

Aspectos bioéticos en el manejo del dolor por cáncer

Dra. Tania Pérez-Castañeda Jorge¹

... si ansías conocer al hombre, penetrar
todo lo trágico de su destino,
¡hazte médico, hijo mío!
Consejos de Esculapio

Resumen

Se realizó una aproximación al dolor como síntoma aislado, delimitando las características particulares que adquiere en el paciente oncológico. Se relacionaron los principios de la ética médica con las tendencias actuales en el manejo del dolor por cáncer y se determinaron los principales dilemas bioéticos que se presentan al afrontar la terapéutica de este síntoma. Se concluye que es frecuente el manejo inadecuado, debido al escaso conocimiento de los profesionales de la salud acerca de su evaluación, así como por actitudes negativas de pacientes, familiares y personal sanitario en cuanto a la utilización de opioides e inconvenientes relacionados con regulaciones para el control de estas drogas.

Palabras clave: *Dolor por cáncer, analgesia, paciente oncológico, cuidados paliativos.*

Introducción

El dolor, considerado como un síntoma que acompaña a múltiples enfermedades, existe desde el comienzo mismo de la vida. Impredecible y muchas veces inevitable, es un enemigo insidioso que lacera el bienestar y la salud. ⁽¹⁾

Durante milenios tuvo un carácter profundamente enigmático, asociado a pensamientos místicos-religiosos que lo enmarcaban dentro de una concepción sobrenatural; incluso le conferían la condición de “necesario” para la evolución espiritual. Sólo durante la pasada centuria se evolucionó, del empirismo y la ineficacia, al refinamiento terapéutico que se obtiene del conocimiento de su fisiopatología, llegando a la actualidad con un mayor discernimiento desde posiciones médico-científicas, pero aún como una amenaza constante e ineluctable. ⁽¹⁾

Los avances en su estudio llevan a considerarlo hoy, mas que un síntoma, una enfermedad; y se ha reemplazado la vieja concepción unidimensional del dolor por un nuevo modelo multidimensional que aúna los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales del síntoma. El dolor no es ya un simple, estático y universal código de impulsos nerviosos, sino una experiencia cambiante, que depende de la cultura, la historia y la

conciencia individual. ⁽²⁾

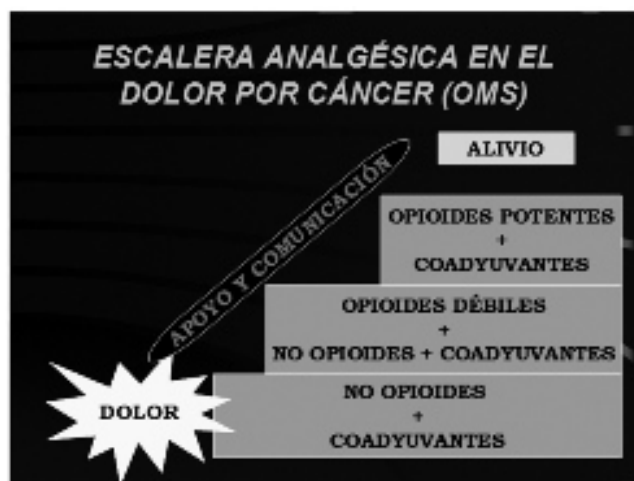
El dolor, aunque indeseable, constituye un mecanismo de defensa que nos permite protegernos de las agresiones del medio externo. Sin la presencia de respuestas reflejas generadas ante un estímulo doloroso, tendríamos una gran desventaja en la supervivencia. Sin embargo, en algunas circunstancias, deja de ser una sensación benéfica para el organismo y se convierte en sí mismo en una agresión que debe ser suprimida para permitirle al organismo sobrevivir ^(3,4). Y es este dolor, vinculado al sufrimiento y a la desesperanza, el acompañante casi invariable del enfermo de cáncer, sobre todo en etapas avanzadas de la enfermedad. Con un carácter crónico y progresivo, este dolor tiende a persistir por meses o años sin mejoría, alterando el funcionamiento personal y familiar. El mensaje que traduce su presencia, para el enfermo, es que no vivirá por mucho tiempo; y este pensamiento, aunque sea subconsciente, evoca una alteración orgánica o psicológica de tal índole que ocupa cada vez más su atención y lo va aislando de su entorno ⁽⁶⁾.

El sufrimiento emocional, espiritual y social puede deberse a diversos factores, estrechamente unidos a la experiencia álgica, que han dado lugar a lo que se denomina, en el paciente oncológico, como “dolor total”. ⁽⁶⁾ Su estudio y tratamiento requieren una evaluación multidimensional, que empezará con el desarrollo de una buena comunicación que permita al médico mostrarle al paciente su interés en captar el significado de su sufrimiento y así ayudarlo a mejorar su calidad de vida. Y es justo en este punto donde la bioética adopta su rol primordial, permitiendo el acercamiento fraterno del personal sanitario a pacientes con graves problemas de salud y del alma.

Las dos premisas básicas en el marco de la reflexión bioética son la dignidad de la persona humana como fin supremo y su autodeterminación. El enfoque personalista nos reafirma el estatuto de humanidad y dignidad, independientemente de los atributos intelectivos, relacionales y la auto comprensión, que no son más que expresiones del ser, que por sí mismas no lo definen. Sólo desde un enfoque bioético personalista, en el contexto de la práctica clínica, podremos afrontar el problema del paciente con cáncer e imponerle tratamiento con plena conciencia de que dignificamos una vida.

Desarrollo

Hoy en día se entiende el dolor como la integración de tres componentes: el sensitivo, que hace referencia al



impulso desencadenado desde los receptores periféricos; el cognitivo, que se relaciona con las conductas que tomamos como reacción a éste y que integra factores tales como el entorno social y cultural, aprendizajes previos, etc.; y el emotivo-afectivo, que hace referencia a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como éstas pueden influir en la interpretación del mismo. La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos tres componentes y depende de la contribución relativa de uno u otro, de la persona y de la clase de dolor. Así, consideramos a este síntoma como la más compleja experiencia humana y la causa más común de estrés psíquico y fisiológico, que involucra al ser humano en una amplia gama de trastornos.⁽³⁾

El dolor oncológico es un problema de gran magnitud. Aparece en un 40 % de los pacientes en las etapas inicial e intermedia del cáncer y hasta en un 70 – 90 % en estadios avanzados. Generalmente esta relacionado con la progresión de la enfermedad y provoca un gran impacto sobre la calidad de vida de estos enfermos. Su severidad, persistencia y el grado de afectación da lugar a que se describa como “Dolor Total”, ya que contiene los siguientes elementos:^(6,22, 23, 24)

- ♦ Físicos: daño tisular (somático), compresión o infiltración nerviosa (neuropático) y/o visceral
- ♦ Emocionales: depresión, insomnio, enfado, fatiga crónica
- ♦ Sociales: ruptura con su entorno, pérdida de la posición social o problemas económicos
- ♦ Espirituales: sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte

El carácter “total” del dolor en el cáncer fue descrito en 1967 por Cicely Saunders, quien enfatizó sobre los distintos componentes de la experiencia del dolor en estos enfermos. Esto implica que requiere un enfoque terapéutico total (físico, emocional, espiritual, social, psicológico, familiar y moral). Otra manera de expresarlo es el concepto de multidimensionalidad, ya que en la experiencia dolorosa podemos encontrar los elementos que configuran las vivencias propias del

enfermo, sus características, el impacto en las actividades y relaciones sociales y el valor que le atribuyen las distintas culturas. Esta concepción pone de manifiesto la complejidad y la individualidad de la experiencia del dolor en el paciente oncológico.⁽⁶⁾

Las pautas básicas para el tratamiento del dolor oncológico serían:

- Creer en el dolor del paciente
- Definir características del dolor: localización, patrón de referencia, factores que lo modifican
- Determinar los aspectos temporales: agudo, crónico, intermitente o incidental
- Evaluar estado psicológico previo, actual y el grado de sufrimiento
- Evaluar la extensión de la enfermedad en el paciente
- Definir el síndrome doloroso específico y trazar un recurso terapéutico
- Individualizar el tratamiento según las necesidades del paciente

En la Declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, octubre de 1983, podemos encontrar estos planteamientos:

1. El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista los intereses de sus pacientes.

2. No admitirá ninguna excepción a este principio, ni siquiera en caso de enfermedad incurable o de malformación.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología médica, en el Artículo 25.1 señala que *no es deontológico admitir la existencia de algún periodo en que la vida humana carezca de valor*. Por tanto, la vida del ser humano, portador de enfermedades incurables como el cáncer o en situación de terminalidad, posee un valor inestimable, no inferior al de ninguna otra persona u a otra fase de la vida humana. En el artículo 25.2, al mismo tiempo que rechaza la obstinación y la inutilidad terapéutica, impone el deber deontológico de la atención paliativa al paciente terminal (asistencia al enfermo hasta el final).⁽²⁶⁾

Por lo expuesto queda claro que el alivio del dolor está implícitamente ligado a la calidad de la atención del enfermo oncológico y que el médico tiene el deber ético y la obligación moral de intentar hacerlo, con los recursos disponibles y con conocimientos adecuados. Para esto se hace necesario trascender más allá del ser corpóreo e ir a lo profundo de la persona, apelando al remedio infalible que humaniza y dignifica el acto médico: la comunicación con el enfermo.

Por otro lado, bajo la perspectiva de un concepto correcto de muerte digna, la posibilidad de morir dignamente puede frustrarse por muchos motivos, entre los cuales el que más frecuentemente preocupa al enfermo oncológico es el dolor. Algunos entienden que éste degrada la muerte⁽⁷⁾. De modo que, al cumplir con el deber ético de aliviarlo, no sólo se dignifica la vida, sino también la muerte.

Principios éticos en Medicina Paliativa y su aplicación en el manejo del dolor oncológico:

Además de los principios clásicos de la ética médica, la medicina paliativa se sustenta sobre cinco principios éticos que se describen brevemente a continuación:

El principio de inviolabilidad de la vida traduce que la vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho. La vida no representa algo extrínseco a la persona humana, sino que es el valor fundamental. De ello se desprende que respetar y promover la vida sea el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás ⁽²⁸⁾

El principio de proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Para ello, debe tenerse en cuenta la utilidad o inutilidad de la medida, las alternativas de acción, los respectivos riesgos y beneficios, el pronóstico con y sin la implementación de la medida; los costos, en el sentido amplio del término: cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc. El deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud es parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida.

La correcta aplicación de este principio, exige actitudes morales fundamentales, como el respeto por la dignidad de cada persona y la compasión ⁽²⁹⁾ En el caso del paciente con cáncer, el tratamiento del dolor siempre será una intervención médica útil, porque los resultados favorecerán al enfermo, con independencia del estadio de su enfermedad. El beneficio esperado siempre superará los riesgos que algunas técnicas o fármacos puedan acarrear. Incluso las medidas que se toman para aliviar el dolor, son en general de bajo costo. Por tanto, al establecer un juicio de proporcionalidad, la terapia del dolor nunca debe ser limitada ni rechazada.

El principio del doble efecto (o *voluntario indirecto*) señala algunas condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos -uno bueno y uno malo- sea lícito. Estas condiciones son:

- que la acción sea en sí misma buena o al menos, indiferente;
- que el efecto malo previsible no sea directamente buscado, sino sólo tolerado;
- que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo;
- que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Aplicando este principio al tratamiento analgésico con dosis altas de opioides, empleado con frecuencia en el tratamiento del dolor por cáncer, se tendrá en cuenta que, si lo que se persigue directamente es aliviar el dolor (efecto bueno), habiendo agotado otras terapias que carecen de efectos negativos, no habría inconvenientes éticos en administrarlos, siempre y cuando los

efectos adversos como una eventual hipotensión, depresión del centro respiratorio y/o sedación, no sean directamente buscados, sino sólo tolerados, al no disponer de otras alternativas eficaces. En estas condiciones, esta terapia representaría el mayor bien posible para ese paciente.

Principio de no abandono: sería éticamente reprochable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinada terapia. Aún cuando el médico considere inadecuado ese rechazo, permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática, podrá tal vez, hacer que cambie de opinión. Sin embargo, este principio ético nos previene también frente a otra forma más sutil de abandono. En términos generales, se puede decir que los profesionales de la salud tenemos una mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes con cáncer, sobre todo en etapas avanzadas de su enfermedad, nos confronta con estas realidades, generando a veces una sensación de impotencia y la tentación de evadir su trato, abogando la conocida excusa de "no hay nada más que hacer". El *ethos* de la Medicina Paliativa nos recuerda que, incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y también consolar, poniendo a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aún en condiciones de extrema debilidad y dependencia.

Principales dilemas éticos en el manejo del dolor por cáncer (ver tablas 1 y 2)

Todo planteamiento ético a la hora de enfrentar las dolencias de un paciente, debería ir precedido por la máxima kantiana *"Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como fin"*. Mantener la dignidad humana, es la premisa ética de la actuación médica. Sólo aliviando el dolor del enfermo con cáncer, se consigue mantener su dignidad. Es precisamente el tratamiento del dolor el principal dilema ético cuando se interactúa con estos pacientes. Los cuestionamientos básicos que aparecen son: ¿tratamos este tipo de dolor?, ¿cuándo iniciamos la terapéutica?, ¿qué fármacos utilizamos? Tal vez parezcan obvias las respuestas, pero infelizmente el tratamiento del dolor es con frecuencia y sin justificación, ineficaz. Los profesionales de la salud raramente son entrenados en su manejo, no son conscientes de su importancia ni reconocen cuándo un paciente debe ser tratado, ni los fármacos necesarios, de acuerdo a los mecanismos de producción del síntoma.

Para organizar y hacer coherente el tratamiento del dolor, en el año 1986 la OMS presentó una guía clínica que consistía en una escalera analgésica de tres peldaños, que en dependencia de la intensidad individual del dolor, progresa desde los analgésicos no opioides, a los opioides débiles y luego a los opioides potentes. La

Tabla 1. Dilemas éticos en el manejo del dolor por cáncer

- ♦ Tratamiento del dolor (decisión de instaurar tratamiento , momento en que debe ser iniciado y fármacos a utilizar)
- ♦ Utilización de fármacos opioides para este tipo de dolor
- ♦ Elección de la vía de administración de opioides
- ♦ Capacidad profesional para manejar adecuadamente el síndrome doloroso

Tabla 2. Causas de dilemas éticos

- ♦ Desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del dolor oncológico
- ♦ Desconocimiento de la farmacología de los principales grupos farmacológicos empleados
- ♦ Empleo de dosis insuficientes de fármacos
- ♦ Seguimiento de esquemas rígidos no individualizados
- ♦ Prejuicios relacionados con el uso de opioides a largo plazo asociado a la presión familiar y negación del uso de estos
- ♦ Restricciones legales para el uso de opioides
- ♦ Falta de disponibilidad de formas de presentación poco invasivas
- ♦ Alto costo de las nuevas presentaciones farmacológicas y de las tecnologías de avanzada

terapia paliativa oncológica y los fármacos coadyuvantes, podían ser integrados en cualquiera de los escalones (ver figura adjunta)

Durante casi dos décadas la escalera analgésica de la OMS, ha constituido una excelente herramienta educativa para incrementar los conocimientos farmacológicos y la disponibilidad de opioides esenciales en todo el mundo. ⁽³¹⁾ No obstante, los avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor y la aparición de nuevos fármacos y nueva tecnología, hacen que el seguimiento de la escalera analgésica de manera esquemática, se convierta en una barrera para el adecuado tratamiento de muchos cuadros dolorosos, al obligar al paciente a recorrer los escalones hasta llegar a encontrar el fármaco más adecuado para su dolor. Es por esto que debe individualizarse el tratamiento a cada paciente según la fisiopatología de su dolor y el estadio de su enfermedad.

El siguiente dilema ético está relacionado con el empleo de fármacos opioides. Por su efectividad, dosificación fácil y relación riesgo /beneficio, ésta es la clase más importante de analgésicos en el manejo del dolor oncológico de moderado a severo. Generalmente el más empleado es la Morfina, por su disponibilidad en diferentes formas de presentación, su farmacología clínica bien definida y su relativo bajo costo, pero tanto el

personal de la salud, como pacientes y familiares evitan su uso por temor a los supuestos efectos adversos que produce. De ahí que la mayoría de los enfermos con cáncer se mantienen con dolor de diversa intensidad a pesar del tratamiento impuesto, porque no se le suministran los analgésicos que precisan o se hace de manera inadecuada e insuficiente.

Los pacientes y sus familiares asocian el uso de opioides a la etapa final de la enfermedad: piensan que su prescripción indica que el enfermo está muriendo. Con frecuencia esta afirmación es cierta, pero sólo en el contexto de que generalmente al enfermo se le concede este beneficio cuando es un moribundo. En tales circunstancias, el uso de la Morfina parece precipitar la muerte del enfermo ya agotado y desmoralizado.

Los efectos adversos más temidos son la depresión respiratoria o la falla cardíaca. Sin embargo, la morfina no es peligrosa si se ajusta la dosis de forma individualizada y con la seguridad de que el dolor que estamos tratando es sensible al analgésico. Muchos autores señalan que generalmente los opioides alargan el tiempo de vida al paciente: *evidencias circunstanciales sugieren que el uso correcto de la morfina prolonga la vida del paciente con cáncer en la medida en que se ve libre del dolor; en mejor situación para descansar, dormir , comer y estar más activo* ⁽⁷⁾

En lo referido a la posible toma de conciencia que pueden ocasionar, también temida por pacientes y familiares, se puede decir que, en términos generales, existe la obligación ética de no privar de la conciencia de sí mismo a un enfermo sin verdadera necesidad. Sin embargo, cuando se pretende la supresión de la sensación dolorosa, por el grado de afectación que provoca, debe instaurarse tratamiento, aunque la narcosis lleve consigo una supresión o disminución de la conciencia. A veces se pueden utilizar pautas de sedación en las que exista la capacidad de despertar y llevar o seguir una conversación consciente.

El médico, por su parte, evita prescribir opioides, o lo hace de modo limitado, por temor a la aparición de tolerancia y dependencia física. Estos fenómenos son esperados en el tratamiento prolongado y no deben confundirse con la dependencia psicológica o adicción, pues la confusión de estos términos lleva a prácticas inadecuadas en la prescripción, y administración de opioides para el dolor por cáncer y contribuye al subtratamiento. Las instituciones están más preocupadas por la posible adicción a las sustancias controladas, que en la optimización del alivio del dolor ⁽²⁵⁾. Todo esto es resultado de ignorancia sobre farmacocinética y farmacodinamia de los opioides y de sus pautas de administración en el dolor oncológico, lo que conduce a regímenes arbitrarios que no erradican el síntoma. No es adecuado ni ético tener a un paciente sufriendo durante días -o incluso semanas- mientras recorre los escalones de la escalera analgésica hasta llegar al fármaco adecuado.

El dilema esencial en el manejo del dolor por cáncer se resume en la capacidad profesional. En 1994, Caín y Hammes planteaban: *“La obligación de aliviar el sufrimiento es un componente esencial de la ética médica, es imperativo para los profesionales de la salud mantener la habilidad clínica para conocer el manejo del dolor, incluso cuando los programas curriculares no lo incluyan”*. Sin embargo, muchos profesionales de la medicina que tratan pacientes con cáncer, no son capaces de manejarlos convenientemente cuando estos son aquejados por el dolor: conocen el cáncer como enfermedad, conocen que casi invariablemente cursa con dolor, pero también conocen que serán incapaces de aliviar el sufrimiento del paciente, debido a su impericia.

Este dilema ético se presenta ante la imposibilidad de responder eficientemente a los principios cardinales de la ética. No se puede ser benéfico si no se es capaz de actuar aliviando el dolor porque no se tiene una formación teórico-práctica rigurosa y actualizada para el ejercicio profesional. Se es maleficio cuando, en lugar de abstenerse de realizar acciones que puedan perjudicar a los pacientes, más bien se abstiene de aliviar el dolor al no proveer tratamiento o hacerlo de forma inadecuada. Tampoco se respeta la autonomía del paciente si se considera en primer término que éste no la posee o está disminuida a causa de su enfermedad y no se toman en cuenta sus opiniones y deseos y se le ocultan los detalles de su condición olvidando que las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético. Por último, no se actúa con justicia y equidad, si se considera que en estos pacientes ya no queda nada por hacer y no se disponen los recursos necesarios para aliviar su sufrimiento, del mismo modo que se haría con otro tipo de enfermo.

La ausencia de programas para el estudio del dolor durante la formación académica del profesional de la salud, es la causa que genera este dilema. Posteriormente, en el desarrollo de especialidades clínicas o quirúrgicas que incluyen la patología oncológica dentro de sus temas de estudios, el manejo del dolor vuelve a ser minimamente esbozado.

A lo anteriormente dicho se le añade el proyecto cada vez más materialista del hombre, que en la Medicina se manifiesta en un gran desarrollo tecnológico, que pone a nuestro alcance los recursos materiales para investigar, diagnosticar y tratar enfermedades, pero que humana y éticamente nos aleja del enfermo. La formación de los profesionales de la salud está sobrecargada de un utilitarismo extremo, donde el ser humano no es fin en sí mismo. Muchos incluso olvidan el vocablo “bioética” porque el abordaje de esta disciplina se hace de forma muy somera o porque sencillamente conviene olvidarlo, para minimizar nuestro compromiso con el paciente.

Es obvio que, con una correcta formación profesional, aunada a principios bioéticos sólidos, sostenidos por la virtud, el médico sabría conducirse adecuadamente

ante el paciente con cáncer y dolor. Sabría asistirlo en su sufrimiento tanto desde el punto de vista espiritual, como científico. Lo haría entender que el dolor no tiene que convertirse en un factor que controle su vida, haciéndolo más cooperativo ante el tratamiento. Al percibir toda la angustia familiar que se genera alrededor de él, sabría apoyar, guiar y orientar a la familia, despojándola de prejuicios que entorpecen la evolución del enfermo. Sólo siendo capaz ética y científicamente, podrán vencerse las barreras que obstaculizan el manejo del dolor por cáncer, incluso aquellas que tienen que ver con la escasez de recursos, porque sólo desde el conocimiento se pueden encontrar alternativas en el tratamiento.

Conclusiones

El síndrome del dolor total es la máxima expresión de persistencia de este síntoma en el paciente con cáncer. Cuando no es aliviado, es capaz de convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y amenazar seriamente su existencia.

La correcta evaluación del dolor del paciente con cáncer es de importancia capital. La impericia puede resultar en un tratamiento inadecuado. Sólo un análisis cuidadoso de sus diferentes elementos y el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario, ayudarán a formular un plan de tratamiento que cambie significativamente la situación real de estos enfermos y mejore su calidad de vida.

El alivio del dolor es un derecho del paciente. El médico tiene el deber ético y la obligación moral de intentar hacerlo con los recursos disponibles y con conocimientos adecuados. Para esto, debe estar bien entrenado en el manejo de los métodos de analgesia e individualizar la terapia en correspondencia con la situación del enfermo.

La correcta valoración y aplicación en la práctica profesional de los principios esenciales de la ética médica, contribuiría a evitar los dilemas que se presentan al abordar el tratamiento del dolor y a lograr una relación más humana y dignificante con estos enfermos.

Bibliografía.

1. Franco Grande A. El dolor en la historia. Rev. Soc. Esp. Dolor.1999.6:261-62.
2. Fernández-Torres B, Márquez-Espinos C, de las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica II. Del siglo XIX a la actualidad. Rev. Soc. Esp. Dolor.1999.6:368-79.
3. Gómez Ribero O.F, González Olaya H.L. Dolor: una mirada introductoria. http://web.unab.edu.co/editorialunab/revistas/medunab/pdfs/r410_rt_r1.pdf.2006
4. Brennan F, Cousins M.J El alivio del dolor como un derecho humano. Rev. Soc. Esp. Dolor.2005.12:17-23.
5. Taboada P Ética Clínica: Principios básicos y modelo de análisis. Boletín Escuela de Medicina. 1998. 27(1): 7 - 13.
6. Astudillo W, Mendinueta C, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. Rev. Soc. Esp. Dolor.1998.6:29-40.
7. Centeno Cortés C, Vega Gutiérrez J, Martínez Baza P. Bioética

de la situación Terminal de enfermedad. 1998.CB N° 12, 4° 92: 38-52.

8. Lacadena J.R. V. R. Potter In Memoriam: Orígenes de la Bioética. Jano. Medicina y Humanidades.2001.

9. De Santiago M. Una perspectiva acerca de los fundamentos de la Bioética. Biblioteca básica de Du Pont Pharma para la atención primaria. 1998.

10. Suardiaz Pareras J. El Deontologismo: Kant. Aportes y limitaciones del principlismo en Bioética. Bibliografía básica del Master en Bioética. Centro Juan Pablo II, La Habana, 2007.

11. Zamora Marin R. Reflexión bioética en torno a las ciencias médicas y su relación con la muerte encefálica. Monografía. Bibliografía básica de Master en Bioética. Centro Juan Pablo II, La Habana, 2007.

12. Urbano Ferrer. La dignidad y el sentido de la vida. Colaboraciones CB 1996. 26 (2):191-201.

13. Centeno Cortes C, Vega Gutiérrez J, Martínez Baza P. Bioética de la situación terminal de enfermedad. 1997. CB N° 12, 4° 92. 38-52.

14. León Correa F. J. ¿Que es la bioética? Dignidad humana, libertad y bioética. 1992. CB 12. 4: 5-22.

15. Urbon M.G, Parra G, Romero P, et al. Consideraciones sobre los fundamentos de la ética clínica. 1998. CB 35.3 :528-31.

16. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Bioética para clínicos. Med Clin (Barc) 2001. 117: 18-23.

17. Palazzani L. La fundamentación personalista en bioética. 1993. CB 14.2:48-54.

18. Romera E, Perena MJ, Rodrigo MD. Neurofisiología del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004. (7): 11-17.

19. Perena MJ, Perena MF, Rodrigo-Royo MD. Neuroanatomía del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2003. (7): Supl. II. 5-10.

20. Serrano-Atero MS, Peramo F, Cañas A et al. Modulación descendente de la información nociceptiva (I). Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002 (9) 382-390.

21. González O, González E, Toro R. Fisiopatología del dolor. Rev. Ven. Anest. 2005. (3):1:26-33.

22. Silva Cesar M, Lamelo Alfonsín F, Vidal Martínez et al. Manejo del dolor oncológico. Guías Clínicas 2008; 8 (50).

23. Torres L.M. Un enfoque mecanístico del dolor oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002;9: 481-84.

24. Aguilar J.L, Guanyabens C, March Y, et al. El dolor en el enfermo hematológico: cuidados paliativos integrales. Rev. Soc. Esp. Dolor. 1999;6: 436-448.

25. Cerda-Olmedo G, Monsalve V, Mínguez A, et al. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: decisiones específicas en el paciente terminal. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2000 N° 7:306-12.

26. Gonzalo Herranz. El paciente Terminal y la ética de la medicina paliativa. CB N° 16, 4° 93, PP. 5-19.

27. U.S. Department of Health and Human Services. Manejo del Dolor por Cáncer. Guía Clínica Práctica Número 9. Publicación Número 94-0592. 1994

28. Meseguer F, Edward J. Metaanálisis en dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2000;7:197-99.

29. Torres L.M. De la escalera al ascensor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002;9:289-290.

30. Guillen Núñez M.R. Etiología del dolor por cáncer. Oncología. 2004. 18-23.

31. Miranda, G. Colaboraciones. ¿Qué Bioética queremos? Fundamentos de la Bioética Personalista. CB N° 17-18, 1°-2° 94. 49-62.

32. León F.J. Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Conferencia en II Reunión de Enfermería en Atención Especializada. "Cuidados paliativos, una necesidad de nuestra sociedad". Santiago de Compostela, 1997.

1 Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación, verticalizada en Tratamiento del Dolor. Master en Bioética.
(Endnotes)