



# Analgesia controlada por el paciente

E. Viel, V. Beauvieux, L. Segura, O. Bredeau, J. L’Hermite, P. Cuvillon

*Los últimos 20 años han estado marcados por profundos cambios en la comprensión del dolor posquirúrgico así como en la farmacología y en la organización de la analgesia postoperatoria. La analgesia controlada por el paciente (PCA, patient controlled analgesia), aparecida ya en 1965, no ha escapado a las constantes evoluciones y actualmente representa una referencia indiscutible y un estándar de tratamiento. La PCA permite responder a la extrema variabilidad inter e intraindividual del dolor y de las necesidades analgésicas, limita el plazo entre la aparición del dolor y la obtención de su alivio e incrementa la autonomía de los pacientes. El concepto de PCA se desarrolló a partir de ejes terapéuticos muy diversos, según se trate de dolor agudo postoperatorio, de dolor crónico, de dolor relacionado con el trabajo obstétrico o, en ciertos casos, de sedación para actos quirúrgicos o diagnósticos de corta duración o para determinadas terapéuticas ambulatorias. Los criterios que definen una modalidad ideal de PCA serían su adaptabilidad a todas las necesidades de analgesia (esencialmente pero no exclusivamente postoperatoria), utilizando agentes medicamentosos que ofrecen perfiles óptimos de eficacia y de seguridad, reduciendo al mínimo los períodos de analgesia insuficiente, fáciles de utilizar tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios, que generen una alta tasa de satisfacción para los pacientes, que no dificulte los demás cuidados (especialmente la kinesiterapia) y que no obstaculice la movilidad de los pacientes. Las nuevas posibilidades de programación y el control a distancia a través de un servidor dedicado representan los avances más recientes para las vías invasivas (intravenosa, epidural y perineural) en una actualidad que ha asistido también a la aparición de una forma particular de PCA por vía sublingual y la reaparición de un dispositivo de PCA transdérmica basado en el principio de la iontoforesis.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Analgesia controlada por el paciente; Analgesia perioperatoria; Opioides; Intravenosa; Epidural; Sublingual; Transdérmica

## Plan

■ <b>Introducción</b>	2
■ <b>Principios de funcionamiento</b>	2
Vigilancia de los pacientes	2
Satisfacción de los pacientes	2
■ <b>Modalidades de uso</b>	3
Selección e información de los pacientes	3
Material	3
■ <b>Analgesia intravenosa controlada por el paciente</b>	3
Productos	3
Parámetros de programación	4
Contraindicaciones	4
Interrupción de la PCA	5
Fracaso de la PCA	5
Control a distancia de la PCA	5

■ <b>Otras modalidades de analgesia controlada por el paciente</b>	5
Analgesia controlada por el paciente a través de catéter perineural periférico o PCCA	5
Analgesia epidural controlada por el paciente o PCEA	6
Analgesia controlada por el paciente por vía sublingual	6
Analgesia controlada por el paciente por vía oral	7
Analgesia subcutánea controlada por el paciente	7
Analgesia transdérmica controlada por el paciente	7
■ <b>Efectos adversos y complicaciones</b>	8
Seguridad de los dispositivos controlados por el paciente	8
Depresión respiratoria	8
Náuseas y vómitos	9
Prurito	9
Retención aguda de orina	9
Enlentecimiento del tránsito digestivo	9

■ <b>Indicaciones</b>	9
Analgesia postoperatoria	9
Analgesia obstétrica	9
■ <b>Dolor crónico</b>	10
Indicaciones particulares	10
■ <b>Conclusión</b>	11

## ■ Introducción

La analgesia controlada por el paciente, designada normalmente por su acrónimo inglés PCA (*patient controlled analgesia*) se propuso por primera vez en 1965 con la aparición de los primeros prototipos en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. El Cardiff Palliator, primera bomba comercializada, tuvo buena acogida, pero no se popularizó, y hubo que esperar a la década de 1980 para que la técnica adquiriese su auténtico florecimiento gracias a los progresos tecnológicos que permitieron la puesta a disposición de dispositivos fiables, seguros y de empleo más simple. Treinta y cinco años de uso y de difusión de este método de administración lo han convertido en una referencia indiscutible y un estándar de tratamiento, muy en particular en el campo de la analgesia postoperatoria [1, 2]. La PCA sitúa el control conductual y de decisión en el paciente, permitiendo de este modo responder a la extrema variabilidad inter e intraindividual del dolor y de las necesidades analgésicas, necesidades que, en efecto, pueden variar en una proporción de uno a diez y comprometer la obtención de una analgesia eficaz. Al limitar el plazo entre la aparición del dolor y la obtención de su alivio, la PCA permite una analgesia en tiempo real, independiente de la disponibilidad del personal sanitario y de la posible verificación de la prescripción analgésica, aumentando de este modo la autonomía de los pacientes. La PCA representa entonces una mejora tanto en el plano farmacológico como en el logístico, ya que el paciente recibe las dosis cuando siente la necesidad, concepto imaginado por los autores anglosajones bajo la expresión WYN-WYG (*what you need is what you get* [obtienes lo que necesitas]). La PCA consiste esquemáticamente en un dispositivo informatizado de administración cuyo concepto se basa en un sistema de retrocontrol en bucle cerrado. La recogida permanente de datos por el propio sistema representa un medio de medida objetivo de las necesidades analgésicas y permite reajustes evolutivos muy precisos de los parámetros de reglaje de la bomba. El concepto de PCA se desarrolló a partir de ejes terapéuticos muy diversos durante la última década, según se trate de dolor agudo postoperatorio, dolor crónico, dolor ligado al trabajo obstétrico o, en algunos casos, de sedación para actos quirúrgicos (cirugía dental, cirugía ginecológica, etc.) o diagnósticos de corta duración o para determinados tratamientos ambulatorios. Los criterios que definen una modalidad ideal de PCA serían la adaptabilidad a todas las necesidades de analgesia (esencialmente pero no exclusivamente postoperatoria) utilizando agentes farmacológicos que ofrecen perfiles óptimos de eficacia y de seguridad, reduciendo al mínimo los períodos de analgesia insuficiente, fáciles de utilizar tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios, generando una alta tasa de satisfacción por parte de los pacientes, que no dificulte los demás cuidados (especialmente la kinesiterapia) y que no obstaculice la movilidad de los pacientes.

El control a distancia a través de un servidor dedicado [3] representa uno de los avances más recientes en una actualidad que también ha visto aparecer una forma particular de PCA por vía sublingual [4, 5] y la reaparición de un dispositivo de PCA transdérmica basado en el principio de la iontoforesis [6].

## ■ Principios de funcionamiento

La aplicación práctica del principio de PCA se basó durante mucho tiempo en la analgesia intravenosa postoperatoria con morfínicos; después se han desarrollado ampliamente otras vías, subcutánea o locorreregionales, centrales y periféricas, así como para el tratamiento de determinadas patologías dolorosas crónicas. En cuanto siente o anticipa un dolor, el paciente solicita la administración de un bolo analgésico apretando un pulsador que acciona la bomba de PCA. La intervención del personal de enfermería y de los médicos sólo se realiza por lo tanto sobre la preparación, los parámetros de vigilancia y de reglaje y la verificación periódica de la adecuación entre estos últimos y las necesidades del paciente.

## Vigilancia de los pacientes

Al gestionar por sí mismo su consumo de morfínicos y adaptándose a sus necesidades reales o experimentadas, el paciente se autoadministra de forma iterativa dosis bajas de opiáceos. No obstante, para un uso eficaz y seguro de la PCA son indispensables procedimientos de puesta en marcha y de vigilancia: los protocolos de programación de las bombas así como la selección de los productos y de su concentración deben ser lo más homogéneos posible en el seno de los diferentes servicios e instituciones para facilitar su uso y evitar potenciales fuentes de errores e incidentes. Los protocolos deben además prever la conducta práctica ante una falta de eficacia y/o a la aparición de efectos adversos, y el personal nuevo debe formarse desde su llegada a los materiales y procedimientos en vigor en las unidades de salud.

La vigilancia de la eficacia analgésica, basada en el uso de una o varias escalas unidimensionales (escala visual analógica, escala verbal simple, escala numérica), es común a todos los protocolos de analgesia postoperatoria. Resulta indispensable para las necesarias adaptaciones de los parámetros y reglaje de la bomba. El dispositivo contiene además su propio sistema de información y de vigilancia en la medida en que la bomba conserva en memoria, accesible de forma permanente al sanitario, el conjunto de los parámetros de reglaje y de uso (horario y número de demandas, número de demandas satisfechas, consumo total, etc.). Estos datos permiten reajustar la dosificación de los bolos y/o la duración del período de bloqueo en función de la eficacia o de la insuficiencia de la PCA así como de los posibles efectos adversos. Como durante todo uso de opiáceos, en los pacientes no estimulados se debe vigilar de forma repetida la frecuencia respiratoria. La vigilancia es clínica, y la pulsioximetría sólo está justificada en los pacientes operados que tengan un riesgo particular, ingresados en unidades de cuidados intensivos o de reanimación [7], ya que una sedación excesiva precede a la aparición de una depresión respiratoria. Esta vigilancia debe realizarse a intervalos regulares, cada 2-4 horas [7], al mismo tiempo que la de los parámetros cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca). Además, tras cada cambio de bolsa o de jeringa, hay que reevaluar los parámetros de forma iterativa e inmediata, en promedio cada 15 minutos durante 1 hora, para poder detectar rápidamente un posible error de concentración de la solución o de programación de la bomba.

## Satisfacción de los pacientes

La PCA precisa un comportamiento activo del paciente, orientado hacia el objetivo de no tener dolor. Los usuarios ajustan su consumo no solamente en función de su dolor, sino también de su ansiedad. La correlación dolor/ansiedad está en gran parte ligada a la ausencia de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617081>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617081>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)