

## REFLEXIONES ANTE DILEMAS BIOÉTICOS QUE SURGEN EN LA INTERACCIÓN CIRUJANO PACIENTE QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO

GLEND A FOREL GARCÍA G, CARMEN CECILIA MALPICA G

UNIVERSIDAD DE CARABOBO. VALENCIA, VENEZUELA

### RESUMEN

Reflexiones y análisis sobre algunos dilemas bioéticos que surgen en la interacción entre cirujano oncólogo y paciente oncológico que amerita ser intervenido quirúrgicamente con fines diagnósticos, o tratamiento radical o paliativo. Extrema importancia que el cirujano oncólogo desarrolle conocimientos bioéticos para brindar apoyo físico, mental y espiritual al paciente oncológico, además de proporcionarse de herramientas en toma de decisiones ante conflictos éticos que puedan surgir. Se reflexiona sobre dilemas existentes ante el manejo apropiado de la verdad de la situación médica, no ocasionando maleficencia al paciente al dar la información sobre su estado. El respeto a la autonomía del paciente, considerando su derecho a decidir sobre su tratamiento cuando este puede acarrear consecuencias incapacitantes, o invalidantes; debiendo este estar correctamente informado al dar o no su consentimiento. Se analizan conflictos que surgen ante el dolor y sufrimiento del paciente y dilemas ante el manejo del paciente oncológico en fase terminal.

**PALABRAS CLAVE:** Ética, bioética, cirugía, oncología, paciente.

### SUMMARY

Reflections and analysis on some dilemmas of bioethics arising in the interaction between the surgeon and the oncologist cancer patient, who deserves to be surgically underwent with radical or palliative treatment or for diagnostic purposes. Extreme importance to the surgical oncologist develop bioethical knowledge to provide physical, mental, and spiritual support to cancer patients, in addition to providing decision making tools to ethical conflicts that may arise. Reflection about existing dilemmas to proper handling of the truth of the medical situation, not causing harm the patient to give information about their status. Respect for the autonomy of the patient, considering their right to decide on their treatment when this can have consequences, disabling, or incapacitating; should this be properly informed to the consent or not. We discuss conflicts that arise before the pain and suffering of patient, and the presence of dilemmas before the management of end stage cancer patients.

**KEY WORDS:** Ethics, bioethics, surgery, oncology, patients.

---

Recibido: 12/07/2015 Revisado: 22/09/2015

Aceptado para publicación: 17/11/2015

Correspondencia: Dra. Glenda Forel García G.  
Universidad de Carabobo, Facultad Ciencias de la

---

salud. Departamento Clínico Integral del Sur. Valencia,  
Venezuela. Tel: 0414- 4137879.  
E-Mail: glenlgar@gmail.com

---

## INTRODUCCIÓN

**E**l paciente oncológico es un ser vulnerable, lleno de angustias y temores ante la realidad que se le avecina por ser el cáncer una enfermedad cuyo diagnóstico produce sensación inminente de muerte, miedo al dolor y al sufrimiento; sus métodos de estudio son invasivos y costosos, sus tratamientos quirúrgicos pueden llegar a hacer discapacitantes, castrantes o hasta mutilantes, y sus resultados, hasta obtener remisiones o curas satisfactorias pueden ser lentos o imposibles de lograr.

Por otro lado, el médico que atiende un enfermo oncológico está siempre urgido a tomar decisiones, el cirujano con mayor dramatismo y responsabilidad, por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inmediatez con que es necesario actuar ante las complicaciones que surgen en un mesa operatoria, muchas veces de vida o muerte, decidir en qué momento realizar una cirugía radical y cuando solo efectuar una cirugía paliativa, venciendo el orgullo quirúrgico de erradicar completamente un tumor, por una actitud humilde por el bien del paciente, por no poner en riesgo su vida, es decir, cumpliendo el principio bioético de “no hacer daño”.

Por tanto la interacción entre el cirujano y el paciente oncológico que amerita una intervención quirúrgica bien sea para confirmar su diagnóstico, o dar un tratamiento radical definitivo o paliativo va estar inmersa en un gran laberinto de sentimientos y decisiones importantes a tomar tanto por el cirujano, como por el paciente y sus familiares, surgen dilemas ante el querer saber y no saber, o decir y no decir y hasta dilemas religiosos entre los interactuantes que pueden entrar en conflictos, entrando en juego para la solución de estos difíciles momentos la ética del cirujano oncólogo, su adecuada preparación y madurez como profesional responsable y son los conocimientos bioéticos los que en un momento

dado pueden ayudarlo a tomar la mejor decisión ante los conflictos y dilemas éticos que puedan surgir durante el manejo de estos pacientes, para así respetando su autonomía, darle un trato humanizado, teniendo herramientas para dar información sobre la verdad de su mal, sin ser maleficientes, buscando siempre actuar con beneficencia, responsabilidad, precaución, justicia, siempre respetando la dignidad humana <sup>(1,2)</sup>.

## ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA

La ética médica es la encargada de analizar la relación entre el paciente y los diferentes agentes que intervienen de manera cotidiana en su salud: el médico, las políticas de salud, las situaciones límites que se dan continuamente en las prácticas hospitalarias, las políticas hospitalarias y demás asuntos relacionados con el enfermo.

En cambio, la bioética es considerada, en una de sus definiciones más actuales, dada en la Declaración de Normas Universales de Bioética en México, 2004 “el estudio sistemático, pluralístico e interdisciplinario de las cuestiones morales teóricas y prácticas surgidas de las ciencias de la vida y de las relaciones de la humanidad con la biosfera” <sup>(3)</sup>. Ella nace ante la necesidad de encontrar respuestas a las nuevas preguntas éticas generadas por el avance tecnológico y por los nuevos escenarios generados por la investigación biomédica. Es decir, trata fundamentalmente de reflexiones éticas, tal como se ha hecho a lo largo de la historia del hombre occidental, pero sobre temas nuevos, como son los provenientes del progreso científico en el campo biológico y biomédico, así como la conservación del medio ambiente y las condiciones de la vida en el planeta actual y para las futuras generaciones <sup>(4)</sup>.

Abocada primero a discusiones sobre la pertinencia de la aplicabilidad de tecnologías novedosas, la redefinición de conceptos tan viejos como el principio y el fin de la vida y las primeras

reflexiones sobre la protección de las personas en tanto sujetos de investigación, su campo disciplinar se fue modelando y reconfigurando a lo largo de los años y ha incorporado temáticas relacionadas con el proceso de la toma de decisiones en el cuidado médico diario, los derechos de los pacientes en general, la protección de sus libertades, entre otras. Tiene como pilares los principios fundamentales propuestos por Beauchamp y Childress en su obra: “Principios de ética biomédica” (1979) los cuales son: No maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía. Adicionándosele en el código de ética para la vida en nuestro país los principios de responsabilidad y precaución. Estos principios bioéticos son normas generales, ninguno es absoluto pero permiten resolver las situaciones de dilemas éticos dándole fuerza al que predomina en una determinada situación <sup>(3-5)</sup>.

### **PRINCIPALES DILEMAS BIOÉTICOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

Entendiéndose como dilema bioético un conflicto de valores o creencias que resulta de una situación en la que la elección de un bien inevitablemente conlleva la pérdida de otro. Surge cuando hay dos o más valores morales o principios éticos en conflicto <sup>(4)</sup>. Escoger entre dos opciones posibles, pero que no son buenas, ni malas como tal, muchas veces no es fácil para el cirujano oncólogo que se enfrenta a situaciones como dar el diagnóstico de un cáncer de ovario a una joven nuligesta, recién casada; o informar a un deportista adolescente sobre un osteosarcoma en fémur que requiera amputación del miembro.

Qué tanto debe decirles, cómo decirle, toda la verdad o no? O conflictos ante el paciente oncológico al que después de realizarle una cirugía radical curativa, compleja y exitosa decide no recibir radioterapia o quimioterapia a pesar de explicarle la necesidad imperiosa de completar su tratamiento para evitar recidivas. Qué hacer ante el dolor refractario del paciente con cáncer y el

peligro de altas dosis de opiáceos?, cómo manejar adecuadamente un paciente terminal, que hacer si el familiar o él piden se les ayude a morir? Son conflictos duros que se le presentan al médico, pero también el paciente está luchando con las incertidumbres y las dudas quiere y no quiere saber, sus familiares no desean que se entere de su mal. Solo los conocimientos bioéticos y el desarrollo de una buena ética médica nos ayuda a tomar la decisión adecuada de mayor beneficio a nuestros pacientes, sin ocasionarle daño, brindándole respeto a su autonomía. Entre estos dilemas oncológicos reflexionaremos:

### **1. DILEMAS ANTE EL DERECHO A LA VERDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Se plantean diversos dilemas bioéticos en torno a si se debe o no decir la verdad sobre el diagnóstico oncológico al paciente, si debemos o no dar toda la información sobre su estado actual y su pronóstico, porque para muchos enfermos el diagnóstico de cáncer equivale a una sentencia de muerte, pero su desconocimiento lo priva de ejercer su derecho a dar el respectivo consentimiento informado para autorizar al equipo médico sobre las acciones diagnósticas y terapéuticas a seguir.

Ante este dilema es de ayuda nuestro Código de Deontología el cual resalta que “el paciente tiene derecho a ser informado de la verdad de su padecimiento, si es que realmente desea conocerla”. “El médico debe efectuar la evaluación previa de estos enfermos para decidir el momento oportuno en que habrá de suministrar la información requerida, escogerá el momento oportuno para dicha revelación y la forma adecuada de hacerlo” <sup>(6)</sup>.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que no siempre se ha de decir crudamente toda la verdad, es importante darse cuenta de cuánto es lo que puede escuchar el paciente. El médico debe dar la información querida por el enfermo; pues hay algunos que no quieren o no soportan

la verdad. La gradualidad de la comunicación es importante; y en oncología, es el propio paciente quien descubre o intuye la realidad <sup>(7)</sup>. De allí se ha desarrollado el concepto de verdad soportable o verdad tolerable para definir el modo adecuado de transmitir la información a los pacientes. El fundamento de la verdad tolerable es que la información que se debe facilitar al paciente sobre su enfermedad tiene que ser aquella que el enfermo pueda admitir, es decir, la que pueda tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece, tanto psicológicos como somáticos. A diario hay que concretar, matizar y reajustar la verdad tolerable que se transmite, adaptándola a la propia vivencia diaria del paciente <sup>(8)</sup>.

El paciente, si las circunstancias lo permiten, debe ser informado de su diagnóstico oncológico, de su estadio, de la naturaleza en general de los procedimientos que se le aplicarán, los riesgos posibles, las posibilidades de éxito del tratamiento médico o quirúrgico, el pronóstico si dicho tratamiento propuesto no se realiza y los métodos alternos de tratamientos, si existen <sup>(9)</sup>.

“La experiencia indica que en la mayor parte de los casos, la comunicación de la verdad resulta beneficiosa si ha sabido decirse correctamente. La comunicación de la verdad tiene las características de una droga, a saber: indicaciones, posología, contraindicaciones, efectos deseados, efectos colaterales indeseados, formas de presentación y suministro” <sup>(10)</sup>. Es esencial evitar una información fría, distante y cruel; y por otra parte, no dejar cerrada la posibilidad, más coloquial que científica de la esperanza <sup>(7)</sup>.

## 2. DILEMA ANTE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO

El gran dilema gira en torno a la autonomía de decisiones del paciente y el paternalismo benefactor, a veces autoritario, del cirujano oncológico el cual tiende a guiar al enfermo a

lo “que debe hacer” y ante la necesidad de un tratamiento quirúrgico de alta complejidad, con secuelas invalidantes o mutilantes en un paciente oncológico surgen muchos problemas para la reflexión ética al firmar el consentimiento informado: ¿Puede hablarse que hubo autoritarismo paternalista del cirujano?, o ¿Que este ejerció coerción al plantear las alternativas del curso normal de la enfermedad sin tratamiento?, o ¿Sería mejor hablar que hubo correcta información, presentación veraz de la realidad, seducción por el carácter y el prestigio del médico, o del grupo o centro asistencial al cual concurrió voluntariamente el paciente? ¿Puede inferirse un actitud manipuladora del cirujano? <sup>(7)</sup>.

Es entonces de suma importancia tomar en cuenta el aspecto ético de respeto a la dignidad del paciente como persona, expresada en su autodeterminación, correctamente informado, para adoptar su decisión de aceptar o no la orientación propuesta por el cirujano oncológico.

Una vez diagnosticado el cáncer y realizada la estadificación clínica y paraclínica respectiva, se debe realizar la toma de decisiones sobre el tipo de tratamiento adecuado que debe recibir el paciente oncológico, siendo de gran importancia explicar de forma sencilla, tratando de lograr el mayor entendimiento sobre los posibles beneficios del gran arsenal terapéutico disponible (quimioterapia, radioterapia, implantes radiactivos, inmunoterapia, anticuerpos monoclonales), así como los múltiples efectos adversos por su alta toxicidad (caída del cabello, mucositis, trastornos gastrointestinales, impotencia, esterilidad), intervenciones quirúrgicas radicales (desde preservadora de órganos hasta cirugías mutilantes y castrantes) o cirugías paliativas para darle al paciente calidad de vida, logrando así la participación del paciente en la toma de decisiones sobre sus alternativas de tratamiento, logrando su cooperación pero respetando su autonomía, obteniendo previamente su

consentimiento informado antes de dar inicio a cualquier tratamiento.

El derecho a participar en la toma de decisiones debe permitirse a los enfermos mentalmente competentes, los cuales pueden rehusar la utilización de ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos debiendo el cirujano respetar su voluntad <sup>(6,11)</sup>. Es necesario dejar establecido que la información es al paciente, y la decisión es de este, siempre y cuando sea una persona lúcida y en sus cabales. El familiar se entera si está acompañando al enfermo, o si este quiere que se le comunique. Por otra parte, existe una arraigada costumbre familiar de pretender que el paciente no conozca el diagnóstico; y también una inveterada tradición médica de ocultarlo, o de informar previamente a la familia. Quien decide la aceptación de una intervención y debe conocer su evolución, alternativas y consecuencias es el paciente <sup>(7)</sup>.

Sin embargo, el derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto cuando ese derecho entra en conflicto con la integridad de otras personas, como el caso de los familiares cercanos; y más aún el paciente no puede violar la integridad del médico como persona”, es decir, el médico tiene también sus derechos, máxime cuando su objetivo es procurar el bien del enfermo.

Pensemos por ejemplo en el tema del secreto profesional frente al paciente oncológico portador de HIV, que no lo comunica a su pareja, el caso de ese derecho a la confidencialidad puede dañar irremisiblemente a otro, lo cual es muy grave. Tampoco el secreto es un derecho absoluto. Otro ejemplo sería la eutanasia como derecho pedido por un paciente, frente a la obligación de defender la vida y de no matar del médico; o el tema del suicidio asistido, que constituyen expresiones máximas de afirmación de una decisión autónoma del paciente pero que entra en conflicto con la ética del médico <sup>(12)</sup>.

### **3. ALIVIO DEL SUFRIMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

El dolor que puede acompañar al cáncer, debe ser medicado por una correcta administración de drogas que el cirujano debe conocer <sup>(13)</sup>. El conflicto ético al tratar el dolor comienza cuando las dosis necesarias a utilizar de analgésicos da como resultados el acortamiento de la vida, sin embargo, esto no es lo mismo que poner fin a la vida con sobredosificación, no es eutanasia.

Cualquier medida que apresure el advenimiento de la muerte y que esté relacionado con un tratamiento adecuado del dolor, simplemente significa que el paciente no pudo tolerar el tratamiento necesario <sup>(14)</sup>. Analizando principios bioéticos encontramos el principio del doble efecto el cual proviene de la teología católica del siglo XVI indicando que “una acción, buena por sí misma, y que tiene dos efectos, uno bueno intentado y de otra forma no obtenible, y otro malo previsto y únicamente permitido como concomitante, puede ser lícitamente llevada a la práctica si existe una razonable proporción entre el bien intentado y el mal no evitable” <sup>(4)</sup>.

El caso que ejemplifica este dilema es el de un paciente en posoperatorio inmediato de laparotomía exploradora donde se evidenció una carcinomatosis peritoneal severa por un cáncer de colon irreseccable en un joven el cual presenta intenso dolor ameritando dosis de opiáceos progresivas para poder aliviarlo (efecto bueno buscado), sin embargo, al llegar a dosis muy altas, pueden producir estos medicamentos depresión de los centros respiratorios (efecto malo previsto), lo cual podría acortar el lapso de vida restante, es lícito incrementar dichas dosis hasta obtener el efecto analgésico buscado lo cual constituye la primera prioridad en el manejo de un enfermo terminal.

### **4. DILEMAS ANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL**

Paciente oncológico terminal es aquel que

como consecuencia de su enfermedad grave, con diagnósticos médicos ciertos y sin posibilidad de tratamiento curativo, tiene expectativa de vida reducida entre pocas horas y tres meses<sup>(6)</sup>.

Ante la interacción con estos pacientes surgen dilemas bioéticos en torno a su derecho a saber la verdad, al manejo terapéutico (realizar o no maniobras de reanimación, uso de medidas de apoyo vital, retiro o no de tratamientos quimioterápicos, radioterapia, transfusiones sanguíneas, nutriciones parenterales, antibiótico-terapia), ¿Cuándo los tratamientos pasan a ser fútiles y toman forma de medidas extraordinarias?, dilemas sobre cuando “dejar de hacer” y dejar bien morir al paciente sin que nos cree conflictos de sentimientos de frustración ante la muerte? O conflictos ante el no inicio y cese de tratamiento para control de dolor a petición del paciente.

Según el Código de Deontología Médica los objetivos fundamentales en el tratamiento de un paciente terminal son el alivio del sufrimiento, propiciar la mayor comodidad posible, facilitar el contacto con los seres queridos, recibir la ayuda espiritual del ministro o sacerdote de su religión si la tiene y si así lo desea, y finalmente, ayudarlo a enfrentar la muerte con dignidad. En ningún momento deben ser abandonados ni descuidados<sup>(6)</sup>. Por tanto, es prioritario en estos pacientes ayudarlos a mantener su calidad de vida.

En cuanto a la verdad se debe dar solo la información necesaria para mantener un grado adecuado de esperanza en el enfermo. La verdad expuesta en forma apropiada y en el momento oportuno, puede constituir, el único procedimiento para combatir la ansiedad y la incertidumbre ante lo desconocido<sup>(9)</sup>.

No debe resucitarse el enfermo terminal. Además, es inhumano someter al paciente terminal a la terapéutica con radiaciones, transfusiones repetidas o a la administración masiva de quimioterapia, para aliviar en grado tan mínimo una existencia intolerable, ganando

solo pocos días o semanas de agonía. Ello es ciencia sin la humanidad de la medicina<sup>(6,9)</sup>.

El moribundo tiene derecho a exigir se le permita morir sin la aplicación indiscriminada de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida y el médico que atiende estos enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de estas medidas. No existe obligación moral de extender la vida mediante recursos inauditos cuando es evidente que con dicha actitud solo se logra distanciar el momento final a expensas de prolongar en forma paralela el sufrimiento humano<sup>(9,11)</sup>. Sin embargo, la interrupción de estas medidas no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y suministrarle la ayuda necesaria para mitigar la fase final de su enfermedad<sup>(6)</sup>.

Cuando el enfermo sufre dolor intensamente podrán ejercer el derecho de solicitar la aplicación de analgésicos en dosis suficientes para obtener el alivio requerido. En igual forma pueden negarse a la administración masiva de medicamentos si desean mantenerse alertas y con pleno conocimiento de lo que les sucede<sup>(6)</sup>.

El paciente, se podrá rehusar a cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y su determinación debe ser respetada por el médico aunque no coincida con lo que se considere como lo mejor<sup>(11)</sup>. Estas actitudes de rechazo no son equivalentes al suicidio, sino una prudente actitud frente a la inevitabilidad de la muerte. El paciente está en su derecho de rechazar un tratamiento que únicamente va a producir una prolongación precaria y ominosa de su vida; pero, por otra parte, no debería rechazar medios de soporte vital, como la hidratación, que constituye un medio proporcionado<sup>(7)</sup>.

Otro dilema es el abandono terapéutico por parte del médico tratante, su principal causa es el temor a enfrentar la muerte del paciente. El oncólogo, muchas veces ve en la muerte del enfermo una frustración personal de sus propios valores frente a la vida, ocasionándole

una sensación de derrota, de incapacidad lo cual implica la necesidad de una correcta y actualizada formación del médico, donde logre entender la muerte como parte del proceso natural de la vida. Suspender un tratamiento inconducente, máxime si agresivo, no es abandono del paciente, es conocer los límites <sup>(7-15)</sup>.

El personal de salud, en esta etapa, debe confortar, ayudar a bien morir, ahuyentando la soledad de esas horas, haciéndolas esperanzadoras y evitar a toda costa la distanasia o el encarnizamiento terapéutico, es decir, evitar alcanzar el extremo de la irracionalidad, cuando los médicos se empeñan en extender la vida aún más allá de las posibilidades fisiológicas y del deseo de sus pacientes llevando a una agonía injustificadamente prolongada, el sufrimiento extremo, la desfiguración y el aislamiento del paciente; lo que conlleva a no permitir que el paciente oncológico en etapa terminal logre morir con dignidad <sup>(10)</sup>. La concepción ética preconizada, tanto por la OMS, como por diferentes especialistas en el tema, así como por las pautas religiosas principales de occidente, es “permitir a los enfermos que se encuentran en fase terminal que mueran en paz” <sup>(16)</sup>.

En la interacción entre el cirujano oncólogo y el paciente con cáncer que amerita una intervención quirúrgica ya sea diagnóstica, terapéutica, curativa o paliativa surgen múltiples dilemas bioéticos, donde es fundamental tomar en cuenta que el paciente oncológico es ante todo una persona, debilitada por su enfermedad y por la incertidumbre de su proyecto vital, torturado por la toxicidad de los tratamientos que se le administra, asustado por su pronóstico, con profundo temor al sufrimiento, con la necesidad de adaptarse a una nueva situación personal y a su entorno, siendo de suma importancia la relación de confianza y competencia que logre tener con su médico. Siendo vital que el cirujano oncólogo tenga conocimientos bioéticos a fin de brindarles el mayor apoyo no solo físico sino también mental

y espiritual al enfermo oncológico, logrando una adecuada relación de confianza y buena fe con sus pacientes, que proporcione una toma de decisiones concertadas, donde el cirujano sugiera tratamientos adecuados a los principios de beneficencia y no maleficencia, dando un manejo apropiado de la verdad de la situación médica, no haciendo daño al dar información sobre su estado, dando calidad de atención en forma equitativa, siempre respetando la autonomía del paciente, el cual debe estar correctamente informado al dar su consentimiento, desarrollando una adecuada conciencia ética frente al dolor de los pacientes oncológicos tributarios de cirugía como terapéutica curativa y mucho más cuando esta sea un recurso paliativo y ante el paciente terminal evitar la distanasia e impedir la eutanasia al aportar los cuidados paliativos necesarios para evitar el sufrimiento y lograr una muerte digna.

## REFERENCIAS

1. Drane JF. Métodos de la ética clínica. Bol Oficina Sanit Panam. 1990;108(5-6):415-425.
2. Jordán A, Fernández J, Báez E, Cruz D. Ética en el tratamiento quirúrgico del enfermo con cáncer. Disponible en: URL: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/210/html>.
3. Florencia Belli L, Quadrelli S. La ética como filosofía primera: Una fundamentación del cuidado médico desde la ética de la responsabilidad. Cuad Bioética. 2010;11:13-20.
4. Castillo A. Bioética. Caracas, Venezuela: Disinlimed; 2006.
5. Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Innovación. Código de ética para la vida. Caracas: MPPCT; 2011.
6. Código de Deontología Médica. Cumaná, Venezuela: Federación Médica Venezolana. Asamblea Extraordinaria; 2004.
7. García F. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Cuad Bioética. 1998;2:246-264.
8. Rubiales A, Martín Y, Del Valle M, Garavis M, Centeno C. La información al enfermo oncológico: Los límites

- de la verdad tolerable. *Cuad Bioética*. 1998;33:45-54.
9. León A. La muerte y el morir. Venezuela: Lagoven, SA; 1980.
  10. Olvera M. Ética en la práctica de la oncología. México: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Nuevo León; 2007.
  11. Ley de reforma de la ley de ejercicio de la medicina. Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial Extraordinaria N° 39 823; 2011.
  12. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;108:379-390.
  13. Vargas-Schaffer G, Esposito G. Dolor y cuidados paliativos en oncología: Evaluación, manejo y tratamiento. Caracas: Ediciones Expansión Científica G&S CA; 1999.
  14. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of WHO method for cancer pain relief. *Cancer*. 1987;59(4):850-856.
  15. Sosa F. Tiempo de vivir. Tiempo de morir. Reflexiones de un cirujano oncólogo sobre la vejez, la enfermedad y la muerte en su oficio profesional. Valencia, Venezuela: Cosmográfica CA; 2012.
  16. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del Cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra. Disponible en: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41759/1/WHO\\_TRS\\_804\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41759/1/WHO_TRS_804_spa.pdf).