

Control de síntomas en cuidados paliativos

23/06/2004 **Guías Clínicas 2004; 4 (27)**

Elaborada con opinión de un experto sin revisión posterior

Conflicto de intereses: No solicitado

Autor: Lamelo Alfonsín, Fernando Especialista en Medicina Familiar Comunitaria- Unidad de Hospitalización a Domicilio- Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"- A Coruña

Contenido:

- ¿Qué entendemos por control de síntomas?
- Anorexia
- Boca seca y/o dolorosa
- Compresión medular
- Sudoración profusa
- Diarrea
- Disfagia
- Disnea
- Espasmo vesical
- Estertores premortem
- Estreñimiento
- Fiebre tumoral
- Calambres musculares
- Hipo
- Náuseas y vómitos
- Prurito
- Síndrome aplastamiento gástrico
- Síndrome confusional agudo
- Tenesmo urinario
- Tos
- Hemoptisis
- Hipercalcemia
- Hipertensión endocraneal

¿Qué entendemos por control de síntomas?

El control de síntomas en el paciente neoplásico terminal es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. Los enfermos neoplásicos a lo largo de la evolución de su enfermedad van a presentar múltiples síntomas, de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario:

- a. Previo a cualquier tratamiento realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos.
- b. Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/ beneficio ("no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas". Ej. Administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre)
- c. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.
- d. Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.
- e. Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.

Anorexia

Es un síntoma frecuente en pacientes neoplásicos que genera gran ansiedad en el entorno familiar (se puede aliviar explicando el origen y las posibilidades terapéuticas). No tiene sentido tratarla en las últimas semanas de vida del paciente.

Alternativas farmacológicas:

- Dexametasona 2-4 mg/día. Efecto transitorio durante 3-4 semanas
- Acetato de Megestrol (Borea®, Maygace®, Megefren®) 160-1600 mgs/ 24 horas
- Metoclopramida o procinéticos si la anorexia se acompaña de náusea y saciedad precoz.

Boca seca y/o dolorosa

Se presenta hasta en el 100% de los casos, los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva. Las causas más frecuentes son:

- Mucositis por Quimioterapia o Radioterapia
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos)
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes...)
- Deshidratación

Tratamiento de la boca seca

- Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos.
- Medidas generales: limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes ($\frac{3}{4}$ de Bicarbonato y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada ó $\frac{3}{4}$ de suero salino fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada) Si el paciente no es capaz de realizar enjuagues se aplican estas soluciones con un cepillo suave de dientes o con un bastoncillo de algodón.
- Aumentar la salivación: chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña natural, caramelos sin azúcar, cubitos de hielo aromatizados con limón.
- Prescribir saliva artificial: 12mg de metilcelulosa, 0.2 ml de esencia de limón y 600 cc. de agua
- Pilocarpina 5mg/8 horas vía oral o 2 gotas de colirio al 4%

Tratamiento de la boca dolorosa

- En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día:
 - Lidocaína viscosa al 2%, 5- 10 ml enjuagar y tragar
 - Hidróxido de aluminio y Lidocaína al 2% en partes iguales
 - Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).
 - Sucralfato, enjuagar y tragar
- En mucositis 2ª a radioterapia y/o quimioterapia podemos usar la solución de mucositis (fórmula magistral): Difenhidramina al 0.25%, Hidróxido de aluminio y Solución de Lidocaína clorhidrato 2% en carboximetilcelulosa 1%. Mezclar todo a partes iguales.
- Tratar las infecciones. En caso de micosis, usar enjuagues con nistatina (Mycostatin®): 4-6 horas tragando el líquido o Fluconazol: 50-100 mgrs/ día 5-7días o bien dosis única de 200mg.
- Analgésicos por vía oral o parenteral. En pacientes con Mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides.

Compresión medular

Es una urgencia oncológica que debe tratarse lo antes posible. Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor en columna, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres.

El tratamiento inicial se realiza con Dexametasona 100mg. Iv en 100cc de s.s.f. Infundirlo durante 10 minutos y remitir posteriormente al paciente a un centro hospitalario para confirmar diagnóstico y continuar el tratamiento.

Diaforesis (sudoración profusa)

Etiología habitual: Infecciones, Toxemia por afectación hepática

Tratamiento paliativo:

- Cimetidina (400mg./ 12 h.) o Ranitidina (150/ 12 h.)

- Indometacina 25 mg./ 8h.
- Dexametasona 2-4mg./ día.
- Fármacos con efecto anticolinérgico: Hioscina, Propantelina (15mg por la noche)

En pacientes con hiperhidrosis secundaria a tratamientos hormonales se puede utilizar Venlafaxina (75mg) o Paroxetina (20 mg). Si es secundaria a ansiedad pueden usarse: B-bloqueantes (Propranolol, 10-40 mg./ 8h.), Clorpromazina 25 mg./8h. o Benzodiazepinas.

Diarrea

Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal con la excepción de enfermos con SIDA. Su causa más común en pacientes con cáncer avanzado es el uso de laxantes. Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

Tratamiento

- Loperamida 4mg/3-4 veces al día o Codeína 30-60mg/ 6-8horas. Este último presenta efectos colaterales a nivel central o Morfina (MST 10-30 mg/ 12 horas)
- Si existe esteatorrea: Pancreatina (Pankreon forte® 2-3 cp/ comida), puede provocar prurito perianal, o Anti-H2 (Ranitidina, Cimetidina)
- Diarrea de origen biliar: Colestiramina (Lismol®) 1 sobre/8 horas
- Diarrea secundaria a Radioterapia: Naproxeno (250-500mg/12h.)
- Cáncer rectal con tenesmo: Enemas de corticoides (Cortenemas)
- Diarreas intratables pueden beneficiarse del uso de infusión de Octreótide (Sandostatin®).

Disfagia

Es un síntoma frecuente en: Neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (Herpes virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica.

El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica
- Dexametasona oral o parenteral 8-40mg/24 horas para intentar disminuir la masa tumoral
- Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina)

Disnea

Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo. Puede tener relación con la neoplasia o bien ser secundaria al tratamiento (QT, RT).

Si no existe relación debe tratarse la causa correspondiente. Si tiene relación recomendamos:

- Medidas generales: Humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario, elevar la cabecera de la cama.
- Ansiolíticos (disminuyen la ansiedad y la taquipnea)
 - vía oral. Diazepam 5-10 mg/ 8-12 horas
 - Sublingual. Loracepan 0.5-2 mg
 - Subcutánea. Midazolam 2.5-5 mg/4 horas en bolos; 0.5-0.8 mg/hora en infusión
 - Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg/24 horas
- Morfina:
 - Uso inicial 2.5-5mg/4 horas de Sevredol;® 10-30 mg/12 horas de MST®
 - Uso previo. Aumentar la dosis diaria total en un 50%
- Corticoides si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias

- Dexametasona 20-40 mg/24h. oral o parenteral
- Valorar ensayo terapéutico con broncodilatadores nebulizados
- En crisis aguda de disnea administrar Morfina y/o Benzodiacepinas.

Disuria

Se define como dolor con la micción. Puede ser secundaria a: infección urinaria, infiltración tumoral, cistitis secundaria a radioterapia o quimioterapia. Tratamiento:

- Tratar si existe la infección urinaria.
- Alcalinizar la orina con citrato potásico: 2.5 gramos/8-12 horas.
- Oxibutinina 5-10 mg/ 8horas.
- Propantelina 15 mg/8 horas.
- Instilar Lidocaina gel
- AINEs

Espasmos/ Calambres musculares

Es un síntoma poco frecuente pero que produce gran discomfort en los pacientes que los sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas). Se trata con:

- Si existe espasticidad :
 - Clonazepan 0'5-2mg/ 6-8horas
 - Diazepan 5-10 mg/ 8horas
 - Baclofeno (Lioresal®) 5-30 mg/tres veces al día
- En calambres secundarios a radioterapia o quimioterapia
 - Carbamacepina 200mg/12 horas
 - Fenitoína 200-300mg/día
- En calambres por Uremia. Clonazepan (0'5 mg./ dosis nocturna)

Espasmo vesical

Se define así al dolor intenso suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento.

Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón. Puede usarse además:

- Amitriptilina 25-50 mg/día
- Hioscina 10-20 mg/ 8 horas oral o subcutáneo
- Oxibutinina (Ditropan®) 2'5-5mg/ 6h
- Naproxeno 250-500mg./ 12h
- Instilar en la vejiga 20 ml de Lidocaína al 2% diluido en suero salino. Se puede repetir según necesidad.

Estertores premortem

Se define así a los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales y que son provocados por la acumulación de secreciones. Esta situación, suele causar gran angustia a los familiares debido a que piensan que el paciente se muere ahogado.

Su tratamiento consiste en usar de forma precoz n-metilbromuro de Hioscina (Buscapina), 10-20 mg./6-8 horas por vía subcutánea.

Estreñimiento

Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.). Puede causar o exacerbar otros síntomas: flatulencia, dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, disfunciones urinarias, confusión, diarrea por rebosamiento. Es necesario descartar una obstrucción intestinal (abdomen distendido, peristaltismo aumentado, borborigmos).

Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se le administre opioides. En estreñimientos de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (lleno de heces blandas o duras, ausencia de heces). Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos:

- Reguladores (aumentan el volumen de la masa fecal). Son poco útiles en el enfermo terminal. Ej. Metilcelulosa, salvado, psilio.
- Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal). Ej. Parafina. Latencia de 6-12 horas
- Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal). Período de latencia de uno a dos días. Ej. Lactulosa y Lactitol.
- Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal). Período de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. Ej. Senósidos (Puntual® gotas, Pursenid® grageas, Xprep® solución). Bisacodilo. En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de mecanismo de acción diferente (Ej. Parafina + senósidos + osmóticos)

En caso de impactación fecal, debemos valorar el estado de la ampolla rectal:

- Llena de heces blandas: usar fármacos estimulantes por vía oral y/o rectal
- Llena de heces duras: administrar durante dos días por vía rectal 100cc de aceite y posteriormente un Enema fosfatado (Casen®), de no conseguir evacuación es necesario realizar una desimpactación manual.
- Ampolla rectal vacía: usar fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticos.
- Se puede intentar la desimpactación farmacológica con Movicol®: Administrar 8 sobres disueltos en un litro de agua y tomarlos en un período de seis horas.

Fiebre tumoral

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (Naproxeno 250mg/ 12 h.) que suprimen la fiebre tumoral pero no la secundaria a infecciones.

Hemoptisis

Si es una hemoptisis masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral con Morfina y Benzodiazepinas (Midazolán o Diazepam).

Si es leve pueden utilizarse agentes hemostáticos orales (Acido Tranexámico: Anchafibrin® 1-1'5 gramos/ 8h), antitusivos y valorar la posibilidad de aplicar Radioterapia Paliativa.

Hipercalemia

Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos (10-20%) sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares.

Se ha de valorar la necesidad de tratarla en función de la situación clínica y pronóstica del paciente. Existen las siguientes posibilidades:

- Rehidratación con suero salino fisiológico y posteriormente Furosemida (40-60 mg./8 h.)
- Corticoides en hipercalcemias por linfomas o mielomas, 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o IV
- Bisfosfonatos:
 - Clodronato (Mebonat®): una ampolla diaria de 300 mg. diluido en 500 de s.s.f. a infundir en 2 horas durante 2-3 días y posteriormente vía oral (2 cp./12h.).
 - Pamidronato (Aredia®) 60-90 mg. IV.

Hipertensión endocraneal

Suele producirse en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria...

Puede tratarse con dexametasona, dosis de choque de 16-40 mg/día oral o parenteral y posteriormente dosis de 2-8 mg/ 4-6 horas o en una dosis única. En pacientes con poca esperanza de vida puede iniciarse tratamiento empírico sin confirmar el diagnóstico con pruebas radiológicas.

Hipo

Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas). Se debe intentar suprimirlo con fármacos:

- Clorpromazina 10-25 mg/ 8 h. Fármaco de 1ª elección
- Baclofen 5-10 mg/ 8h.
- Nifedipino 10-20 mg/ 8h.
- Valproato sódico 500-1000mg/día.

Si se debe a edema cerebral, podemos usar dexametasona. Si existe dispepsia y/o distensión gástrica, usar Metoclopramida o procinéticos

Náuseas y vómitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples causas:

Secundarios al cáncer	Edema cerebral Obstrucción intestinal Hipercalcemia Hepatomegalia	Toxicidad tumoral Lesión gástrica Dolor Estreñimiento
Secundarios al tratamiento	Quimioterapia Radioterapia	Fármacos
Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento	Uremia Úlcera péptica	Infección

Es necesario tratar las causas reversibles y es de elección la vía oral. Puede ser necesario usar la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal. El tratamiento farmacológico puede ser:

- Vómitos inducidos por opioides:
 - Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc.
 - Haloperidol 1’5 – 10 mg/12-24 h. Vía oral o Sc.
- Vómitos por quimioterapia:
 - Ondansetron 8-16 mg./24 h.
 - Dexametasona 4-20 mg./24 h. Oral, Sc. IM
 - Lorazepan en vómitos anticipatorios a la quimioterapia

- Estasis gástrico: Metoclopramida y/o procinéticos
- Vómitos por hipertensión intracraneal: Dexametasona
- En caso de obstrucción intestinal usar:
 - Haloperidol Sc 2.5-5mg/8-12 h.
 - Tratamiento del dolor: tipo cólico con Hioscina (Buscapina®) 10-20 mg./6 h, continuo con opioides (dosis según respuesta clínica); bolos de Dexametasona 40-80 mg./24 h. Parenteral; octreotide (Sandostatin®) 0,1-0,2 mg/ 8-12h. SC para reducir las secreciones intestinales.
- Vómitos por Hipercalcemia: valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

Prurito

Puede deberse a: sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide.

Se trata con:

- Medidas generales: hidratación de la piel, disminución la ansiedad y cambio frecuente de ropas.
- Prurito localizado en áreas pequeñas: Gel de lidocaína 2%, Crotamiton, Loción de Calamina o Esteroides tópicos
- Prurito generalizado: Hidroxicina 25mg./8h.vía oral o Clorpromazina 25-50 mg/12 h.vía oral
- Prurito por colestasis:
 - Resincolestiramina 4gr./ 8 h. (mala tolerancia gastrointestinal, no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).
 - Inductores enzimáticos: Rifampicina 150-600 mg/día vía oral, Fenobarbital 30-80 mg oral/ 8 horas (efecto sedante)

Síndrome de aplastamiento gástrico

Se define como la compresión gástrica por una gran masa en crecimiento (casi siempre hepatomegalias). El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal y dispepsia. Tratamiento:

- Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.
- Metoclopramida 10-20 mg/ 6-8 h
- Antiácidos
- Analgésicos opioides
- Bolos IV de dexametasona (40-80mg/24h.) en un intento de disminuir la compresión gástrica

Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos, se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado. Se caracteriza por ser una alteración del estado de consciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/ días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día.

Suele ser multifactorial y en la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico. Las principales causas son: Infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, fármacos (opioides, benzodiacepinas, esteroides...), insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación.

El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa. En caso contrario puede iniciarse tratamiento sintomático:

- Neurolépticos. El Haloperidol es de elección 2-5 mg/24h. Oral o Sc. En crisis aguda se administra una dosis de 5-20 mg y si a los 20-30 minutos no es eficaz una segunda dosis o se añade Midazolam 5-15 mg. SC

- En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo puede intentarse la sedación con Levomepromazina 12'5-25 mg/4-6 h. Sc o con Midazolán inicialmente un bolo Sc de 5-15 mg y posteriormente bolos de 5mg/2-4h. o en infusión continua 30-100mg/24h.

Tenesmo urinario

Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (Fenotiacinas, Haloperidol). Su tratamiento paliativo se realiza con alfa-bloqueantes (Prazosin 0'5-1mg/ 8-12h.)

Sialorrea

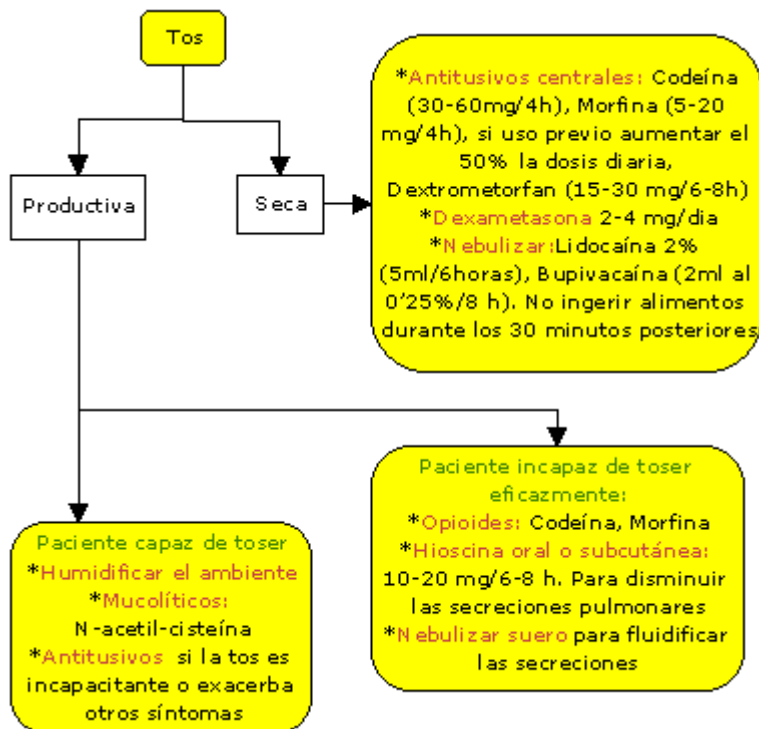
Se define como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales) aunque también podemos encuadrar en este síntoma a pacientes con disfagia total. Para su tratamiento se utilizan fármacos con acción anticolinérgica:

- Hioscina: 10-20 mg./6-8h
- Amitriptilina 25 mg/noche
- Colirio de atropina 1% 2 gotas por vía oral cuatro veces al día

Tos

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar:

- Efecto secundario de fármacos (IECA)
- Insuficiencia cardíaca (de predominio nocturna y en decúbito)
- Infección respiratoria
- Reflujo gastro-esofágico



Bibliografía:

- Adan J. ABC of palliative Care: The last 48 hours. *BMJ* 1997;315: 1600-1603.
- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 3ª ed. Pamplona: Eunsa; 1997
- Back I. Palliative Medicine Handbook [Internet]. Wales: BPM Books; 2004 [Acceso 11-6-2004]. Disponible en <http://pmh.pallmed.net/>
- Billing J.A. Recent advances in Palliative Care. *BMJ*2000;321:555-558.
- Blaines MJ.ABC of Palliative care: nausea, vomiting, and intestinal obstruction.*BMJ* 1997;315:1148-1150.
- Bruera E. ABC of Palliative Care: Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ* 1997;315:1219-1222.
- Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. *Medline*]
- Davis C.L.ABC of Palliative Care: Breathlessness, cough, and other respiratory problems.*BMJ* 1997;315:931-934.
- Dean A. The palliative effects of octreotide in cancer patients. *Chemotherapy* 2001; 47:54-61.
- Doyle D, Hanks G, Macdonald N. *Textbook of Palliative Medicine*. 2ª ed Oxford University Press;1998
- Fallon M. ABC of Palliative Care: Constipation and Diarrhoea. *BMJ* 1997;315:1293-1296.
- Falk S, Fallon M. ABC of Palliative Care: Emergencies. *BMJ* 1997;315: 1525-1528.
- Flaton FA, Long S. Specialized care of the terminally ill. En : De Vita.V.T, Hellman S, Rosenberg S.A.(ed.):*Cancer principles and Practice of Oncology*.Filadelphia: JB Lippincot; 2001. pp. 3077-3087
- Gomez Sancho M. *Medicina paliativa en la cultura Latina*. Madrid: Aran; 1994
- Gomez Sancho M, Ojeda M. *Cuidados Paliativos, control de síntomas*. Las Palmas de Gran Canaria: Unidad de Medicina Paliativa, Hospital El Sabinal; 1999
- Gomez-Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P. *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Jins;1996
- Gonzalez Baron M,Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. *Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana; 1996
- Regnard C, Allport S, Stephenson L. ABC of Palliative Care: Mouth care, skin care, and lymphoedema.*BMJ* 1997;315:1002-1005.
- Rita J. Palliative Treatment of cancer. *EBM Guidelines* [Internet]. Finnish Medical Society Duodecim. [Acceso 7-4-2004]. Disponible en <http://www.ebm-guidelines.com/home.html>
- Twycross Rg, Lack S. *Therapeutics in terminal care*. Londres: Churchill Livingstones; 1990
- Wrede-Seaman L. Symptom Management algorithms for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*. 1999;16 (3):517-527.