 meses si su origen es No Traumático (Ejemplos: accidente cerebro vascular, meningitis, etc.) o hasta 1 año si su origen es Traumático (Ejemplos; accidente de tránsito, golpes, heridas de arma, entre otros).

Se considera estado vegetativo permanente, cuando persiste en esas condiciones mas allá de los tiempos mencionados.

Los dos tipos de estado vegetativo tienen en general mal pronóstico, pero pueden en ocasiones presentar cambios evolutivos favorables, y pasar en un primer momento al denominado estado de mínima conciencia (EMC), el que se presenta en general, antes de los 12 meses. Respecto a la recuperación, el EV tiene mejor pronóstico si el origen es Traumático y en personas de menos de 40 años, la recuperación puede ser parcial y dejar secuelas graves.

### **1.3. ¿Un paciente que se halla en alguno de los dos estados descritos anteriormente, se encuentra con muerte cerebral (encefálica)?**

No. Los estados vegetativos persistente y permanente difieren de la muerte cerebral. La muerte encefálica o muerte cerebral significa que la persona ha muerto, porque ha cesado toda la actividad de su cerebro, aún cuando pueda seguir latiendo su corazón por un tiempo y la respiración pueda mantenerse con un respirador.

### **1.4. ¿Qué es el estado de mínima conciencia (EMC)?**

Es una evolución favorable del EV. En el EMC el paciente puede:

- Dar respuesta a una orden sencilla,
- Decir alguna palabra que se entienda,
- Responder “sí o no” ya sea hablando o con gestos - sin considerar si la respuesta que está dando, es correcta.
- Responder con movimientos o en forma emotiva a un estímulo relevante, de tal manera que se pueda diferenciar de un acto puramente reflejo.

La evolución del EV a EMC significa una mejoría que puede ser transitoria y evolucionar hacia la recuperación o persistir en el mismo estado en forma prolongada. La mayor parte

de los pacientes pueden quedar con alguna discapacidad severa pese a los esfuerzos efectuados en su rehabilitación. Es necesario remarcar que no existe un tratamiento específico de estos trastornos. Los pacientes con estado vegetativo o estado de mínima conciencia, en su mayoría, suelen requerir traqueotomía para poder respirar y gastrostomía para ser alimentados. Con frecuencia pueden padecer escaras así como múltiples complicaciones infecciosas.

## **2. EL CUIDADO DEL PACIENTE**

Una persona con daño cerebral severo puede ser tratada en una unidad de cuidados intensivos y permanecerá hospitalizada todo el tiempo que se considere necesario. El paciente puede requerir sistemas de sostén, como respiración asistida y

alimentación por sonda o gastrostomía, entre otros cuidados. La estabilización del paciente puede llevar semanas o meses. El lugar donde se continuará la atención y tratamiento del paciente como el tipo de cuidado requiere de una toma de decisión del equipo de salud con acuerdo de la familia. El equipo de salud tendrá en cuenta la decisión del paciente y la del grupo familiar.

Cuando se habla de “familia”, se incluye a personas cercanas al paciente que lo conocen, lo cuidan y están ligados a él afectivamente. El grupo referido excede a la familia biológica inmediata, incluyendo a las personas que el paciente ha elegido como tal.

### **2.1. ¿Dónde se puede continuar el cuidado del paciente?**

La continuación del cuidado puede ser en la misma institución, en su hogar para ser cuidado por su familia y/o el equipo de atención domiciliaria, atención paliativa o puede ser derivado a un centro de rehabilitación si el estado clínico del paciente lo permite.

Los objetivos del cuidado son:

- Asistir a la persona, con la mejor calidad de recursos disponibles.
- Proveer un ambiente adecuado en el que la persona reciba los cuidados que requiere.
- Brindar contención psicológica a la familia.
- Contemplar la dimensión espiritual de la persona.

### **2.2. Cuidados de mantenimiento**

La mayoría de las personas en EV requieren los siguientes cuidados de mantenimiento:

- Higiene y medidas para evitar escaras.
- Nutrición e hidratación artificial. Alimentación a través de una sonda o gastrostomía.
- Terapia física para mantener el tono muscular y prevenir rigidez corporal, contracturas.
- Tratamiento de las infecciones y síntomas dolorosos.

### **2.3. Rehabilitación**

El paciente de acuerdo a su estado, puede recibir rehabilitación con la idea de maximizar la posibilidad de mejoría. Para una persona en esta situación, la rehabilitación apunta a dos metas:

1-La estimulación, ante cambios neurológicos que se presenten como mejoría y

2-Ayudar a la familia a comprender las perspectivas del paciente a corto, mediano y/o largo plazo. La rehabilitación puede incluir:

- Provisión de confort: higiene, prevención y tratamiento de escaras, manejo de alimentación y dolor.
- Cuidado médico especializado para prevenir y/o tratar complicaciones.
- Kinesioterapia para mantener los pulmones libres de secreciones, mejorar la postura y prevenir rigidez muscular y daño articular.
- Apoyo nutricional.
- Ayuda psicológica, espiritual y social para la familia.
- La ética de la caricia propone establecer una forma de comunicación con el paciente, personas frágiles confirmando con ellas que no han sido abandonadas. Hace posible el contacto, la proximidad.

Tanto la familia como los cuidadores son una parte valiosa de la tarea de rehabilitación. El equipo de salud puede prepararlos para desarrollar la continuación del tratamiento. Es muy importante para el equipo y la familia tener claro cuáles son las expectativas y metas a lograr ante la propuesta de rehabilitación o cualquier otro tratamiento en particular y, en especial, saber cuáles son las limitaciones. Cuando la rehabilitación no logra los fines buscados es el momento de considerar un cambio respecto de la conducta adoptada. Cuando esto ocurre, la evolución del paciente puede retroceder. Es importante comprender que la terapéutica puede tener efectos temporarios, cuyo beneficio no se sostiene a largo plazo.

#### **2.4. ¿Cuál es el rol de la familia y otros cuidadores?**

Los familiares y personas cercanas, tienen un papel valioso en el cuidado de los pacientes. Conocen a la persona y saben de sus preocupaciones, deseos y valores previos a la situación actual del paciente. La voz de dichas personas le resultará familiar. Pueden hablarle acerca de amigos e intereses en común, escuchar juntos su música preferida y brindarle seguridad con su presencia. Si el paciente tiene alguna conciencia del entorno, la familia y los amigos, serán las personas a quienes mejor responderá.

#### **2.5. Asistencia para la familia y los cuidadores**

Pocas familias pueden proveer cuidados por sí solas a un paciente con severo daño cerebral. Lo ideal es que compartan la tarea con los amigos y el equipo de salud. El sostén del equipo de salud lo incluye a usted. Es importante que en esta inclusión, usted permita ser ayudado para enfrentar los problemas y dificultades que se presentan en el cuidado de un paciente con severo daño cerebral.

#### **2.6. Los roles de la familia**

Los familiares que tienen a cargo el cuidado del paciente en EV, suelen comentar el impacto de la cantidad de roles que tienen que afrontar como, el cuidado personal de su familiar, la representación del paciente, la toma de decisiones, entre otras. Esto significa una empinada cuesta de aprendizaje que demanda esfuerzo. Converse con el equipo acerca de sus roles y de las decisiones que tiene que tomar. Busque apoyo y contención en el equipo de salud y sus amigos.

#### **2.7. Reconocimiento de los propios límites**

Algunos familiares pueden involucrarse en el cuidado diario del paciente de tal manera que supere su propia capacidad de respuesta. Esto implica un gran compromiso de trabajo y de sus recursos emocionales. Le sugerimos que pida ayuda al equipo de salud si se siente superado por la situación que está atravesando. Es importante que los familiares puedan expresar lo que piensan, lo que sienten, lo que observan y lo que hacen frente a la situación y evolución del ser querido.

### **3.- MANTENER ABIERTOS LOS CANALES DE COMUNICACIÓN**

El cuidado más efectivo que puede recibir la persona que está con daño cerebral se da cuando cada uno de los integrantes del equipo trabaja en forma conjunta en beneficio del paciente (familiares, médicos, enfermeras, terapistas, psicólogos, trabajadores sociales y otros cuidadores). El trabajo en equipo depende de la comunicación abierta, en un “ida y vuelta” entre sus miembros, familiares e integrantes del equipo de salud.

#### **3.1. ¿Quiénes deberían participar?**

El equipo de salud, los familiares del paciente y todos los profesionales involucrados en su cuidado.

#### **3.2. La comunicación con el equipo de salud**

En los estadios iniciales del proceso de enfermedad que atraviesa el paciente es difícil incorporar y recordar toda la información que se recibe sobre él. Si siente necesidad de información, hable con el equipo de salud, pregunte lo que quiera saber. No se preocupe por insistir o hacer la misma pregunta muchas veces. El equipo de salud necesita comunicarse con usted. Recuerde que es el familiar o el amigo cercano quienes saben más sobre los hábitos, deseos e intereses del paciente antes del daño cerebral sufrido. Usted debe sentirse con libertad de plantear sus esperanzas, dudas y las dificultades que percibe. A menudo, uno de las mayores problemas que plantean los familiares es saber cuánto va a mejorar el paciente, o si puede quedar en ese estado para siempre. Los médicos podrán darle pautas sobre la evolución, pero las respuestas a estas preguntas, muchas veces requieren tiempo para que puedan aclarar mejor la situación.

#### 4.- TOMA DE DECISIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO Y CUIDADOS

Con respecto a este tema, siempre hay nuevas decisiones a tomar. Las más comunes se refieren a: ¿Cuál es el mejor interés del paciente?, ¿Debería un determinado tratamiento iniciarse o discontinuarse?, ¿Dónde debería ser cuidado el paciente?, ¿Puede alguno de los tratamientos convertirse en una carga desproporcionada?, ¿Qué debemos esperar?

En Argentina contamos con el Código Civil y Comercial del año 2015 y dos leyes nacionales que se refieren a los derechos de los pacientes. La Ley 26.529/09 vinculada a los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud, y la Ley 26.742/12, conocida como “Ley de Muerte Digna”.

Estas normas establecen el derecho de todo paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, a ser informado adecuadamente, a manifestar su voluntad en cuanto a rechazar o aceptar los procedimientos quirúrgicos de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También se regula el derecho a rechazar tratamientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable como que se contemple la posibilidad del cuidado paliativo del paciente, si así lo requiriera.

##### 4.1. Planeamiento de un cuidado en forma anticipada

El consentimiento informado y las directivas anticipadas permiten conocer la voluntad del paciente, planeando en forma anticipada su propio cuidado en situaciones en las cuales se encuentra imposibilitado de expresar sus decisiones. En el caso que el paciente<sup>2</sup> hubiera dejado directivas anticipadas, estas son manifestaciones de su voluntad que constituyen una herramienta fundamental, para el equipo de salud y la familia, principalmente, en aquellos momentos críticos en que el paciente no puede tomar decisiones por sí mismo pero desea que se respete su autonomía.<sup>3</sup> Deben ser incorporadas a la Historia Clínica, como así también, puede asentarse en la historia, quien es la persona que el paciente prefiere para representarlo o bien, puede existir un “adelanto anticipado de sus deseos en situaciones que el paciente no puede manifestarlo”, expresado en conversaciones con familiares, amigos, profesionales de la salud u otros cuidadores, los cuales, deben ser tomados en cuenta.

##### 4.2. Los mejores intereses

Las decisiones acerca del cuidado del paciente deben considerar sus mejores intereses y para ello se tendrá en cuenta qué hubiera deseado el paciente para sí. Las decisiones deben respetar los deseos y valores del propio paciente y todo aquello que él o ella tuvieran como muy importante, aún si esto difiere de los puntos de vista de los familiares. Las decisiones también deben respetar los deseos del paciente en cuanto a tratamiento, si se los conociera. Sería más seguro, si la persona lo dejara asentado por escrito, o si usted u otro miembro de la familia pudieran evocar la situación en la que el paciente hubiera dicho por ejemplo, “Si esto me pasara, no quisiera esto para mí”.

##### 4.3. La Toma de Decisiones conjunta

Toda persona tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento médico, pero quienes están afectados por alguna de las situaciones que nos ocupa en este documento, no pueden ejercer este derecho por sí mismos. Otros deben tomar decisiones por ellos.

Los médicos le plantearán el mejor curso de acción a seguir, es decir, el tratamiento que creen más apropiado y accesible para el paciente. Esta información estará avalada por su conocimiento como especialista y por su experiencia. La familia y el equipo de salud, deben trabajar juntos considerando todas las opciones posibles.

---

<sup>2</sup> Ver Código Civil y Comercial y las leyes sobre Derechos de los Pacientes y ley de Muerte Digna, anteriormente mencionadas.

<sup>3</sup> En Argentina, las directivas anticipadas sobre salud, que puede disponer cualquier persona mayor de 18 años, debe formalizarse. Esa declaración o “testamento vital” podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.



#### **4.4. ¿Quién tiene la responsabilidad final de tomar las decisiones?**

Cuando la persona no puede tomar decisiones por sí misma, se recurre al representante, a quien se le reconoce la autoridad para hablar por el paciente que no puede expresarse. Esta persona debe:

- Haber sido elegido por el paciente, cuando se encontraba conciente.
- El equipo de salud deberá ser prudente, al momento de determinar quién o quiénes deciden en favor del paciente, ponderar y hacer prevalecer “en cada caso concreto” el legitimado (representante) que corresponda, en esquemas que no están predeterminados y que muchas veces dependen de la configuración de cada situación.
- Si alguien piensa que el representante no actúa respetando los mejores intereses del paciente, puede solicitar al equipo de salud y al Comité de Bioética del Policlínico que se considere la situación del caso.

#### **4.5. Una segunda opinión**

Usted, como familiar, puede solicitar una segunda opinión acerca del paciente enfermo. Algunas familias encuentran mayor seguridad en esta consulta médica para confirmar que lo que se está haciendo es lo correcto, o para resolver las dudas que pudieran tener. Si usted toma esta decisión, comuníquelo al equipo tratante.

#### **4.6. Distintos puntos de vista**

A veces, el equipo de salud y los familiares, difieren en sus puntos de vista sobre los mejores intereses del paciente. Los primeros, pueden sugerir un tratamiento que la familia siente que el paciente no hubiera deseado. O bien la familia o el representante prefieren un tratamiento que los médicos consideran inapropiado. Generalmente, estos temas se resuelven en el contexto del diálogo y una buena comunicación entre el equipo de salud y la familia.

#### **4.7. Resolver conflictos**

La familia, los cuidadores y el equipo de salud desean hacer todo lo posible para dar a los pacientes el mejor cuidado, aun cuando no siempre coincidan con la forma de alcanzarlo. Cuando existe un diálogo abierto entre familia y equipo, es posible que distintos puntos de vista coincidan o se busque un consenso. Si este no fuera posible puede recurrirse al Comité de Bioética como una instancia posible de ayudar a resolver el problema.

### **5.- EL CUIDADO DE LA FAMILIA Y DE LOS CUIDADORES**

#### **5.1. ¿Es normal sentirse como me siento?**

En el transcurso de esta experiencia con un familiar en estado vegetativo, usted puede experimentar distintos pensamientos y sentimientos. En primer lugar aparece el shock que provoca el conocimiento de la lesión inicial y la lucha por la vida en la etapa de internación del paciente; luego, se presenta el planteo de cómo están las cosas, las pérdidas y cambios, así como las decisiones a tomar sobre los cuidados del paciente.

Los sentimientos son a menudo confusos -de gran tristeza, ira, pena, culpa, esperanza, rechazo, depresión, amor, ansiedad, impotencia, desesperanza-, y se presentan con gran intensidad. También pueden darse sentimientos de ampliar el cuidado, involucrarse más, sentir mayor responsabilidad, amor y entrega. A todas las personas frente a esta situación les puede pasar y responder de un modo diferente. Con frecuencia, surgen sentimientos ambivalentes, por ejemplo: esperanza en la mejoría alternando con pesimismo y deseos que el sufrimiento se termine. Esto es normal y no debemos abrir juicios de valor sobre los sentimientos propios o ajenos, sino tratar de expresarlos, compartirlos y comprenderlos.

#### **5.2. Pedir ayuda**

Es de esperar que la familia reclame y reciba sostén cuando lo pida, tanto en un momento dado como a futuro. Solicite y acepte ayuda cuando la necesite. También puede requerir tomarse un tiempo cuando no está en condiciones de continuar brindando cuidados. Lo importante es que usted tome conciencia que la situación por la que atraviesa su ser querido, también lo puede afectar. Haga lo posible por cuidarse y cuidar a su familia. Los cuidadores a menudo se descuidan; trate de hallar los medios para mantenerse bien. Haga regularmente cortes en su tarea de cuidar al familiar. Busque a alguien

con quien pueda compartir sus sentimientos. No se imponga consignas irrealizables y mantenga contactos sociales abiertos que le permitan comunicarse. Consulte al equipo de salud y pida ayuda.

### **5.3. Cuando el paciente fallece**

Cuando esto ocurre, los familiares y cuidadores pueden llegar a sentir ambivalencia e incertidumbre acerca de cómo se debe reaccionar. El dolor puede asociarse con alivio, perplejidad, agotamiento y/o culpa.

Muchas familias logran contención en esta situación particularmente difícil, a partir de otros familiares, amigos, profesionales especializados o un asesor espiritual. A veces ayuda volver a comunicarse con el equipo de salud que asistió a su familiar, en relación a la situación vivida o simplemente para saludar al equipo, después de haber compartido un largo y penoso camino.

## **GLOSARIO**

### **Caricia**

Permite establecer una forma de cuidado en la comunicación con el paciente, haciendo posible el contacto, la proximidad.

### **Cuidar**

Significa proteger y satisfacer las necesidades de una persona incluyendo el tratamiento.

### **Cuidador**

Persona que provee cuidados al paciente. Puede ser una actividad rentada o no.

### **Directivas anticipadas**

Conjunto de decisiones en relación al cuidado futuro de la salud de una persona para ser tomadas en cuenta por el equipo de salud tratante y la familia, en el caso de que esa persona fuera incapaz de hacerlo en un momento crítico, en donde no puede expresar su voluntad en forma directa.

### **Consentimiento Informado**

Proceso por el cual el paciente decide en forma voluntaria una propuesta terapéutica. El consentimiento requiere que la persona haya sido claramente informada para poder decidir.

### **Planificación anticipada del cuidado**

Es el proceso por el cual una persona discute y fija pautas sobre los futuros cuidados de su salud en el caso de que se encuentre incapacitado para tomar decisiones y designa a su representante, para que tome esas decisiones en su nombre.

### **Muerte encefálica (cerebral)**

Se refiere al estado en el cual todas las funciones cerebrales (tronco encefálico y corteza cerebral) cesan en forma permanente. La respiración se puede mantener artificialmente a través de un aparato mecánico. El corazón late autónomo por un tiempo y otros órganos funcionan mientras dura el sostén. La muerte cerebral se diagnostica evaluando la causa subyacente y cuando la extensión del daño cerebral es de tal magnitud que todas las funciones han cesado, el cese es permanente y tras haber descartado otras causas que puedan suprimir, transitoriamente, las funciones cerebrales. Luego de un período en que los médicos determinan la progresión y extensión de la enfermedad, si se confirma que la función cerebral está completa y permanentemente perdida, se realizan una serie de pruebas clínicas para confirmarla.

### **Mejores intereses**

Los mejores intereses de una persona son aquellos que se toman en cuenta para decidir sobre el tratamiento que recibirá el paciente. Incluye los siguientes ítems:

- Los valores, creencias e intereses de la persona.
- Los deseos previamente expresados por la persona, hasta donde puedan determinarse y en tanto las circunstancias, se correspondan con la situación que la persona imaginó cuando expresó esos deseos.

- Si se asume que los deseos familiares se corresponden con los intereses de la persona, los deseos de la familia o la persona que el paciente eligió como quien representa sus mejores intereses.
- Los beneficios y riesgos que ocasionan los tratamientos y las consecuencias que puede producir el no tratamiento, habiendo considerado el pronóstico en el momento de tomar la decisión.
- Las posibilidades que ofrece otras opciones de tratamiento.
- La naturaleza y nivel de riesgos asociados con el tratamiento y/u otras opciones.

### **Dignidad**

Es una noción compleja que asocia el respeto por el valor de un individuo como miembro de la humanidad (principio de igualdad), con el atributo de poder hacer elecciones racionales en forma autónoma (principio de libertad). Es decir que la dignidad incorpora, el respeto por la persona, el respeto por su autonomía y el respeto por su privacidad. Un individuo que tiene limitada su capacidad de decisión sobre elecciones racionales, mantiene su dignidad por ser parte de la humanidad.

### **Integridad**

El concepto de integridad se vincula estrechamente con los de dignidad humana y autonomía de la persona. El derecho a la integridad es el que toda persona tiene a que se respete y se proteja su integridad psicofísica y moral ante actos de terceros.

### **Proporcionalidad**

Se refiere a considerar la medida más idónea, necesaria y proporcionada en relación al objetivo perseguido, de tal modo que se justifica éticamente limitar el esfuerzo terapéutico, como no iniciar o discontinuar el uso de técnicas para prolongar la vida, cuando su aplicación signifique una carga, sacrificio o sufrimiento para el paciente, desproporcionado al beneficio esperado, cuyo uso puede ser descrito mejor como una prolongación de la agonía y por lo tanto, alejado de una buena práctica médica.

### **Objeción de conciencia**

Es el derecho de los miembros del equipo de salud, a no intervenir en determinadas prácticas médicas siempre que su decisión no ponga en riesgo cierto, ni la vida ni la salud del paciente para lo cual debe procurar ser reemplazado a tiempo (adecuada instrumentación).

Los pacientes también pueden tener objeción de conciencia frente a determinadas prácticas médicas, rechazándolas.

### **Comité de Bioética**

Son equipos interdisciplinarios formados por, médico, enfermera, psicóloga, representante de la comunidad, abogados, sociólogos, entre otros, que se ocupan de los conflictos o dilemas éticos que surgen de la atención de los pacientes en su relación con el equipo de salud, aportando a través de sus recomendaciones la posibilidad de buscar la toma de decisiones más adecuada.