

NORMAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

Uso de técnicas de “doble chequeo”

Dr. X. Santiveri, en representación del “Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio” y la comisión SENSAT (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) del Parc de Salut Mar.

Introducción:

La analgesia controlada por el paciente (PCA) es un método aplicado desde hace más de 35 años para el tratamiento del dolor, sobre todo postoperatorio, y que permite adaptar las dosis de analgésicos a los requerimientos variables de los pacientes, mejorando el control del dolor y la satisfacción^{1,2}. El termino "PCA" se refiere a un proceso, no sólo se trata de una bomba de perfusión. En este proceso están implicados el paciente, y distintos miembros del estamento sanitario (el médico prescriptor, la enfermera que controla al paciente, y la Farmacia hospitalaria que suministra la medicación).

El uso seguro de PCA requiere una adecuada selección del paciente, la formación continuada del personal sanitario implicado (médicos, enfermeras), y el seguimiento del paciente. En nuestro hospital la bomba de PCA administra la medicación de dos formas: con un reservorio (“cassette”) conectado a la bomba, o mediante un sistema propulsor que bombea la medicación analgésica contenida en una bolsa de suero externa a la bomba^{3,4}.

La Comisión Mixta (TJC, antes JCAHO) y el Instituto de las prácticas seguras de la medicación (ISMP)⁵⁻⁷ ha realizado las siguientes recomendaciones para minimizar los errores con este método de administración (PCA):

- 1) Identificar las posibles causas de error valorando cada una de ellas y determinando una escala de riesgo para cada una
- 2) Certificación del proceso que incluya las ordenes de la PCA, cómo usar la PCA, y la observación de signos y síntomas de toxicidad por opioides
- 3) Protocolización de las órdenes estándares para PCA
- 4) Determinar criterios de selección de los pacientes
- 5) Establecer concentraciones estándares para cada medicación y que sólo estas estén en stock
- 6) Programar dosis máximas en las bombas de PCA
- 7) “Doble chequeo”, es decir dos personas ha de chequear que: se trate al paciente adecuado, las dosis, la concentración del fármaco y los parámetros de programación de la bomba.

Cada hospital debe identificar los procesos en los que se producen errores con más frecuencia y emplear métodos que ayuden a prevenirlos. El servicio de Anestesiología del Parc de Salut Mar dispone de una comisión para analizar errores en el contexto nacional del sistema informático ANESTIC. Esta comisión ha detectado en nuestro centro eventos adversos graves con el uso de PCA, siendo los factores humanos los responsables de los mismos. Estos factores humanos están relacionados con la prescripción del fármaco a administrar, la vía donde se debe administrar y la programación de la bomba PCA.

La programación incorrecta de la bomba PCA es el error más común y por razones de seguridad⁸, las bombas de PCA deben ser fáciles de programar para el prescriptor, pero no para el resto de las personas que intervienen en el proceso. Por este motivo deberíamos exigir una revisión de todas las configuraciones realizadas antes del uso. La mayoría de errores de programación involucran a uno o más de los siguientes parámetros:

- Confundir mililitros y miligramos.
- Confundir la dosis en bolo con la infusión basal.
- Configuración de bloqueo incorrecto.
- Concentración mal seleccionada.

Nuevas normas en materia de seguridad PCA

Después de revisar los sistemas de seguridad en analgesia con PCA, se ha decidido implantar un sistema de “doble chequeo independiente”. Este sistema consiste en que una persona revise el trabajo realizado por otra. A pesar de que todo el personal es susceptible de cometer errores, la probabilidad de que dos personas cometan el mismo error con la misma medicación y en el mismo paciente es muy baja. El doble chequeo debe limitarse a los puntos más proclives a error de la cadena de utilización de los medicamentos y a los pacientes de riesgo. Por tanto se ha decidido aplicarlos en los siguientes momentos estratégicos:

Revisión antes de empezar a usar la PCA por primera vez. Chequeo doble a petición de enfermería por parte del médico que es responsable de la unidad de ingreso (URPA, Reanimación).

Revisión al iniciar PCA o cambiar dispositivo de administración (cassette, bolsas) por la enfermera responsable del paciente y una compañera o supervisora del área de trabajo con experiencia en el manejo de PCA.

Los parámetros a revisar son:

Verificar que el nombre del paciente coincida con el nombre del tratamiento pautado, y que este sea lógico por su intervención; es decir, selección e indicación adecuadas.

Asegurarse de que las bombas de PCA están programadas correctamente según la prescripción del IMASIS.

Asegurarse que la vía de administración es la correcta.

Asegurarse que la bolsa o cassette contengan el fármaco y dosis prescritos.

Asegurarse que existe una monitorización adecuada (pulsioximetría) y que las alarmas funcionen correctamente.

Valorar la sedación del paciente de manera rutinaria.

REFERENCIAS

1. American Society for Pain Management Nursing. Core Curriculum for Pain Management Nursing. W.B. Saunders Co., 2002.
2. Lehmann KA. Recent developments in patient-controlled analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 29(5S): S72-S89.
3. Institute for Safe Medication Practices. Safety issues with patient-controlled analgesia Part I-How errors occur. ISMP Medication Safety Alert!! July 10, 2003. www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20030710.asp.
4. Joint Commission Perspectives on Patient Safety. Focus on five: Preventing patient controlled analgesia overdose: Let eligible patients keep control. 5(10):11, October 2005.
5. Bezyack ME. The dangers of PCA-by-proxy. *Nursing Spectrum* July 4, 2005. <http://community.nursingspectrum.com/MagazineArticles/article.cfm?AID=14536>.
6. American Pain Society. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain, 5th edition., 2003.
7. Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 2nd edition. 2005. <http://www.anzca.edu.au/publications/acutepain.pdf>.
8. Flynn F. et al. Case study in brief. Right programming of pumps to prevent errors in the infusion process. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 2003, 29(1): 37-40.