ARTÍCULO ORIGINAL

Gac Méd Caracas 2026;134(Supl 3):S835-S842
DOI: 10.47307/GMC.2026.134.s3.14

Sedación profunda en enfermos terminales

Deep sedation in terminally ill patients

Fabio Fuenmayor

RESUMEN

La sedación profunda en pacientes terminales es un procedimiento médico indicado para abolir la conciencia de una persona con enfermedad terminal que padece un sufrimiento insoportable o un agotamiento extremo debido a síntomas refractarios al tratamiento. Debido a su carácter excepcional, no constituye una práctica rutinaria ni frecuente, por lo que su aplicación exige una rigurosa evaluación bioética. Asimismo, presenta marcadas diferencias respecto de los procedimientos eutanásicos y no sustituye los tratamientos médicos indicados para las dolencias del paciente. El presente artículo aborda los conceptos fundamentales de la sedación profunda en la etapa terminal, los criterios clínicos para su indicación, la evaluación de sus aspectos bioéticos, así como las pautas de aplicación práctica y los elementos que la distinguen de la eutanasia.

Palabras clave: *sedación, enfermedad terminal, síntomas refractarios, bioética, eutanasia*

SUMMARY

Deep sedation in terminally ill patients is a medical procedure indicated to eliminate the consciousness of a person with a terminal illness who is experiencing unbearable suffering or extreme exhaustion due to symptoms refractory to treatment. Given its exceptional nature, it is neither routine nor frequent; therefore, its implementation requires a rigorous bioethical assessment. Furthermore, it differs significantly from euthanasia procedures and does not replace the medical treatments indicated for the patient's ailments. This article addresses the fundamental concepts of deep sedation in the terminal stage, the clinical criteria for its indication, the evaluation of its bioethical aspects, as well as practical application guidelines and the elements that distinguish it from euthanasia.

Keywords*: sedation, terminal illness, refractory symptoms, bioethics, euthanasia*

ORCID:
0009-0008-4634-1907

***Autor**: Fabio Fuenmayor. Teléfono: 0412-2251652.E-mail: ffuenmayor62@gmail.com

Médico cirujano. Especialista en Anestesiología. MSc. en Bioética. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026
Aceptado: 08 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

La sedación profunda en enfermos terminales constituye una intervención médica compleja desde el punto de vista técnico y altamente debatida en el ámbito bioético. Consiste en la abolición de la conciencia en pacientes con enfermedad terminal que experimentan un sufrimiento insoportable derivado de síntomas refractarios al tratamiento disponible, o bien que presentan un estado de agotamiento extremo e infructuoso (1,2). Al igual que en cualquier procedimiento clínico, resulta fundamental definir con precisión sus indicaciones y

objetivos, así como ponderar los dilemas bioéticos asociados; más aún al tratarse de un recurso que suprime la conciencia del paciente y, por ende, su capacidad para revocar el consentimiento informado durante el acto médico. Aunque los distintos modelos bioéticos facilitan la toma de decisiones, en el contexto del final de la vida, los plazos se reducen y no siempre se dispone de la información completa para realizar una evaluación holística (3) que integre las dimensiones histórica, social y personal del individuo o de sus familiares al solicitar la sedación. No obstante, el abordaje analítico desde los modelos personalista y principialista ofrece un marco idóneo para orientar la indicación del procedimiento y prevenir la medicalización excesiva en la etapa terminal.

Dado que la intervención se realiza en la fase final de la enfermedad, la inminencia de la muerte representa un factor crítico a considerar, pues se interviene en una vivencia única e irrepetible del ser humano: su proceso de morir. Por este motivo, resulta inviable aplicar protocolos de actuación rígidos, lo que hace imperativa la individualización de cada caso.

Algunos autores identifican la sedación profunda en enfermos terminales como un tipo de eutanasia "lenta y misericordiosa" (4). Esto demuestra que no se tienen claros los conceptos y los objetivos de los procedimientos médicos que, aun cuando se asemejen por sus consecuencias visibles, se diferencian mucho en cuanto a sus propósitos y significados clínicos.

Definiciones

Enfermo terminal: persona que padece una enfermedad que no puede curarse, detenerse ni retrasarse y que se encuentra en una fase tan avanzada que determina un pronóstico de vida de días o de pocas semanas (5).

Sedación: del inglés sedation (6), es el acto de calmar mediante un sedante. Un sedante es un medicamento que comúnmente induce calma en el sistema nervioso (7). Los grupos de medicamentos con efecto sedante son: benzodiacepinas, hipnóticos, antipsicóticos, neurolépticos, anticonvulsivantes y antihistamínicos, entre otros.

Sedación profunda: es un procedimiento médico que consiste en abolir la conciencia del paciente sobre una sintomatología refractaria, o sobre un procedimiento traumático (2,7).

Síntoma refractario: es aquel que no puede mitigarse tras la aplicación de todos los procedimientos médicos adecuados disponibles (2).

Sufrimiento insoportable: es aquel padecimiento que genera un malestar de tal magnitud que el paciente prefiere dejar de tener conciencia de sí mismo.

Criterios médicos para la administración de la sedación profunda

Tal como se ha señalado, la sedación profunda en el paciente terminal consiste en la abolición de la conciencia para aliviar uno o varios síntomas que resultan incontrolables con el tratamiento médico adecuado y disponible. Dichos síntomas refractarios generan en el enfermo un sufrimiento insoportable o un estado de agotamiento extremo. Esta intervención se considera una medida de excepción en los cuidados paliativos, cuyo propósito fundamental es el control sintomático, la optimización de la calidad de vida y la preservación de la autonomía del paciente. Aunque la sedación se indica cuando el control de los síntomas fracasa, conlleva un impacto deletéreo en la autonomía funcional del individuo. No obstante, en situaciones de agotamiento severo derivado de intervenciones previas, el recurso a la sedación profunda intermitente puede constituir una opción válida para preservar el bienestar y la dignidad en la etapa final.

El sufrimiento insoportable constituye una condición altamente individualizada e intrínseca al paciente terminal. De carácter multifactorial, se articula a partir de una interacción de síntomas físicos, psicológicos, así como de determinantes personales y socioambientales. Por ello, se

requiere una evaluación y un abordaje sistemáticos de cada uno de estos factores, previos a la solicitud del consentimiento informado para la sedación.

Así, el dolor refractario puede convertirse en la causa principal de este sufrimiento insoportable, situación que suele exacerbarse en sistemas de salud con severas limitaciones de acceso a analgésicos de alta potencia y a técnicas avanzadas de algología, como ocurre en el sistema sanitario venezolano. Asimismo, existen otros síntomas extrapiramidales y del sistema nervioso central que, por sí solos, justifican la indicación de sedación profunda, tales como el vértigo severo, el delirio, la psicosis y las crisis convulsivas incontrolables. Por otra parte, existen algunos síntomas refractarios que, por sí solos, pueden generar un agotamiento innecesario y deletéreo de las condiciones de vida e incluso acortar el tiempo de vida, que puede ser muy necesario y requerido por la persona. Estos síntomas habitualmente interfieren con el sueño; así ocurre con el hipo, el prurito, la tos, la disnea y el insomnio.

En el contexto del paciente en etapa terminal se distinguen dos modalidades principales de sedación: la continua, indicada fundamentalmente en la fase agonizante o preagónica, y la intermitente, orientada a brindar periodos de descanso al enfermo mediante ventanas de vigilia que le permitan satisfacer sus necesidades básicas de alimentación e interacción social.

Es preciso enfatizar que la sedación paliativa no constituye una terapia sustitutiva, sino una medida complementaria dentro de los cuidados paliativos. Por lo tanto, exige mantener las intervenciones terapéuticas dirigidas al control de los síntomas refractarios. El procedimiento consiste en la administración titulada de fármacos sedantes para reducir el nivel de conciencia, sujeto a estrictos protocolos de seguridad (que incluyan dosificación gradual, monitorización continua y dosis de rescate) y respaldado por una rigurosa evaluación bioética previa.

Debido a su complejidad técnica y ético-clínica, la sedación en el enfermo terminal debe ser realizada por un profesional médico debidamente capacitado, con competencias tanto en farmacología paliativa como en el abordaje bioético de las decisiones al final de la vida.

Del análisis bioético al consentimiento informado

Aunque la evaluación bioética debe ser holística —pudiendo fundamentarse en la metodología integral propuesta por Ludwig Schmidt (3)—, la praxis médica cotidiana suele enfrentarse a limitaciones de tiempo e información en la historia clínica del paciente. En el escenario del enfermo terminal, esta dificultad se acentúa debido a la rápida evolución del cuadro clínico, en el que los cambios se suceden a tal velocidad que la formalización de los consentimientos informados por escrito resulta poco práctica, dada su efímera vigencia.

Tal como se planteó previamente, tanto el modelo principialista como el personalista brindan un marco conceptual valioso para deliberar éticamente en estos escenarios. Por ello, se propone integrar y jerarquizar ambos enfoques mediante un esquema estructurado de preguntas orientadoras que facilite la toma de decisiones clínicas fundamentadas sobre la sedación. A continuación, se expone el análisis detallado a partir de la convergencia entre ambos modelos.

Bioética de los Principios

1. *Principio de no maleficencia*: debemos preguntarnos si la sedación puede causarle daño al enfermo, incluso en un caso extremo, que podría provocarle la muerte, de manera que sería una eutanasia y no una sedación. Si bien es cierto que los sedantes pueden deprimir el centro respiratorio y ocasionar la muerte, en una buena práctica médica, cuando se cumplen los protocolos de seguridad, lo que suele ocurrir es que el paciente fallece por la enfermedad terminal y no por la sedación. No obstante, existe otro tipo de muerte que puede ocurrir durante la sedación, la muerte biográfica (8); desconectar la conciencia del enfermo

le impedirá socializar problemas que pueden ser muy importantes en los últimos minutos de su vida, como hablar con un ser querido o manifestar alguna decisión; en este caso se trataría por ejemplo de establecer comunicación con sus médicos tratantes y manifestar voluntades anticipadas en relación con la adecuación de las medidas terapéuticas (9). El tercer elemento que considerar es que el procedimiento a aplicar le impedirá manifestar la causa de una parte del sufrimiento que podría resolverse.

2. *Principio de Beneficencia*: deben existir parámetros evaluables que permitan demostrar que el paciente se encuentra mejor como consecuencia de la sedación. Esto es particularmente demostrable en la sedación intermitente (10) mediante el testimonio del enfermo, mientras que la sedación continua amerita evaluar las condiciones del enfermo en función del deterioro que produce la enfermedad.

3. *Principio de Autonomía*: La autonomía constituye el eje vertebral del modelo principialista; en el ámbito bioético, su salvaguarda resulta indispensable para el respeto integral de la dignidad de la persona. Por esta razón, la sedación profunda se considera una medida de excepción, éticamente equiparable a la anestesia general, pero con la salvedad de que, en el contexto paliativo, con frecuencia carece de reversibilidad. Ahora bien, la autonomía del enfermo terminal suele verse comprometida y condicionada por su vulnerabilidad. A menudo, las solicitudes del paciente responden más a la percepción de las expectativas u orientaciones de su entorno sociofamiliar que a una deliberación genuinamente individual. Asimismo, el deterioro funcional progresivo puede llevar al enfermo a desear la pérdida de conciencia; no obstante, en dicho estado de insensibilidad se anula la posibilidad de percibir y experimentar el afecto y el acompañamiento de sus allegados. Dado que el sufrimiento es de naturaleza multifactorial, la respuesta paliativa exige intervenciones individualizadas para cada componente del cuadro clínico. En este escenario, representa un reto de alta exigencia deliberativa para el clínico discernir cuándo la solicitud de sedación por parte del paciente vacila entre el deseo indirecto de acelerar el desenlace vital bajo una fachada terapéutica y la demanda legítima de transformar sus condiciones de vida; es decir, entre una salida apresurada y una indicación médica para el alivio de un síntoma severo y refractario (11).

4. *Principio de Justicia:* este principio guarda una relación estrecha con los recursos disponibles para el paciente. El primer requisito para una sedación en el enfermo terminal es la presencia de síntomas refractarios al tratamiento, pero en nuestro medio muchos síntomas son refractarios porque no hay disponibilidad del tratamiento. Un ejemplo muy claro es el del dolor: en Venezuela, el vademécum de medicamentos no incluye el 80 % o más de las presentaciones y tipos de analgésicos opioides que existen en otros mercados; de la misma forma, han desaparecido o hay una escasez importante de muchos otros medicamentos indispensables para el control de síntomas. Las limitaciones del tratamiento paliativo son el epílogo de lo que fueron el tratamiento curativo y los procedimientos diagnósticos en un enfermo crónico y catastrófico, con recursos depauperados y una evolución acorde con esa deficiencia de recursos, que está cansado de vivir en la desesperanza (12). El principio de justicia permite proponer al paciente alternativas terapéuticas acordes con su situación, sin manifestar opiniones personales sobre lo que podrían ser nuestras decisiones en un trance similar.

Bioética Personalista

Aun cuando los fundamentos de este modelo de bioética guardan una relación estrecha con los principios anteriores y muchos conceptos parecen

repetirse, su incorporación al análisis le da un carácter más universal al proceso.

1. *Defensa de la vida*: En cuidados paliativos, este principio se identifica con el acto médico que reivindica la vida del sujeto hasta sus últimos momentos, considera la muerte como parte de la vida y procura alcanzar una de las metas de la medicina: "Procurar una muerte en paz". La sedación del enfermo terminal procura la paz durante un morir inminente como una de las metas de la medicina asumidas por la Asociación Médica Mundial (13).

2. *Principio de Integridad:* El paciente terminal no es una máquina biológica a punto de colapsar; es un ser humano que goza de dignidad y trascendencia, que deben ser atendidas, inmersas en un carácter único e irrepetible. Analizar este conjunto complejo de particularidades nos permite determinar el tipo de sedación, cómo proponerla en el consentimiento informado y cuáles serán sus posibles alcances y adversidades. En condiciones similares, por ejemplo, de dolor o discapacidad refractarios, los pacientes pueden presentar necesidades diferentes y, en ocasiones, hasta contrapuestas.

3. *Libertad y responsabilidad:* Más allá de la visión inmediatista del Principio de Autonomía, la libertad de la que debe disponer el individuo está asociada a una responsabilidad por las consecuencias de sus decisiones; pero esa responsabilidad asociada a la libertad no es nueva: el individuo la carga desde que comenzó a comportarse de manera independiente. Las opciones de las que puede disponer hoy, en gran parte, son el resultado de las decisiones que tomó en el pasado. Este atributo, visto desde el pasado, modula un poco al principio de autonomía, pero sobre todo ayuda a evaluar el cuarto elemento de este modelo.

4. *Compromiso de sociabilidad y subsidiariedad:* Como seres sociales, tenemos el deber ético de comportarnos de manera solidaria con nuestros semejantes; esto atañe tanto al médico como al paciente y a su entorno. Todos cumplimos una función que nos determina y nos relaciona con el otro, en este caso, el enfermo, su entorno social y el equipo asistencial. Si bien la sedación del enfermo terminal está indicada en casos de sufrimiento insoportable, ese sufrimiento es multifactorial y no es exclusivamente de carácter médico; por lo tanto, se debe tener mucho cuidado de no medicalizar factores de sufrimiento que no pertenecen al ámbito médico y, mucho menos, pretender aliviarlos con la farmacología. La sedación en el enfermo terminal es un acto médico y, como tal, debe ser entendido y asumido, recordando siempre su carácter extremo y complementario. Para cumplir con este principio de subsidiariedad, el médico debe contar con conocimientos científicos y humanísticos, así como con capacidad técnica.

El Consentimiento Informado

Una vez definido el criterio médico para realizar la sedación y realizado el análisis bioético del paciente y de sus circunstancias, se debe solicitar un consentimiento informado válido a quien tenga la potestad de decidir. El primer criterio de validez del consentimiento es la información veraz, entendible y prudente (14). Para suministrar este tipo de información debemos comenzar por demostrar las características del problema. Ejemplo: si se trata de una sintomatología refractaria al tratamiento y de la falta de acceso a otros procedimientos terapéuticos capaces de producir alivio. En este punto se alcanza el nivel de soporte, es decir, hasta que punto el enfermo puede tolerar el síntoma o que amerita la sedación.

Es muy importante obtener un consentimiento basado en los intereses y necesidades de la persona, y que la decisión sea libre, en el sentido de que se le permita valorar si realmente la sedación es la vía para mejorar su calidad de vida y no una manera de ausentarse socialmente "para dejar de molestar". De acuerdo con los estudios de Kübler-

Ross (15), la muerte en paz se alcanza en un estado emocional de aceptación, y la aceptación es un proceso consciente; otros estados emocionales no parecen ser los más recomendables para iniciar una sedación profunda. Debemos recordar que aún desconocemos aspectos importantes de la farmacología de las drogas utilizadas en la sedación al final de la vida. Empíricamente sabemos que muchos pacientes sin capacidad de comunicación entienden mensajes y que sus signos vitales se modifican al comunicarse con ellos verbalmente.

En muchas ocasiones el consentimiento informado es otorgado por los familiares cuidadores. Se deben analizar de manera muy concienzuda los beneficios para el paciente y descartar sutilmente los intereses de los cuidadores que no coinciden con los del paciente. Por último, la revocatoria del consentimiento informado se determina mediante la evaluación continua del procedimiento; en otras palabras, la solicitud de consentimiento debe mantenerse de manera continua con base en los resultados y en la evolución clínica del enfermo.

Diferencia entre sedación en enfermos terminales y eutanasia

La sedación en el enfermo terminal es un acto médico con fines terapéuticos claros y precisos; por tratarse de una medida extrema, muchas veces se le denomina "Sedación al Final de la Vida" porque coincide con éste; es necesario aclarar que este concepto es errado, ya que la indicación no guarda relación con el final de la vida, por el contrario, la sedación tiene como indicación mejorar la calidad de la vida, no acabarla; esto bajo el paradigma de los cuidados paliativos tiene como objetivo de atención, procurar que lo que le quede a la persona sea vida y no una angustiosa espera de la muerte. La eutanasia se diferencia de la sedación en su intención: la eutanasia procura la muerte, mientras que la sedación procura el alivio de los síntomas mediante la inconsciencia o la mejoría física de un enfermo agotado. También difieren en el proceso: la sedación es un proceso controlado y vigilado, mientras que en la eutanasia no es necesario. Por último, la sedación puede ser reversible mientras que la eutanasia siempre es irreversible. Durante una sedación, se puede permitir alcanzar ciertas metas, como la llegada de un ser querido, lo cual puede ser muy importante para el paciente y el familiar, prescindiendo de la angustia del sufrimiento; en la eutanasia, esta posibilidad está totalmente descartada.

Aspectos y experiencias prácticas de la sedación en enfermos terminales

La sedación en enfermos terminales es una práctica médica extrema; por lo tanto, su uso es poco frecuente entre quienes trabajan de manera continua en servicios de cuidados paliativos. Esto no desmedra su importancia y utilidad cuando debe emplearse. En nuestro medio el síntoma refractario se produce con mayor frecuencia por limitaciones materiales y farmacológicas que por condiciones propias del paciente. El dolor "intratable" puede presentarse cuando el paciente aún se encuentra lejos de la fase preagónica e incluso en las fases agónicas, debido a la inaccesibilidad a analgésicos potentes. Los requerimientos de analgésicos suelen disminuir.

Las sedaciones intermitentes suelen indicarse con mayor frecuencia que las sedaciones permanentes, como en casos de insomnio y de miedo nocturno. En la práctica, la sedación intermitente muchas veces no es solicitada por desconocimiento del paciente y de su cuidador, y por lo complicada y laboriosa que suele ser para el terapeuta. Otro factor que incide en la escasa solicitud de sedación, en general, es que, al alcanzar la calma emocional, el paciente no suele requerir sedación farmacológica.

La mayoría de los pacientes que solicitan y son beneficiarios de la sedación continua son aquellos que han logrado expresar sus voluntades anticipadas, encuentran realizados sus objetivos vitales y padecen enfermedades muy destructivas físicamente, pero que ocasionan una muerte lenta y dolorosa, con una fase preagónica larga y torturadora; son las llamadas "enfermedades que destruyen, pero no matan". Algunos ejemplos de

ellas son muchos casos de cáncer de próstata y de cuello uterino, enfermedades degenerativas de la motoneurona, secuelas de patologías quirúrgicas de difícil control, entre muchas otras, todas de baja frecuencia. Por lo tanto, las instituciones o personas que realizan con frecuencia esta práctica probablemente carezcan de los criterios médicos y éticos descritos hasta el momento.

La sedación paliativa es un procedimiento complementario y no sustitutivo. Por ende, toda indicación de sedación debe acompañarse de las medidas de soporte inherentes al cuidado de un paciente con compromiso de la conciencia, manteniendo simultáneamente los esquemas terapéuticos dirigidos al control de la sintomatología refractaria que motivó la intervención.

El estándar de oro para inducir sedación lo constituyen los fármacos con acción moduladora sobre el sistema nervioso central (sedantes). Asimismo, es posible emplear agentes hipnóticos, siempre que se monitoricen estrictamente sus efectos depresores sobre la función respiratoria y se encuentren rigurosamente documentados tanto los criterios de uso como los protocolos de vigilancia clínica.

Aunque algunas publicaciones sugieren el uso de opioides para este fin y la literatura farmacológica respalda que estos pueden potenciar el efecto hipnótico de los sedantes (16), los opioides están indicados específicamente para el alivio del dolor, la disnea y la tos, y no como agentes primarios de sedación. En general, los opioides potentes resultan efectivos frente al dolor intenso de etiología nociceptiva (no neuropática). A dosis e indicaciones adecuadas, los opioides no producen depresión respiratoria clínicamente relevante. La depresión del sistema nervioso central asociada a su uso inadecuado puede ser erróneamente interpretada como sedación; sin embargo, responde a la hipercapnia (retención excesiva de CO_2) secundaria a la depresión del centro respiratorio. En consecuencia, la administración de opioides potentes (como morfina o fentanilo) durante la sedación profunda en el paciente terminal solo se justifica si formaban parte del esquema analgésico previo del paciente.

Dilemas comunes en la Sedación Paliativa

¿Es la sedación paliativa exclusiva para enfermos terminales?

La respuesta es no. Cualquier individuo cuyo sistema nervioso se encuentra sometido al desgaste amerita ser tratado con sedación paliativa intermitente. El caso más común es el de los pacientes recluidos en Unidades de Cuidados Intensivos.

¿Puede ocasionarse algún daño al paciente con la sedación paliativa?

Como cualquier otra terapia, puede tener efectos secundarios indeseables. Adicionalmente, al tratarse de enfermos con enfermedades graves, estos efectos no deseados pueden ser de gran importancia. Esta es la razón por la que los profesionales que la practican deben contar con suficiente entrenamiento y experiencia.

¿Cómo determinar si la solicitud de sedación responde a una necesidad del enfermo, a evitar ser una carga para la familia o, peor aún, a una forma disimulada de solicitar la eutanasia?

La clave para disipar estas dudas radica en el procedimiento de obtención del consentimiento informado. El consentimiento informado se otorga mediante la firma de un contrato de intención entre el paciente y el médico. Si en el contrato está claramente establecido que la intención del médico nunca será provocar la muerte, la eutanasia quedará descartada y el enfermo así lo entenderá. Por su parte, la tramitación del consentimiento informado entre el médico y un enfermo capaz permite indagar en sus verdaderas necesidades y en los alcances que él precisa que debe tener la sedación. Si el enfermo no está en condiciones de prestar consentimiento, el médico tendrá que abordar con el tutor los motivos y el alcance de la sedación paliativa.

Reflexión final

El enfermo no puede ser visto como una fotografía; al momento de la evaluación nos encontramos con una historia, con un pasado que

le pertenece, que él se ha dedicado a construir y sobre el cual va a tomar sus propias decisiones. Esta cosmovisión del ser humano nos permite entenderlo cuando toma decisiones tan drásticas como abandonar el tratamiento, solicitar la eutanasia o la sedación al final de la vida (12).

REFERENCIAS

1. Quintero V, Martínez C, Agámez C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Rev Colom Cancerología. 2022; 26(1):3-13.
2. Vilches Y, González Barón M. Cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. En: González M, Coord. Tratado de Medicina Paliativa. 2.ª edición. Editorial Panamericana. 2007;799-806.
3. Schmidt L. Método y análisis holístico e interpretación de casos bioéticos. San Pablo colección Biodiké. 2008;3.
4. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación paliativa del enfermo terminal. Rev Bras Anestesiol. 2012;62(4).
5. Irurzun Zuazabal J. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Diaz-Albo E, editores. Los cuidados paliativos, una labor de todos. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (SOVPAL); 2007. p. 15-30.
6. Oxford Compact English Dictionary. Oxford University Press. 1996.
7. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat. 11a edición. Barcelona: 1981.
8. García Garcés L. Papel de la enfermería para garantizar una muerte en paz mediante la planificación anticipada de la asistencia sanitaria [tesis doctoral]. Valencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir; 2016.
9. Broggi MA. Las voluntades anticipadas. Humanitas Humanidades Médicas. 2003; 1(1): 61-70.
10. Santos D, Della A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. Rev Méd Urug. 2009;25(2).
11. Azulay A. La sedación terminal. Aspectos éticos. An Med Interna (Madrid). 2003;20(12).
12. Fracapani M. Limitaciones de tratamiento. Ed Lumen. Buenos Aires: 1997. p. 73-86.
13. The Hastings Center Report. Los objetivos de la medicina. Establecer nuevas prioridades. 1996. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.1552-146X. 1996.tb04777.x
14. Simón P. El consentimiento informado. Editorial Triacastela. Madrid 2000. Capítulo 3. 207-247.
15. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. 1975.
16. Aldrete J, Paladino M. Farmacología: para Anestesiólogos, Intensivistas, Emergenciólogos y Medicina del Dolor. Corpus Editorial. 2006; 17: 195-210.