• Vías de administración adecuadas. La vía oral es de elección, siempre que sea posible ya que se trata de tratamientos prolongados en el tiempo. Como vías alternativas tenemos la vía sublingual, subcutánea, rectal y otras cuya utilización variará en función de las circunstancias individuales de cada situación, como son la vía endovenosa, intramuscular o espinal.

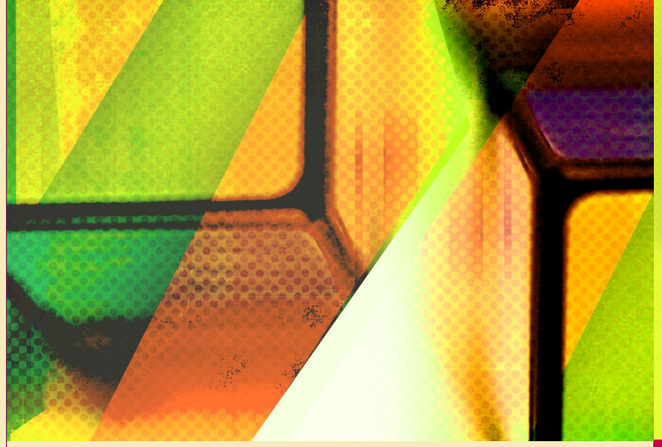
• Prevenir efectos secundarios, especialmente aquellos más previsibles y frecuentes, como son el estreñimiento, náuseas, vómitos en la administración de opiodes.

• La información adecuada a enfermos y familiares sobre los mecanismos de acción, posología, efectos previsibles y secundarios es la base del cumplimiento terapéutico.

• Revisar frecuentemente la respuesta, la dosis y la indicación, para evitar prescripciones prolongadas e innecesarias.

LA VÍA SUBCUTÁNEA

La vía subcutánea puede considerarse el cuarto escalón de la escalera analgésica de la OMS, y es la medida de elección para el control de situaciones resistentes al tratamiento oral o bien cuando la vía oral no es posible como en el caso de vómitos persistentes, trastornos de la deglución u oclusión intestinal, permitiendo la administración de fármacos para el control de síntomas y la hidratación. Fármacos como la morfina, haloperidol, levomepromacina, metroclopramida, escopolamina, buscapina, midazolam pueden ser administrados por esta vía, bien en forma de "bolus" o en infusión continua mediante una bomba de perfusión de fácil manejo.



BIBLIOGRAFÍA

- *Gómez Batiste X, Planas Domingo J. Cuidados Paliativos en Oncología. ED. JIMS 1996-*
- *Doyle Hanks Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed. Oxford. 1999.*
- *Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. ARÁN ED. 1999.*
- *Sanz Ortiz J. Medidas generales para el alivio de síntomas. Med. Pal 1996, vol 3: 157-161.*
- *Llimos A, Sibina M, Porta J. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Med. Pal 1999, vol 6: 121-127.*

Hidra

LA GACETA TERAPÉUTICA SOCIOSANITARIA

5 | 2006

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN HIDRA

Todo aquel que desee participar o aportar sugerencias de contenido puede ponerse en contacto a través de la dirección de correo electrónico hidra@gva.es. Asímismo, cualquier comentario o réplica acerca de los contenidos publicados puede remitirse a Hidra vía correo electrónico; se publicarán en los siguientes números aquellas justificadas y de interés general.

1. Noticias de la Comisión de Farmacia y Terapéutica:
   a. Acuerdos sobre la disponibilidad de Insulinas.
2. Noticias y Actualización Terapéutica:
   a. Principios generales del control de síntomas en cuidados paliativos.

EDITA
Generalitat Valenciana
Conselleria de Bienestar Social

COMITÉ DE REDACCIÓN
Adoración Cuenca, Elia Fernández, Juan García, Mary Martínez y Enric Roca.

COLABORADORES
Belén Montañés Pauls, Maribel Quintana Vargas, Elia Fernández Villalba, Victoria Espinar Cid y Miguel Fombuena Moreno.

hidra@gva.es
Tel. 96 132 21 70 - 96 386 97 87

DISEÑO
www.efectiva.net

IMPRIME
By Print

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

1. NOTICIAS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

A. ACUERDOS SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE INSULINAS

Recientemente la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha emitido un comunicado sobre el cese de la comercialización de algunas presentaciones de insulina, equivalencias y alternativas disponibles y recomendaciones para su sustitución[1].

La Comisión de Farmacia y Terapéutica tras revisar la situación actual ha decidido tener disponibles en los Servicios de Farmacia de los Centros Sociosanitarios de la Comunidad Valenciana las siguientes presentaciones de insulinas:

INSULINAS DISPONIBLES EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

Tipo de insulina		Presentación disponible
Rápida	Humana	Humaplus vial®
	Análogo	Novorapid Flexpen® [I. Aspart] Humalog® [I. Lispro]
Mixta (rápida + intermedia)	Humana	Humulina 30:70 vial® Humulina 30:70 Pen®
	Análogo	Novomix 30 Flexpen® [I. Aspart] Humalog Mix 25® [I. Lispro] Humalog Mix 50® [I. Lispro]
Intermedia (NPH)	Humana	Insulatard Flexpen®
Lenta	Análogo	Lantus Optiset® [I. Glargina]

INSULINAS QUE CESAN SU COMERCIALIZACIÓN: Recomendaciones para su sustitución[1].

Insulina que cesa su comercialización		Equivalencias	Observaciones
INSULINAS MIXTAS	Mixta 10/90	Insulina Glargina	Ajuste de dosis y/o pauta de administración. Control glucémico.
		Insulina NPH	
	Mixta 20/80	Insulina Humana Mixta 30/70	Reducir dosis 10-20% para evitar hipoglucemia.Control glucémico.
		Insulina Análogo Mixta 30/70* (Aspart)	
		Insulina Análogo Mixta 25/75* (Lispro)	
	Mixta 40/60	Insulina Humana Mixta 30/70	Ajustar dosis según controles glucémicos.
		Insulina Análogo Mixta 30/70* (Aspart), 25/75 (Lispro)*	Reducir dosis 10-20%.
		Insulina Análogo Mixta 50/50* (Lispro)	
INSULINAS DE ACCIÓN LENTA	Monotard, Ultratard, lenta y ultralenta.	Insulina Glargina	Ajuste de dosis y pauta de administración.
		Insulina NPH	

* Administrar inmediatamente antes de la ingesta de alimentos (administrar: "con el plato en la mesa")

CARACTERÍSTICAS DE LA INSULINA RÁPIDA Y SUS ANÁLOGOS

- Los análogos de insulina rápida y la insulina rápida humana no son terapéuticamente equivalentes dado su inicio más rápido de acción y la duración más corta de su efecto.
- Si el paciente está en tratamiento con una insulina mixta y además requiere insulina rápida, el tipo de insulina rápida a utilizar será el mismo que el que contenga la insulina mixta utilizada.

PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE AMBOS TIPOS DE INSULINA[2]

	Insulina Humana Rápida	Análogos de Insulina	
		Insulina Aspart	Insulina Lispro
Inicio de acción	30 - 45 min tras inyección sc.*	10 - 20 min. tras inyección sc.**	15 min. tras inyección sc.**
Efecto máximo	2 - 4 h.	1 - 3 h.	1 - 2 h.
Duración acción	8 h.	3 - 5 h.	2 - 5 h.

* Administrar antes de empezar a comer
** Administrar "con el plato en la mesa"

[1] Comunicación sobre cese de comercialización de insulinas. Nota de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de 17 de Enero de 2006.

[2] Posible confusión en el cambio de una insulina rápida humana (Actrapid(R), Humulina(R), Humaplus(R)) por un análogo de insulina rápida (Novorapid(R), Humalog(R)). Nota Informativa de la Agencia Española de Meicamentos y Productos Sanitarios. Ref: 2005/03, 3 de Febreo de 2005. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/home.htm

2. NOTICIAS Y ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA

A. PRINCIPIOS GENERALES DEL CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

El control de síntomas es la base en la que se sustentan los demás principios de los cuidados paliativos. La metodología del control de síntomas ha evolucionado espectacularmente, permitiendo grandes avances, basándose en la evaluación y monitorización sistemática.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SÍNTOMAS

Podemos resumirlas en seis características concurrentes: múltiples, intensos y largos, multifactoriales, cambiantes con carácter total o multidimensional, además de su probabilidad de control.

• Síntomas múltiples. En un mismo paciente coexisten diversos síntomas que causan distintos grados de incapacidad, preocupación o impacto emocional, dependiendo de muchos factores. La frecuencia de diferentes síntomas oscila entre 8 y 10. El grupo de síntomas de mayor prevalencia es el síndrome sistémico constituido por debilidad, anorexia y pérdida de peso. La frecuencia del dolor es muy variable (60-80%) en función de la patología de base. El estreñimiento y la boca seca son síntomas frecuentes que generan mucho malestar, también muy olvidados en su detección y tratamiento. Los síntomas neuropsicológicos son un grupo relevante sobre todo en fases avanzadas y en pacientes geriátricos.

• Síntomas intensos y largos. La intensidad de los síntomas depende de factores como la percepción, significado, estado de ánimo, tipo de estímulo, grado de control de otros síntomas, compañía, distracción etc. En general la intensidad de los síntomas aumenta a medida que avanza la enfermedad.

• Síntomas multifactoriales. Existen causas muy diferentes de un mismo síntoma debiéndose elaborar una hipótesis causal. Conocer las causas permitirá un tratamiento farmacológico basado en los mecanismos fisiopatológicos y aumentará la eficacia del mismo.

• Síntomas cambiantes. La evolución de los pacientes con enfermedad avanzada y terminal está jalonada de frecuentes cambios que en muchas ocasiones se producen de forma brusca y que descompensan situaciones de equilibrio muy frágiles. Por ello es importante una actitud preventiva-activa que detecte precozmente los signos de deterioro o complicaciones previsibles, así como compartir dicha situación con la familia y equipo. A medida que nos acercamos a los "últimos días" cambia la frecuencia de los síntomas y las preocupaciones de los enfermos y familiares. Es pues una situación de "fragilidad extrema".

• Carácter multidimensional. El carácter "total" del dolor y otros síntomas fue descrito en 1967 por C. Saunders, enfatizando los distintos componentes de la experiencia dolorosa: fisiológico, sensorial, afectivo, cognitivo, conductual, sociocultural. La importancia de este planteamiento es fundamentalmente terapéutica, es decir, abordar todos aquellos aspectos que ocasionan sufrimiento al paciente. El sufrimiento va más allá del dolor como percepción sensitiva e implica el abordaje global de la persona enferma que experimenta una amenaza sobre su vida.

• Probabilidad de control de síntomas. Hay que tener en cuenta la probabilidad de control o mejora de un determinado síntoma que nos permita definir objetivos realistas y razonables. Existe un grupo de síntomas de elevada frecuencia y escaso grado de posibilidad de control, como son los síntomas sistémicos (debilidad, astenia anorexia, caquexia). Por el contrario, de otros, como el dolor, se puede esperar un alivio en el 80% de los casos. La importancia de este planteamiento reside en el grupo de los "controlables" cuyo objetivo debe ser conseguir su control, mientras que en el grupo de síntomas de difícil control el objetivo será en mayor o menor medida la adaptación del enfermo a esa situación.

PRINCIPIOS METODOLÓGICOS DEL CONTROL DE SÍNTOMAS

1. Evaluar el síntoma

Antes de iniciar un tratamiento se debe de evaluar el síntoma buscando la causa o etiología, definir su tipología, patrón, factores desencadenantes y de alivio así como la respuesta a tratamientos previos administrados. Para medir la intensidad del síntoma disponemos de escalas sencillas como la EVA, escala analógica visual, o escalas numéricas o nominales. Es importante evaluar tanto el impacto físico sobre la autonomía funcional como el impacto emocional y en qué grado influyen en su calidad de vida.

2. Iniciar siempre tratamiento combinado

El tratamiento debe incluir medidas generales físicas, cambios de hábitos, ambiente, y aumento del umbral de percepción, siempre de forma simultánea al tratamiento farmacológico.

3. Tratamiento farmacológico

Basado en los mecanismos fisiopatológicos, pautado de forma fija y regular, con pautas para responder a las crisis.

4. Promover el cumplimiento y prevenir efectos secundarios

Adecuar la posología, gusto y presentación de los fármacos, con explicación detallada a paciente y familia, uso de documentación escrita clara. Intentar prevenir efectos secundarios previsibles como el uso de laxantes asociados a tratamiento con opiodes.

5. Estrategia gradual planificada

Definir claramente nuestros objetivos que han de ser realistas, alcanzables y escalonados. Es importante promover la adaptación temprana si las posibilidades de control son escasas y la planificación racional y gradual de la estrategia terapéutica.

6. Prevención y tratamiento de las crisis

Pautas claras escritas a seguir en caso de crisis -agudización del síntoma- bien de forma espontánea o ante una causa desencadenante (dolor a la movilización)

7. Seguimiento individualizado

Informar a otros recursos asistenciales de la situación del paciente, programar visitas o contactos si se prevén necesarios.

8. Actuar en equipo

Evaluar conjuntamente las necesidades y elaborar los objetivos terapéuticos definiendo el papel y las actividades de cada uno de los miembros del equipo en la evaluación y seguimiento de las necesidades detectadas.

9. Información al enfermo, familia y equipo

La información específica relacionada con los síntomas en el contexto de la enfermedad debe ser coherente y comprensible, incluyendo las causas y la estrategia terapéutica a seguir así como los objetivos que queremos alcanzar.

10. Monitorizar

La evolución secuencial de los resultados en el control de síntomas debe realizarse sistemáticamente con una metodología sencilla que nos permitirá conocer si estamos consiguiendo nuestros objetivos de control. Incluye revisar de manera programada la situación clínica, el tratamiento y la situación emocional del paciente y su familia.

11. Accesibilidad, disponibilidad, flexibilidad

La situación ideal es la atención continuada que requiere de información clara y preventiva al enfermo y su familia, facilitar accesibilidad telefónica, información a servicios de urgencia y equipos de guardia, disponibilidad de camas.

12. Registro y documentación

Deben registrarse sistemáticamente los resultados obtenidos y la situación del control de síntomas utilizando documentación específica, clara y manejable.

CRITERIOS SOBRE EL USO DE FÁRMACOS

A medida que avanza la enfermedad cambian los criterios de utilización de muchos fármacos, son criterios básicos aconsejables los siguientes:

- Recordar el objetivo de conseguir el mayor bienestar posible, revisando y retirando los fármacos que no contribuyan a este.
- Tratar los mecanismos fisiopatológicos causales con fármacos de eficacia demostrada que nos permitirá un tratamiento etiológico específico.
- Posología fácil y sencilla que permita una adecuada cumplimentación.
- Evitar la polifarmacia, racionalizando el uso de fármacos y revisando frecuentemente su eficacia.
- Administración fija y regular, asociada, si es preciso, a pautas de administración para las crisis. No son aconsejables las pautas a demanda.