



BIOÉTICA Y EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

-Dra. Alicia Mariela Velázquez Pérez¹ Especialista de primer grado en Medicina General integral. Profesor Asistente. Departamento Rector. Ucimed-FAR. <http://orcid.org/0000-0003-1659-4854>.

-Dra. Gisel Reyes Castro ^{1*} Especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Epidemiología. Profesor Auxiliar de Salud Pública. Departamento Rector. Ucimed-FAR. <https://orcid.org/0000-0002-3922-4509>

-Dra. Yisset Valdés Savin¹ Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Departamento Rector. Ucimed-FAR. <http://orcid.org/0000-0002-7292-1883>

Dra. Keyla Gaquín Ramírez¹ Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Máster en atención Integral al niño. Profesor Auxiliar. Segunda Jefa del Departamento Rector. Ucimed-FAR. <http://orcid.org/0000-0001-7351-887X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de las FAR.

*Autor para la correspondencia. Correo Electrónico: aliciamarivelaz@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el manejo de diversas cuestiones éticas y morales del paciente en estado terminal constituye un inmenso desafío para la salud pública a nivel mundial. **Objetivo:** destacar el papel de la bioética en la atención al paciente en fase terminal. **Desarrollo:** el abordaje de las conductas y de los cuidados a los pacientes terminales tienen el propósito de buscar el confort y el alivio del sufrimiento del paciente. El enfermo terminal presenta signos y síntomas que traen consigo cambios fisiológicos, psicosociales y espirituales, que exigen de un equipo multidisciplinario dispuesto a garantizar el bienestar y la analgesia total. A través de una comunicación simple, franca y honesta, seguida de una escucha activa, el médico debe ofrecer medidas de confort y prácticas de cuidado, interrumpiendo terapias que no ofrezcan beneficio. Los profesionales de la salud deben respetar todas las dimensiones del individuo, su autonomía y sus peculiaridades, así como elaborar un plan terapéutico singular que abarque todas las cuestiones de los pacientes. **Conclusiones:** las



universidades deben fomentar el desarrollo de la bioética en la formación de los profesionales de la salud, pilar fundamental para garantizar la excelencia de la atención a pacientes terminales.

Palabras claves: bioética, fase o estado terminal

INTRODUCCIÓN

Durante milenios, la actitud de la humanidad hacia la mortalidad fue de resignación. Salvo en las guerras o en expediciones de cacería, botín o conquista de territorios, la muerte ocurría en un contexto familiar; el enfermo moría en su casa, rodeado de la familia y amigos. ⁽¹⁾

El conocimiento biológico y los avances tecnológicos han hecho que la muerte sea más problemática, una fuente de dilemas éticos y de decisiones difíciles, que generan angustia y dudas. En el siglo XX surge la bioética, un campo de conocimiento que contribuye para que el profesional repiense su papel fundamental en la salud. La medicina, ya constituida como saber científico, desarrolló cada vez con más fuerza su paradigma biomédico. ⁽¹⁻³⁾

Los Cuidados Paliativos (CP) en el paciente terminal, han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud como “Un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas de pronóstico letal y la de sus familias, por medio de la prevención y el control del sufrimiento con la identificación precoz, la evaluación y el tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y existenciales.” ⁽⁴⁾

La bioética del estado terminal también plantea dilemas éticos en torno a cuestiones como la eutanasia, el suicidio asistido, la limitación del esfuerzo terapéutico y la toma de decisiones en torno al final de la vida. Estos temas suscitan debates profundos en la sociedad y plantean desafíos éticos complejos que requieren un enfoque ético riguroso y una reflexión cuidadosa sobre los valores y principios que guían la práctica médica y la toma de decisiones en el ámbito de la salud. ⁽⁵⁾

Los principios que rigen la actuación ética en los pacientes que reciben cuidados paliativos no difieren de los principios rectores de cualquier otro acto relacionado con la atención médica, ya que toda acción debe estar dirigida al beneficio del ser humano sin provocar daños. ⁽⁶⁻⁹⁾



La Constitución de la República de Cuba consigna entre los derechos, deberes y garantías fundamentales, «el derecho de todos los ciudadanos a que se atiendan y protejan su salud», teniendo como referencia el marco legal y el concepto actual de salud, en el que cobran vigencia los 3 principios fundamentales que forman el triángulo bioético: autonomía, justicia y beneficencia. ⁽¹⁰⁾

Paralelo al progreso de los últimos años en el tratamiento a los pacientes con una enfermedad terminal, la Atención Primaria de Salud (APS) ha perfeccionado su actuación con el actual enfoque de promoción de salud, prevención y diagnóstico precoz, así como con el enfoque multidisciplinario de la terapéutica, la rehabilitación y los cuidados paliativos. ⁽¹¹⁾ Este trabajo tiene como objetivo destacar el papel de la bioética en la atención al paciente en fase terminal.

DESARROLLO

La Bioética es una ciencia altamente dinámica, porque plantea la necesidad de ajustarse a conceptos de moral que no son rígidos, sino que dependen de la evolución de la sociedad, en su constante desarrollo. La Medicina avanza cada vez más a pasos acelerados, y plantea nuevas formas a un problema que ya es viejo; el respeto a la vida humana. ^(1,3,12)

Las cuestiones relativas al final de la vida, constituyen un tema desafiante dado que involucra conceptos vinculados con la ciencia, la religión, las leyes, la bioética y la moral. El abordaje que cada profesional ofrece a cada una de estos elementos genera diferencias que ocasionan o conllevan conflictos éticos, en ocasiones dilemas, los cuales demandan reflexiones críticas e involucran a toda la sociedad. ^(13,14)

La atención al paciente en fase terminal abarca todos los dilemas bioéticos, vinculados al momento de la muerte. Matar a alguien que sufre sin solución o dejar que muera sin hacer grandes esfuerzos para prolongar su agonía, constituyen decisiones muy polémicas dentro de la medicina actual. ^(1,6)

Existen cuestiones a debatir por los profesionales de la salud, responsables de atender a este tipo de paciente. Emplear todos los recursos a nuestro alcance, aunque esta persona siga sufriendo, aún sabiendo que no podemos salvar su vida; decirle a alguien que su muerte está próxima, o dejar que sea engañado, escatimándole el derecho a disponer de sus últimos días, son algunas de ellas. ⁽¹²⁻¹⁴⁾ Los cuidados paliativos en el paciente terminal



constituyen una estrategia de atención que se centra en el paciente y en su entorno (familia). Esta, procura proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes, reafirmar la vida y la calidad de la misma. ^(1,13-16)

Abordar la muerte como un proceso normal en el desarrollo de la vida en su totalidad, no acelerar ni aplazar la muerte, integrar los aspectos psicológicos y espirituales a la asistencia al enfermo, constituyen pilares fundamentales en la atención al paciente terminal. Para ello es imprescindible ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

A partir de 1984, con el surgimiento del Programa del médico y enfermera de la familia, se fortalece la Atención Primaria de Salud en Cuba. Este programa promueve el enfoque clínico-epidemiológico-y social de los problemas de salud de la comunidad. ⁽¹¹⁾

Los médicos cubanos educados en una ética comunista, enfrentan delicadas y difíciles situaciones que demandan de ellos pericia, comprensión, conocimientos y habilidades en la toma de decisiones. Una de ellas es el enfrentamiento a un paciente en estado terminal. Basados en la premisa de que la salud es el bien máspreciado de cada hombre, excluir de la vida del individuo el sufrimiento, el dolor temporal o definitivo, ya de por sí, es un gran reto. ⁽¹¹⁻¹⁷⁾

La Medicina, además de ciencia es un arte. Mejorar la situación, saber escuchar al paciente y que éste conozca su enfermedad por parte de su médico de familia, crea mejor interrelación. No puede existir divorcio entre la acción humanitaria, la conducta adecuada y la honestidad profesional; la ética médica reconoce esta necesidad y proclama como uno de sus principios humanos tal modo de actuación. ⁽¹¹⁾

Emplear un enfoque de equipo multidisciplinario (médico de familia, oncólogo, enfermero, psicólogo, trabajador social, un sacerdote o referente espiritual) para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente mejorar la calidad de vida e influye positivamente en el curso de la enfermedad.

En la búsqueda constante de una mejor calidad en la atención, realizar cuidados paliativos implica trabajar en red de una manera coordinada, que vincula, consultorios del médico y enfermera de la familia y el domicilio del paciente. ⁽¹⁷⁾ En el ámbito bioético, los



profesionales de la salud debaten temas candentes como son: la muerte médicamente asistida, la eutanasia, la obstinación y el abandono terapéutico. Los tratamientos proporcionados o no, extraordinarios o no, respeto de la autonomía, principios de beneficencia, de justicia sanitaria y la muerte digna, generan disímiles puntos de vista. ⁽¹⁸⁾

Sin embargo, es necesario dejar en claro que digna no es la muerte, sino el ser humano. Una dignidad que no se reduce porque esté gravemente enfermo, ni porque padezca un cuadro invalidante, ni porque dependa de manera parcial o total de los demás para sus actividades. La dignidad implica una actitud de respeto, acompañamiento, empleo de recursos asistenciales y sobre todo de un cuidado generalizado de cada una de las dimensiones que nos constituyen como personas. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Respetar la dignidad conlleva respetar a cada ser humano como un fin en sí mismo, con derecho a recibir la información adecuada y acorde a sus propios intereses y necesidades, para deliberar y tomar decisiones en función de lo que considera beneficioso para sí mismo, siempre y cuando lo que escoja no implique un grave riesgo para sí ni para terceros.

Así deviene el principio de respeto de su autonomía, que constituye una obligación del personal de salud: respetar el derecho a la autodeterminación, el respeto a los derechos de confidencialidad, privacidad e intimidad, veracidad, consentimiento o rechazo informado que cada paciente posee. ⁽¹⁶⁻²⁰⁾

Para que una acción sea autónoma debe ser intencional, con conocimiento y sin influencias externas. Por lo tanto, un paciente autónomo o quien represente su autonomía, debe poseer información adecuada y veraz. La misma debe ser transmitida con el respeto de los valores éticos correspondientes. ⁽²¹⁾

La comunicación de la situación real de cada paciente, resulta indispensable para promover una toma de decisiones compartidas, mejorar la adherencia a los tratamientos, o lograr actitudes colaborativas tanto en el paciente como en su entorno, sobre todo en las situaciones que generan tanta angustia y frustración como son los procesos de fin de vida.

Si se toma la decisión de no dar el diagnóstico, de alguna forma el paciente acabará por conocerlo, aunque luego venga una etapa de negación; la verdad, puede sostenerse siempre planteándola con algún optimismo, con esperanza; la mentira, es un insulto para los pacientes y otros pueden considerarnos ineptos en la profesión. ⁽²²⁻²⁶⁾



Una adecuada comunicación abre perspectivas para enfrentar la situación y saber con exactitud lo que el paciente desea conocer y lograr llevarlo a la convicción de que la vida tiene significado, aún en los momentos terminales de ésta. La mejor opción siempre será informar al paciente y la excepción, no hacerlo o hacerlo de forma incompleta. ^(1,22-26)

La beneficencia es otro principio ético crucial en la bioética del paciente en estado terminal. Consiste en la obligación de los profesionales de la salud de actuar en beneficio de los pacientes, procurando su bienestar y atendiendo a sus necesidades emocionales, físicas y espirituales. En el caso de un paciente en estado terminal, la beneficencia implica proporcionar cuidados paliativos adecuados, aliviar el sufrimiento y garantizar una atención integral que respete la dignidad y la calidad de vida del paciente. ⁽²²⁻²⁷⁾

La no maleficencia es un principio ético que exige a los profesionales de la salud no causar daño a los pacientes y evitar cualquier práctica que pueda perjudicar su bienestar. En el contexto del estado terminal, la no maleficencia se traduce en la necesidad de evitar tratamientos fútiles o agresivos que solo prolonguen el sufrimiento del paciente sin ofrecer beneficios reales. Es importante evaluar con cuidado los posibles beneficios y riesgos de cualquier intervención médica y buscar siempre el mayor bienestar para el paciente. ⁽²²⁻²⁷⁾

La justicia es un principio ético que busca garantizar la equidad y la distribución justa de los recursos en el ámbito de la salud. En el contexto del estado terminal, la justicia implica que todos los pacientes, independientemente de su situación socioeconómica o cultural, tengan acceso a cuidados paliativos de calidad y a un tratamiento digno y respetuoso al final de sus vidas. Es fundamental promover políticas y prácticas que garanticen la equidad y la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención médica para todos los pacientes en estado terminal. ^(10,22-27)

Salvar, curar y sanar al paciente enfermo han sido las funciones que, por años, les han asignadas a los médicos. En algunos casos cumplir con estos objetivos ocasiona la prolongación de la agonía y el sufrimiento del paciente. Ante tan compleja situación, cuando ya no es posible curar o evitar la muerte, el personal médico tiene entonces la obligación de cuidar y aliviar. ⁽²²⁻²⁷⁾



Otro aspecto a considerar, es si el diagnóstico se realizó en la Atención Secundaria, o si le toca al médico de la familia enfrentar la situación por primera vez. El médico puede entrar en una contradicción entre su función y responsabilidad de curar y la frustración de no poder hacer nada ante el paciente, lo cual le creará una gran ansiedad al comprender que la salud es el bien máspreciado del hombre. ⁽²²⁻²⁷⁾

Existen aspectos a considerar por el profesional al enfrentar esta situación: la edad, nivel cultural, situación social, estado psíquico actual, grado de extensión de la enfermedad, si el progreso es activo o estable, así como la forma en que llegue la información, la cual no puede ser asumida con un frío realismo. ⁽²⁰⁻²⁶⁾

Merece especial atención la actitud ante la muerte "socialmente solicitada". En ocasiones ocurre, que cuando en un paciente el sufrimiento se prolonga, los familiares piden el cese de las medidas terapéuticas, para que la muerte sobrevenga más rápido y se extinga la condición que provoca el sufrimiento. Ante tal situación el médico conecedor de las implicaciones de tales realidades, debe practicar como premisa de su conducta, la lucha por la vida; en estos casos, no se trata de suprimir el fenómeno, sino de evitar su manifestación social negativa. ⁽²⁴⁻²⁷⁾

Demostrar sensibilidad humana al paciente que sabe que se enfrenta a la muerte en un plazo breve, denota integridad en la conducta del profesional que debe ser todo un paradigma de moralidad. De forma empática, debe acercarse a quien ya sabe que su integridad física está amenazada y a quien debemos apoyar, para que pueda transitar por el momento que da fin a su existencia.

La muerte es el evento más natural de la vida; todo lo que vive va a morir, por tanto, debe enfocarse de esa manera, tanto para el que va a morir, como para sus familiares y el médico debe prepararse para enfrentar esta situación, actuando como amigo más que como médico y asumiendo el papel de apoyo psicológico y moral; ayudando a que su tránsito final se realice de la forma menos difícil para el paciente.

Los conceptos morales de dominio humano, ejercen sobre el hombre un poder inmenso, la vida puede vivirse sin orden ni ley, pero muchos aspiran a lograr de ella, dignidad y distinción. Cuando para el individuo la vida tiene un sentido, este es capaz de movilizarse, de transformarse haciendo aflorar sus capacidades. La presencia del sentido de la vida, es



sinónimo de salud física y mental; la libertad de pensar, decidir y valorar puede constituir nuestra tabla de salvación aún en las circunstancias más extremas. Los médicos, pueden cambiar el sentido de la vida de los pacientes y hacer crecer su autoestima, orientando correctamente su ideología. ⁽²²⁻²⁷⁾

En los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal, lo más frecuente que se crea en ellos, es una actitud altamente ansiosa, con tendencia a la depresión, una elevada demanda de atención, una anticipación pesimista de futuro. ⁽²⁴⁻²⁷⁾ En este sentido, el conocimiento de la enfermedad y cómo participar activamente en el tratamiento, favorecen sentimientos de control en la persona, equilibrio emocional y motivación para el tratamiento médico, ofreciendo sentimientos de seguridad y confianza; por el contrario, el desconocimiento e incertidumbre, proporcionan más ansiedad, agresividad y conductas inapropiadas.

Algunos ven su enfermedad como un castigo, por algo que hicieron mal, por lo que debemos ofrecer una solución optimista que excluya esta apreciación; a otros, los toma desprevenidos y para estos es el fin de todo; hay unos que no quieren saber lo que tienen mientras otros lo solicitan y asimilan. Hay un grupo que acepta la enfermedad, replanteándose su vida y consiguiendo un sentido de la misma, a través de las relaciones familiares más profundas, de un camino espiritual o de la búsqueda del cumplimiento de una meta, que comprometa a todo el ser.

El dolor y el sufrimiento, asociados a estas enfermedades, constituyen un contenido esencial dentro de la ética de la salud, por lo que deben estar en el centro de las concepciones teóricas del profesional y al lado de sus conocimientos científicos y técnicos; ya no podemos curar al individuo, pero sí ayudarle a vivir lo más felizmente que su condición lo permita.

Se debe tener perfectamente informados a algunos familiares allegados al enfermo, teniendo en cuenta cada situación en particular, valorar la forma de decir las cosas, por lo que debemos emplear todo el tacto y la delicadeza, de que seamos capaces.

Debe existir la más absoluta comprensión hacia las preocupaciones y planteamientos familiares, la dedicación más completa, el consecuente apoyo emocional y el respeto a ésta. Preparar a los familiares para una realidad ineludible, la pérdida en la estructura familiar, tendrá una mayor o menor repercusión en dependencia de lo que el paciente en sí represente para su núcleo familiar.



Hoy en el quehacer diario, los médicos de familia garantizan morir con dignidad en el seno del hogar, como muchos reclaman, ya que una vez identificados estos pacientes con enfermedades malignas o crónicas en fases avanzadas, se responsabilizan enteramente con su atención, previa autorización de la familia y además, desde ese momento están obligados a tratar de manera adecuada todas aquellas manifestaciones de la enfermedad, que puedan ocasionar o aumentar el malestar o dolor y puedan hacer que la vida acabe en medio de gran sufrimiento.⁽⁵⁾No solo el dolor físico hace padecer al moribundo, pueden asociarse otros síntomas orgánicos (disfagia, incontinencia, escaras) y de índole psíquico (depresión, intranquilidad, insomnio), que pueden hacer que el paciente termine sus días de un modo muy infeliz, por eso es que el médico debe realizar todas las acciones para aliviar estas situaciones, ya que aunque se alargue la agonía del paciente, pueden hacer más tolerable el período final; así mismo no se debe dejar sin alivio el dolor, sin escatimar dosis de narcóticos, bloqueos para estos fines y cualquier otra acción que sea necesaria.

CONCLUSIONES

La Bioética es una ciencia dinámica y su esencia es el respeto a la vida. En la atención y seguimiento al paciente en estado terminal, lo más importante es "cómo hacerlo". El Programa del médico y enfermera de la familia, desde su instauración, ofrece enormes posibilidades de enseñar y preparar a los pacientes para "morir con dignidad". Mantener una adecuada comunicación con el enfermo y la familia, procurar el bienestar humano y que se cumplan los principios de autonomía y consentimiento informado, son elementos esenciales de la Bioética. Las universidades deben fomentar el desarrollo de la bioética en la formación de los profesionales de la salud, como pilar fundamental para garantizar la excelencia de la atención a pacientes terminales.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Auat Cheeina C. Cuestiones bioéticas involucradas en los Cuidados Paliativos: desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Archiv. med. fam. gen.* 20(2): 4-10, jul. 2023.



- 2- Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 15 Nov 2022]; 35 (4) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1106>
- 3- Lagos Garrido M, Guerrero Nuñez S, Rimassa C. Fortalecimiento del recurso humano para la atención de personas con enfermedades crónicas. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2022 [citado 24 Nov 2022]; 38 (3) Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1947>
- 4- Betancourt-Betancourt G, Rivero-Castillo J, Betancort-Reyes G. La adecuación del esfuerzo terapéutico en la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 24 Nov 2022]; 34 (2) Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/394>
- 5-Betancourt Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas [Internet]. 2011 [citado 15 Nov 2022]; 11 (2) :[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33>
- 6-Sandoval-Gutiérrez José Luis. Reflexiones sobre la vida y muerte digna. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Nov 24] ; 155(3): 19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132019000300019&lng=es. Epub 01-Jul-2021. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.19005170>.
- 7- Ceconello L, Erbs EG, Geisler L. Conduatas éticas e o cuidado ao paciente terminal. Rev Bioét [Internet]. 2022Apr;30(2):405–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302536PT>
- 8- Macedo JL . A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer. Sex, Salud Soc (Rio J) [Internet]. 2020May;(35):237–59. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.12.a>
- 9- Domínguez-Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 15 Nov 2022]; 35 (4) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1106>



10-Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. 2019. Disponible en:<https://www.parlamentocubano.gob.cu/index.php/constitucion-de-la-republica-de-cuba>

11- Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>

12-Estella Á, Saralegui I, Rubio Sanchiz O, Hernández Tejedor A, López Camps V, Martín MC, et al. Rev Med Intens (English Edition), 44(2). 2020,101-112

13-Macedo JL. Sexualidad, Salud y Sociedad - Rev Latin. (35). 2020, 00-00 / / www.sexualidadsaludysociedad.org256. Disponible en:<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.12.a>

14-Ferreira MC, de Q Oliveir MAN, Assis TA, de Fontoura VAO, Oliveira E. G, Gonçalves, MBP, et al. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado à pessoa em tratamento oncológico. Revista Baiana De Enferm (35). 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43346>

15-Macchi MJ, Pérez MV, Alonso JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. Rev latin Sex, sal y soc. (35). 2020, 218–236. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.11.a>

16- Hernández Zambrano SM, Carrillo Algarra AJ, Estupiñan Avellaneda YJ, González Rodríguez AC, Martínez Herrera E, Enciso Olivera CO, et al. Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. Rev repert med y cir. 29 (2). 2020. ,111–121. Disponible en: <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217273.934>

17-Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro UB, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. Rev Bioét.28(1). 2020, 135–146. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>



18-Cecconello L, Emelly Gabriele E, Letícia G. Conductas éticas y el cuidado al paciente terminal. Rev. bioét. (Impr.) ; 30(2): 405-412, abr.-jun. 2022.

19-Pittelli SD, Oliveira RA de, Nazareth JC. Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único. Rev Bioét [Internet].28(4). 2020,604-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284423>

20-Piedade MAO, Cardoso Filho CA, Priolli DG. Prevalence of palliative sedation in the State of São Paulo: an emerging medical demand. einstein (São Paulo) [Internet]. (18). 2020. Disponible en: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5395

21-Mendes PB, Oliveira JR de, Pereira A de A. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. Rev Bioét [Internet]. 2022Oct;30(4):837-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304574PT>

22-Dias LM, Bezerra MR, Barra WF, Nunes R, Rego F. Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. Rev Bioét [Internet].30(3).2022,525-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303546PT>

23-Cecconello L, Erbs EG, Geisler L. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. Rev Bioét [Internet].30(2). 2022,405-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302536PT>

24-Ordóñez Vázquez NA, Monroy Nasr Z. Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares. rev.latinoam.bioet. [Internet]. [cited 2024 Apr 08] ; 21(2).2021, 11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022021000200011&lng=en. Epub Dec 31, 2021. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4837>.

25-Almeida NPC, Lessa PHC, Vieira RF, Mendonça AVP. Ortotanásia na formação médica: tabus e desvelamentos. Rev Bioét [Internet]. 29(4).2021,782-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511>

26-Sobreiro IM, Brito PCC, Mendonça AR dos A. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. Rev Bioét [Internet].29(2).2021, 323-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292470>



27-Bedrikow R. Eutanásia sob a perspectiva da bioética e clínica ampliada. Rev Bioét [Internet]. 28(3).2020, 449–54. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283406>