

JOSÉ BUFORN VALERO, CECILIA PIQUER BOSCA, AMALIA RUBIA FERNANDEZ, ELENA FERRER CASARES Y ARCADIO REAL ROMAGUERA\*\*

\*DUE del Hospital General Universitario de Valencia. \*\* DUE supervisor del Hospital General Universitario de Valencia

# Mitos de la morfina entre el personal de enfermería urológica

## RESUMEN

Los enfermos con cáncer de origen urológico, sufren dolor con elevada frecuencia, sobre todo en las últimas fases de la enfermedad. Aliviar este síntoma tan molesto debe ser una prioridad de todo el personal sanitario. Considerándose el control del mismo, como uno de los factores que más influyen en la valoración subjetiva, de la calidad del servicio que reciben los pacientes.

Hoy en día la O.M.S. considera que uno de los medicamentos más eficaces, para el control del dolor es la morfina y sus derivados.

Lamentablemente los opiáceos, hoy en día todavía suscitan temores míticos entre los profesionales sanitarios, en la mayoría de los casos totalmente injustificados, como una vez más se demuestra en el presente estudio.

**Palabras clave:** Mitos, opiáceos, dolor, calidad de vida, educación sanitaria, efectos secundarios.

## SUMMARY

The patients with urologic cancer, suffer pain with high frequency, mainly in the last phases of the disease. To alleviate this so annoying symptom must be a priority of all the sanitary personnel. Considering the control of the same, like one of the factors that influence more in the subjective valuation, of the quality of the service that receives the patients.

Nowadays the O.M.S. considers that one of the most effective medicines, for the control of the pain is morphine and its derivatives.

Lamentably the opiate ones, nowadays still provoke mythical fears between the sanitary professionals, in most of the cases totally false, once again it is demonstrated in the present study.

**Keywords:** Myths, opiate, pain, quality of life, sanitary education, indirect effects.

## INTRODUCCIÓN

El dolor como síntoma o como enfermedad, es la situación negativa de la salud que más aflige a los seres humanos y suprimir o en todo caso aliviar el dolor es una de las prioridades del personal sanitario. (1)

Siendo el cáncer la segunda causa de muerte en la población española detrás de las enfermedades cardiovasculares, estimándose aproximadamente en un 60-75 % de los pacientes oncológicos que en algún momento de la enfermedad lo presentaran, llegando este porcentaje a cifras superiores al 90% en la fase terminal de la enfermedad.

Los enfermos con cáncer de origen urológico sufren dolor, generalmente intenso en las últimas fases de la enfermedad en la mayoría de los casos, con el consiguiente deterioro de su calidad de vida y las connotaciones psicosociales por todos conocidas (ansiedad, tristeza, depresión, sensación de abandono, etc.) Sufriendo en la mayoría de los casos un dolor tan intenso como innecesario, ya que hoy en día con las actuales posibilidades terapéuticas existentes, es posible un aceptable control del dolor en la mayoría de los casos.

Aunque el dolor neoplásico puede ser debido a múltiples factores como tamaño tumoral, compresión, infiltración linfática, dolor asociado al tratamiento etc. en urología el dolor neoplásico más frecuente es el producido por metástasis óseas, consecutivas a procesos tumorales generalmente de próstata y vejiga.

Según la definición de la O.M.S. en 1990 sobre cuidados

paliativos, uno de los objetivos fundamentales de los mismos es proporcionar a los pacientes alivio del dolor, pese a ello el 30 % de estos pacientes mueren con dolor.

Hoy en día la O.M.S. considera que entre el 90 y el 95% de todos los dolores de origen tumoral son controlables, si se actúa sobre ellos de forma adecuada y sin lugar a dudas, uno de los medicamentos más eficaces en el control del dolor es la morfina (denominada así en honor a Morfeo, dios griego de los sueños) así como sus derivados los analgésicos narcóticos. (2)

Estos analgésicos, son aquellos fármacos denominados opiáceos. En la antigüedad ya se conocían las propiedades analgésicas y euforizantes de «un líquido lechoso procedente de la adormidera». (Papaver Somniferum) La primera referencia del uso del opio, como remedio para calmar el dolor se encuentra en el escrito de Teofrasto, en el siglo 3º antes de Cristo. Esta planta considerada mágica ya se cultivaba en la región Mediterránea en el 300 años antes de Cristo.

En la actualidad se elabora industrialmente, a partir de la adormidera de la que se obtienen al menos 25 alcaloides. En España se destinan al cultivo del opio unas 4.000 hectáreas distribuidas, fundamentalmente por varias provincias de Andalucía, cuyo destino fundamental es la exportación, ya que España es uno de los países desarrollados con menor consumo.

Generalmente se utiliza el término opiáceo a todo producto natural del opio, o derivado sintético, con propiedades similares la morfina.

El alcaloide natural más significativo obtenido del opio es la morfina. La propiedad farmacológica fundamental es su potente acción analgésica, utilizándose para el tratamiento del dolor de mediana a gran intensidad.

La morfina y sus derivados actúan fijándose sobre los centros receptores del dolor. Esto produce un efecto de inhibición, de tal forma que atenúa la sensación dolorosa y anulan o reducen el carácter desagradable que acompaña al dolor. La concentración plasmática máxima por vía oral se consigue a los 45 minutos, siendo la vida media plasmática de 2'5 a 3 horas, pudiendo ser este valor más breve en el joven y más prolongado en el anciano. (3)

Además del efecto analgésico la morfina puede tener algunos efectos secundarios como: estreñimiento, náuseas y/o vómitos, somnolencia, y sequedad de boca.

El consumo de la morfina es entre otros, uno de los indicadores de la calidad de los cuidados que se aportan a los enfermos terminales. Aunque en estos momentos dicho consumo en España, dista con mucho de ser suficiente como para aliviar el dolor de los pacientes con cáncer.

Las diferencias de consumo de morfina de unos países a otros es muy variable, aunque los mayores niveles de consumo se encuentran en los países escandinavos y anglosajones. El consumo total en España ha pasado de 103K. en 1990 a los 158K. en 1992, frente a Dinamarca que consume 37 K. por millón de habitantes y año. (correspondería consumir  $40 \times 37 = 1.480K$  en total)

Si tenemos en cuenta que en España hay cada año ochenta mil nuevos casos de cáncer y que en la fase terminal de esta enfermedad la mayoría de estos pacientes necesitara el uso de la morfina para el control del dolor, podemos afirmar que estas cantidades son absolutamente insuficientes.

Sin lugar a dudas uno de los motivos de tan escaso uso de este medicamento tan útil y eficaz en el control del dolor, es el miedo desproporcionado a la morfina, debido a la existencia de una serie de mitos entre el personal sanitario, tanto por el estamento que lo receta como por los que lo manejan, junto a una serie de trabas burocráticas en adquisición, que hacen que hoy en día sea infrutilizado este medicamento en España. (1) Sin olvidar el temor que en ocasiones existe en el paciente como en su familia de que este acabe haciéndose un drogadicto.

## OBJETIVOS

Conocer la opinión de los profesionales de Enfermería, que manejan enfermos urológicos terminales, sobre los mitos relacionados con la morfina. Así mismo conocer si el dolor es suficientemente valorado por los médicos y si el tratamiento del mismo, podría ser mejorado en su unidad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

**Fuentes de información:** La recogida de datos se realiza, mediante una encuesta personalizada entre los profesionales de enfermería, de los diversos servicios de urología, de

distintos centros sanitarios de Valencia capital y provincia, recogiendo en total 56 encuestas.

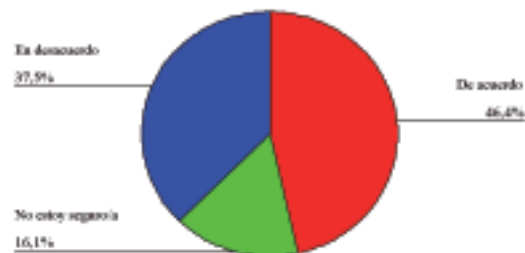
**Variables a estudiar:** La encuesta se basaba en 12 preguntas cerradas, (anexo nº 1) que responde a la estructura de la escala de Likert, respecto a algunos de los prejuicios, muy arraigados entre los profesionales sanitarios relacionados con el uso de la morfina.

Para asegurar la objetividad e intimidad de la encuesta, esta era anónima y sin ningún tipo de identificación, personal o firma.

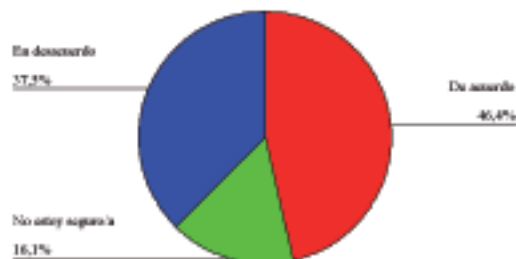
**Análisis de datos:** El análisis de datos se efectuó, mediante el paquete estadístico S.P.S.S. 9.0.

## RESULTADOS

A la primera pregunta *¿la morfina produce rápidamente tolerancia, y por lo tanto con el tiempo puede llegar a ser inefectiva?* 26 de los encuestados respondieron estar de acuerdo, no están seguros 9 y en desacuerdo 21. **Gráfica número 1:**



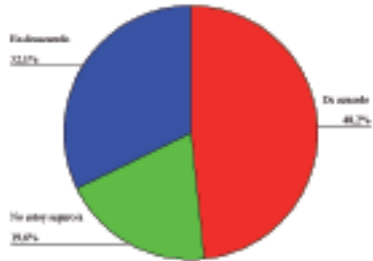
A la pregunta número dos *¿el paciente tratado con morfina puede terminar haciéndose un drogadicto?* 26 de los encuestados manifestaron estar de acuerdo, no están seguros 9 y en total desacuerdo 21. **Gráfica número 2:**



A la pregunta siguiente *¿la morfina puede provocar un estado de euforia en el paciente con dolor?* 17 encuestados manifestaron estar de acuerdo, 15 no están seguros y 24 están en desacuerdo. **Gráfica número 3:**



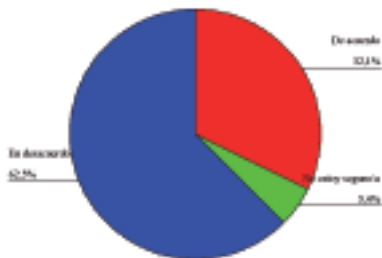
A la pregunta número cuatro *¿la utilización de la morfina en los pacientes terminales, puede acortar la vida de los mismos?* 27 de los encuestados manifestaron estar de acuerdo, no están seguros 11 y en desacuerdo 18. **Gráfica número 4:**



A la pregunta número cinco *¿cree que se puede mejorar el tratamiento del dolor en su servicio?* 47 manifestaron estar de acuerdo, 4 no están seguros y 5 están en desacuerdo. **Gráfica número 5:**



A la pregunta de si *¿la utilización de placebos en los pacientes terminales es éticamente aceptable?* 18 manifestaron estar de acuerdo, 3 no están seguros y en desacuerdo contestaron 35. **Gráfica número 6:**



A la pregunta número siete *¿la morfina por vía oral es inefectiva?* manifestaron estar de acuerdo 10, no están seguros 15 y en desacuerdo 31. **Gráfica número 7:**



A la siguiente pregunta *¿la morfina solo puede estar indicada por médicos especialistas del dolor?* 8 de los encuesta-

dos manifestaron estar de acuerdo, 5 no están seguros y están en desacuerdo 43. **Gráfica número 8:**



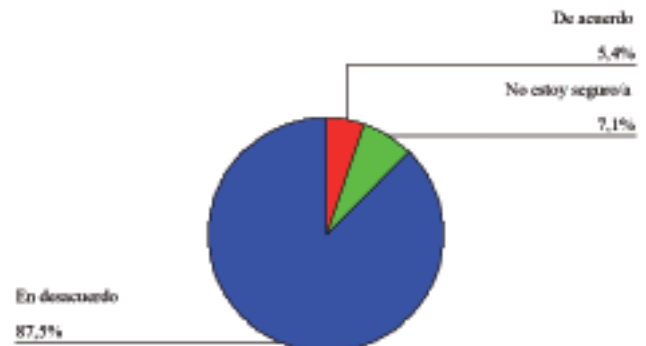
A la pregunta número nueve *¿resulta peligroso tener morfina en el servicio?* están de acuerdo 8, no están seguros 8 y en total desacuerdo 40. **Gráfica número 9:**



A la pregunta número diez *¿la morfina solo esta indicada en los pacientes terminales?* respondieron estar de acuerdo 8, no están seguros 11 y en desacuerdo 37. **Gráfica número 10:**



La pregunta número once sobre *¿los médicos valoran suficientemente el dolor de sus pacientes?* manifestaron estar de acuerdo 3, no están seguros 4 y en desacuerdo 49. **Gráfica número 11:**



Por último a la pregunta *¿has utilizado alguna vez placebos en algún paciente terminal?* respondieron afirmativamente 20 y negativamente 36. **Gráfica número 12:**



## DISCUSIÓN

**¿La morfina puede producir tolerancia rápidamente, y con el tiempo puede resultar ineficaz?**

Esta es una creencia extraordinariamente frecuente entre el personal sanitario, suponiendo muchos profesionales que al cabo de poco tiempo la morfina será totalmente ineficaz.

Aunque con la morfina se produce el llamado fenómeno de tolerancia, y esto significa que habrá que ir aumentando paulatinamente las dosis, para poder obtener los mismos efectos analgésicos.

Sin embargo está demostrado que cuanto más largo es el tratamiento con morfina menor es el efecto de tolerancia. La morfina es uno de los analgésicos que no tiene el efecto techo, pudiéndose aumentar las dosis casi indefinidamente, si fuese necesario.

La mayoría de las ocasiones en que debe ser aumentada la dosis de la morfina se debe a una de las causas siguientes:

- Al progresivo crecimiento del tumor, el cual provoca un aumento del dolor, lo cual lógicamente requiere un aumento de la dosis del calmante.
- Puede darse el caso que el umbral del dolor este aumentado, debido a unas necesidades psicológicas no reconocidas o no solucionadas.
- Por último no olvidar que podemos estar ante un enfermo, con un historial de abuso de drogas. (4)

**¿El paciente tratado con morfina puede terminar haciéndose un drogadicto?**

En la literatura científica mundial apenas, hay descrito algún caso, siendo extremadamente raro si la persona a la que se le administra la morfina realizaba antes una vida normal, es decir, no tenía adicción a las drogas con anterioridad al inicio del tratamiento. Estudios publicados hace años demuestran que es extremadamente rara adicción o dependencia, psicológica a opiáceos en los pacientes con dolor por cáncer. La experiencia demuestra que la morfina se puede retirar sin ningún problema cuando ya no hace falta para el tratamiento. La única precaución que se debe tomar si se retira el tratamiento, por el motivo que sea, es suspenderlo poco a poco si el paciente la tomaba desde hacia más de 3 o 4 semanas.

**¿La morfina puede provocar un estado de euforia en el paciente con dolor?**

Por regla general se confunde el estado de bienestar y relajación que se produce en el paciente cuando se le alivia el dolor, con un estado de euforia. Al estar el paciente con dolor se encontraba triste y deprimido al desaparecer o mejorar este es natural, verlo lo más relajado y optimista.

**¿La utilización de morfina en los pacientes terminales puede acortar la vida de los mismos al producir depresión respiratoria?**

Esta es una creencia errónea que encontramos muy frecuentemente entre el personal sanitario. La depresión respiratoria producida por la morfina es mucho menor que otros fármacos, ningún trabajo publicado sobre la utilización de la morfina por vía oral señala episodios importantes de depresión respiratoria en los pacientes.(4) Otra cosa muy distinta, es cuando se utiliza por vía endovenosa, en donde habrá que ser muy prudentes y el personal de enfermería estará muy atento a la aparición de síntomas como, disnea, hipotensión, etc. De todas formas hemos de saber que existe un antagonista puro de la morfina como es el Nalaxone.

**¿Cree que se puede mejorar el tratamiento del dolor en el servicio?**

Desgraciadamente podemos observar que los objetivos de los años 90 de la O.M.S. siguen sin cumplirse en su totalidad y ello más que por falta de medios se debe a una falta de sensibilidad y a unos oscuros mitos que deben, ser alumbrados por el mejor conocimiento de la analgesia.

**¿La utilización de placebos en los pacientes terminales con fines analgésicos, es éticamente aceptable?**

El placebo se puede definir como, un medicamento desprovisto de actividad farmacológica, alguien lo ha definido como «la mentira que cura»

En ningún caso, aunque el dolor al igual que otros síntomas, puede desaparecer con la administración de un placebo, estos nunca deben utilizarse, para aliviar el sufrimiento de los pacientes terminales. Es muy frecuente ante un paciente que se queja de dolor, escuchar frases como estas por parte de sus cuidadores:

No le dolerá tanto, pues con una simple inyección de agua destilada, se le ha calmado el dolor.

El uso de placebos en los enfermos terminales está totalmente contraindicado, sobre todo cuando se dispone de fármacos eficaces en el proceso que se trata (6, 7) y puede afectar muy negativamente la confianza paciente/enfermera, pues cuando el paciente lo descubra perderá toda su confianza con sus cuidadores, así como a una exacerbación de sus síntomas (8)

El uso de los placebos en la mayoría de los casos se debe a una falta de preparación por parte del personal que los administra. No debemos de olvidar que muchas de las medicinas llamadas paralelas, así como curanderos, su efectividad está basada en mayor o menor medida en el efecto placebo, lejos del conocimiento científico, en que se debe basar toda actuación del profesional de la salud.

### ¿La morfina por vía oral es inefectiva?

Totalmente inexacto, si tenemos en cuenta que entre el 80 y el 90 % de los pacientes con dolor por cáncer, consiguen una buena analgesia por vía oral (9) considerándose la vía de elección para el tratamiento del dolor por cáncer, siempre que el paciente este en condiciones de poder tomarlo. En caso contrario debemos recordar que existen otras vías alternativas, como son la rectal, la subcutánea, la intravenosa y la espinal.

La morfina tiene una vida media muy corta, obligando a la repetición reiterada de las dosis cada 4 horas. Esto puede llegar a ser muy incomodo para los pacientes, siendo en ocasiones un motivo de fracaso del tratamiento. Normalmente la dosis diaria se reparte en 6 dosis iguales y se distribuyen en intervalos de 4 horas. Acumulando en la ultima dosis del día las dos nocturnas en una sola, con la idea de respetar el sueño del paciente.

De esta manera un horario recomendado seria: 8,12, 16, 20 y 24 horas, siendo la última dosis el doble de las anteriores. Naturalmente este horario puede modificarse teniendo en cuenta las costumbres del paciente, pero respetando siempre el intervalo de cuatro horas entre las dosis.

También se pueden utilizar comprimidos de liberación retardada, como MSTR que liberan el sulfato de morfina de forma progresiva, se suelen utilizar cada 12 horas siendo por lo tanto más cómodo para el paciente, es muy importante tener en cuenta por parte del cuidador que lo administra el tener en cuenta que estos comprimidos no pueden partirse ni triturarse, para no perder sus propiedades de liberación continua.

Es muy importante por el personal de enfermería respetar en todo momento el horario de la administración de la morfina, para evitar la aparición del dolor, el cual solo recordara al paciente su enfermedad y le puede llevar perder la confianza con el equipo que lo cuida.

### ¿La morfina solo puede estar indicada por los médicos especialistas del dolor?

Totalmente incierto, este fármaco como el resto, puede ser recetado por cualquier médico de familia, médico de cabecera, especialista etc. Únicamente se requiere para su dispensación la correspondiente receta debidamente rellenada por el médico.

### ¿Resulta peligroso tener morfina en el servicio?

En ocasiones existe el temor entre el personal de enfermería, a tener morfina en el servicio, por el riesgo al robo de la misma, y aunque este riesgo evidentemente existe, creemos que el temor es exagerado, pues apenas hay constancia de robos de la misma, en los servicios.

### ¿La morfina solo esta indicada en pacientes terminales?

La morfina no solo tiene una indicación analgésica en pacientes terminales. Las indicaciones de la morfina son múltiples, tanto en pacientes terminales, como en pacientes con dolor crónico. Es frecuente su uso para el tratamiento de otras patologías por ej. Para tratar la disnea. (3)

### ¿Los médicos valoran suficientemente el dolor de los pacientes?

Lamentablemente una vez más se puede comprobar de forma abrumadora que no. Hoy en día en que se disponen de grandes avances de la tecnología médica que han hecho posible, él poder curar cada vez más enfermedades, sin embargo algo tan cotidiano como es dolor no se le presta la suficiente atención por parte de los profesionales de la sanidad.(10) No es raro cuando un paciente se queja de dolor escuchar por parte del médico la respuesta de que es algo normal, o de aguántese un poco.

Por otra parte, diversos estudios revelan que con excesiva frecuencia, que el dolor del cáncer no es tratado adecuadamente por los médicos. Estimándose que entre el 50 y 80 por ciento los pacientes no obtienen un alivio satisfactorio de su dolor siendo una de las principales causas la falta de formación por parte de los profesionales de la medicina.(11) Otro tanto sucede con los profesionales de la enfermería en donde la atención que se dedica a su formación sobre los cuidados del dolor son mínimos o inexistentes.

No es extraño escuchar frases como:

“Este paciente aguanta muy poco».

“Es imposible que le duela tanto».

“Lo que le pasa es que esta muy nervioso». Etc.

No debe juzgar nunca el dolor que el paciente dice tener. Como muy bien dice McCaffery «dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser» Dado que el dolor es algo muy subjetivo siempre debemos creer al enfermo.(5)

### ¿Has utilizado alguna vez placebos en algún enfermo terminal?

Esta pregunta esta relacionada directamente con la que refiere a que si es éticamente aceptable y su grado de concordancia muestra una gran coherencia.

Aprovechamos para reafirmarnos que su uso debe estar contraindicado por los prejuicios que ocasiona y que su uso se debe en la mayoría de los casos a una falta de formación.

## CONCLUSIONES

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes del paciente urológico terminal y es muy importante tener en cuenta que el dolor incapacita y angustia más que cualquier otra entidad nosológica. Sin embargo como hemos podido comprobar en el presente estudio la mayoría de los profesionales considera que el tratamiento de este podría ser mejorado en su servicio. Así como no es suficientemente valorado por los médicos.

La enfermera pasa más tiempo junto al paciente con dolor, que ningún otro miembro del equipo sanitario y por lo tanto tiene la oportunidad de brindar comodidad y aliviar este dolor, mediante la comunicación, reducción de estímulos nocivos, estimulando la relajación, educación sanitaria del paciente, desmitificación en el uso de determinados calmantes etc. Así como la administración de los analgésicos prescritos por el médico de forma correcta.

El reto de paliar este dolor, debe ser asumido por los pro-



fesionales sanitarios, con la convicción de que disponemos de importantes medios para combatirlo. Así lo proclama la O.M.S. cuando nos manifiesta que el dolor de origen tumoral puede y debe ser paliado, en más de un 90 % de los casos. (12)

La morfina es uno de los fármacos utilizados en el control del dolor, del paciente urológico con enfermedad neoplásica terminal, debido a sus características farmacocinéticas: Vida media corta, fácil eliminación, múltiples formas de presentación etc.

Lamentablemente no todos los profesionales lo conocen, y hoy en día es frecuente ver a pacientes con dolor no controlado. Siendo una de las causas más importantes sin lugar a dudas de este fracaso, el miedo injustificado a la morfina, debido al desconocimiento de sus propiedades terapéuticas por parte de muchos profesionales de la sanidad y el temor a una serie de efectos adversos en la mayoría de los casos injustificados.

La utilización de la morfina está ampliamente aceptada y protocolizada por la O.M.S. (13, 14) Por ello el miedo, la excesiva preocupación en su utilización no tienen sentido y deben ser combatidos con una óptima formación por parte de todos los profesionales de la salud.

Los enfermeros/as deben conocer el manejo del mismo para poderlo administrar de forma lo más eficaz posible facilitándolo al paciente a sus horas prescritas, si se administra por vía oral verificara que el paciente toma la medicación correctamente, por eje. Si traga los comprimidos de sulfato de morfina enteros sin aplastar o partir.

La enfermera participara activamente en la educación sanitaria del paciente y familia, resaltando la importancia de tomarse la medicación a sus horas y erradicando los prejuicios existentes, entre los familiares sobre el uso de la morfina.

Estará pendiente de la aparición de posibles efectos secundarios, tales como:

Estreñimiento, el cual es el efecto secundario más frecuente (15) y molesto de los pacientes tratados con opiáceos, deberemos tener en cuenta que además del efecto propio de la morfina, otros factores pueden favorecer la aparición del estreñimiento, como son el encamamiento, uso de antidepresivos, etc. En caso de ser así lo registrara en la hoja de enfermería por si el médico considera oportuno prescribir laxantes o enemas. (16)

Nauseas y/o vómitos. Suelen aparecer al principio del tratamiento ceden espontáneamente, en caso de ser persistentes el médico puede prescribir la clorpromacina.

Somnolencia Suele aparecer al principio del tratamiento y ser transitoria, en caso contrario deberíamos pensar en un agravamiento del paciente, efectos secundario a algún psicofármaco, hipotensión etc.

Sequedad de boca, aparece en la mayoría de los pacientes tratados con morfina, existen multitud de soluciones de fácil preparación para prevenir la sequedad de boca como, administrar pequeños sorbos de zumo de frutas con hielo, manzanilla con limón, etc.

Desmitificar los temores relacionados con el uso de la morfina creemos debe ser un objetivo de todos los profesionales que manejan enfermos urológicos terminales. Lo cual contribuirá considerablemente, en el alivio del sufrimiento de estos pacientes, en los que si es verdad que no se puede curar, al menos si que podemos aliviar uno de sus síntomas más molesto como es el dolor. ▼

**EL DOLOR ES UNO DE LOS SÍNTOMA MÁS FRECUENTES DEL PACIENTE UROLOGICO TERMINAL Y ES MUY IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE EL DOLOR INCAPACITA Y ANGUSTIA MÁS QUE CUALQUIER OTRA ENTIDAD NOSOLÓGICA. SIN EMBARGO COMO HEMOS PODIDO COMPROBAR EN EL PRESENTE ESTUDIO LA MAYORIA DE LOS PROFESIONALES CONSIDERA QUE EL TRATAMIENTO DE ESTE PODRIA SER MEJORADO EN SU SERVICIO. ASI COMO NO ES SUFICIENTEMENTE VALORADO POR LOS MÉDICOS**

**BIBLIOGRAFÍA**

- Marcos, S. *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Las Palmas de Gran Canaria 1994.
- Abad, F. Garcia, A. *El dolor en urología y su control. Guía práctica para tratar el dolor de origen urólogo*. Pag. 293-309 Edt. Universidad Complutense. Madrid 1997.
- Mosquer, J. *Farmacología para Enfermeras*. Edt. Interamericana. Madrid 1998.
- González, J, R. «Morfina oral». *Rvt. Soc. Esp. del dolor*. Pag. 250-263. Septiembre-octubre 1995.
- Jiménez, R. El efecto placebo. *Rvt. Metas de Enfermería*. N° 27 Pag. 26-28. Madrid. Julio 2000.
- Astudillo, W. Mendieta, C. «Importancia de la Enfermería en los cuidados Paliativos». *Rvt. soc. esp. del dolor*. 2: 264-270, Madrid, 1995.
- Stimmel, B. *Tratamiento farmacológico del dolor*. Editorial Científica PLM. Mexico 1985.
- López, E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Edt. Interamericana. Madrid. 1998.
- Wanzzler, S. Et. al. *The Physicuan's Responsibility Hopessly. Patients: A Second Look*. N Eng. J. Msed, 1989; 320: 844-849.
- González, J,R. «Morfina oral» *Rev. Soc. Esp. Dolor*. Volumen 2 N° 5, pag. 350-363. Septiembre-Octubre 1995.
- Marcos, S. *Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales*. I.C.E.P.S. Las Palmas de Gran Canaria. 1998.
- Comité de expertos de la O.M.S. sobre el alivio del dolor y tratamiento activo en el cáncer. Ginebra O.M.S.
- Martín, A. *Atención Primaria. Atención al Enfermo Terminal*. Pag. 1624-1652. Edt. Harcourt Brace. Barcelona 1999.
- United Nations Departament of Social Affairs. *Bull Narc*, 1953; 5: 6-8.
- López, F. «Tratamiento del dolor de etiología oncológica». *FOMECA*, 1994; 2: 5-15.
- Alburquerque, E. «Morfina, Cáncer y vida cotidiana». *Rvt. Metas de Enfermería*. 24 Pag.28-37. Madrid abril 2000.