

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA Y COMENTADA

P. Argente Navarro¹, M. J. Alcántara Noalles¹, J. Viñoles Perez²

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Tramadol/paracetamol combination tablet for postoperative pain following ambulatory hand surgery: a double-blind, double-dummy, randomized, parallel-group trial. J Pain Res 2011; 4: 103-10

Rawal N, Macquaire V, Catalá E, Berti M, Costa R, Wietlisbach M

Se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado y doble ciego en el cual se compara la eficacia y seguridad de la combinación de tramadol 37,5 mg con paracetamol 325 mg, con la de tramadol 50 mg (n = 128 pacientes, en cada grupo de análisis), en el tratamiento del dolor postoperatorio tras cirugía ambulatoria de la mano realizada con anestesia regional intravenosa.

Los resultados muestran una eficacia analgésica comparable, sin embargo, los acontecimientos adversos (principalmente náuseas y/o vómitos, vértigo, somnolencia, etc.) ocurrieron con menor frecuencia en los pacientes tratados con la combinación de tramadol/paracetamol (p = 0,004). Los autores concluyen que la combinación de tramadol/paracetamol mostró una eficacia analgésica comparable con la del tramadol pero con un mejor perfil de seguridad.

Estudio en general bien diseñado (aleatorización, doble ciego, multicéntrico), que estudia la eficacia de dos tratamientos analgésicos vía oral tras procedimientos de cirugía ambulatoria realizados con una técnica anestésica que no produce analgesia residual (ausencia de sesgo). Los resultados encontrados eran los esperados, simplemente refuerzan el concepto de analgesia multimodal (conseguir un efecto sinérgico, mejorar la biodisponibilidad y minimizar la frecuencia e intensidad de los efectos adversos combinando fármacos que actúan por diferentes mecanismos de acción).

Los estudios farmacológicos ya han explicado la interacción sinérgica y han validado la efectividad clínica de diferentes asociaciones. En base a ello actualmente la analgesia multimodal es el método de tratamiento más efectivo del dolor agudo postoperatorio, pero no ha logrado todavía un control óptimo de este síntoma en la mayoría de los pacientes, como ponen de manifiesto las últimas encuestas sobre la incidencia de dolor tras la cirugía y este mismo estudio (necesidad de medicación de rescate en el 17,2% de pacientes con tramadol/paracetamol y en el 13,3% con tramadol).

Comparison of analgesic effect of tramadol alone and a combination of tramadol and paracetamol in day-care laparoscopic surgery. Eur J Anaesthesiol 2009; 26(6): 475-9

Ali Mohammad, Khan Fauzia A

En este artículo se comparara la eficacia analgésica de tramadol sólo (1,5 mg/kg) con una combinación de tramadol (1 mg/kg) y paracetamol en pacientes de cirugía ambulatoria laparoscópica.

En el método la eficacia analgésica del tramadol i.v. solo (1,5 mg/kg) (grupo T) se comparó con una combinación de tramadol i.v. (1 mg/kg) y paracetamol oral 1 g (grupo TP) en 60 pacientes ambulatorios laparoscópicos en un ensayo clínico prospectivo, randomizado y doble ciego en un hospital terciario. Las respuestas hemodinámicas intraoperatorias y los scores postoperatorios analgésicos visuales se utilizaron para valorar la eficacia analgésica.

En cuanto a los resultados solo un paciente (en grupo T) recibió una única dosis de analgesia de rescate intraoperatoria. Los scores de dolor más elevados se detectaron a los 30 minutos del postoperatorio en ambos grupos y la analgesia de rescate se necesitó en 8 pacientes en el grupo T y en 13 pacientes en el grupo TP (p = 0,08). La incidencia de náuseas de moderadas a severas fue alta en el grupo T (p = 0,001).

Los autores concluyen que la reducción de la dosis de tramadol a 1 mg/kg y su combinación con paracetamol 1 g oral disminuye la incidencia de efectos secundarios del tramadol sin reducir la eficacia analgésica.

Pensamos que los resultados del estudio son esperables, pero al ser un ensayo randomizado y doble ciego, evidencia la utilidad de la analgesia multimodal. La ventaja del tramadol como opiáceo con posibilidad de administración vía oral, hace que sea un fármaco adecuado para cirugía ambulatoria. Su asociación a paracetamol, que permite la disminución de dosis del opiáceo, disminuye los efectos secundarios del tramadol, sin menoscabo de su acción analgésica. La disminución de las NVPO en cirugía emetógena es crucial para los programas de cirugía ambulatoria.

Like a trip to McDonalds: A grounded theory study of patient experiences of day surgery. Como un viaje a McDonalds: Un estudio de la teoría basada en las experiencias de pacientes en la cirugía ambulatoria. Int J Nurs Stud 2011; 48: 165-74

Mottram A

La cantidad y complejidad de la cirugía ambulatoria está expandiéndose internacionalmente de modo rápido. La enfermería tiene una responsabilidad en procurar cuidados de calidad a los pacientes de cirugía ambulatoria. Para hacer esto deben entender todos los aspectos de la experiencia del paciente. Existe una falta de investigación en la cirugía ambulatoria usando un marco de referencia sociológico. Se realizó un estudio cualitativo usando el enfoque de la teoría fundamentada.

Se seleccionaron 145 pacientes entre 18-70 años y 100 cuidadores deliberadamente, de las listas de ortopedia, ORL y cirugía general. Todos hablaban inglés y provenían de bases socio-económica variadas.

Los datos fueron recogidos desde 2004 a 2006. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en 3 ocasiones: antes de la ciru-

gía, 48 h después de la cirugía y 1 mes después del alta. El comité de ética de investigación local dio su permiso. El análisis de los datos englobó análisis línea por línea, compilación de palabras clave y frases (códigos) y comparación constante de los códigos hasta que emergieron categorías.

A los pacientes les gustó la cirugía ambulatoria y la colocaron dentro del contexto social más amplio de eficiencia y velocidad. El tiempo fue el asunto más importante para ellos. Desearon que la cirugía, como otros aspectos de su vida fuese un proceso rápido. Ellos lo compararon como una experiencia en McDonald's con el énfasis en la velocidad, la predictibilidad y el control.

En conclusión, este estudio arroja una nueva luz en las experiencias de los pacientes y ofrece una comprensión de la cirugía ambulatoria contra una cultura occidental que enfatiza la importancia de la velocidad y la eficiencia. Es una opción popular para los pacientes, pero en ocasiones puede parecer una manera mecanizada de administrar cuidados. Se discute la implicación de la enfermería en proveer educación e información para añadir a la calidad de la experiencia del paciente.

Lo más interesante del artículo es el enfoque que se le da a la CMA y como se imbrinca en la organización de nuestra sociedad. La introducción, la explicación y los comentarios de las publicaciones de Ritzer, es según nuestra opinión lo mejor del artículo. Por lo demás es repetitivo y no analiza para nada la relación enfermera-paciente. Es un artículo puramente descriptivo de las opiniones de los pacientes sobre la CMA. Es curioso, pero solo nos aporta otra manera de ver la CMA.

La Mcdonalización de la CMA es la consecuencia del enfoque de la gestión hacia la productividad (mayor ganancia a menor coste) como motor de la economía. Unas veces se aplica a la ganancia de dividendos empresariales y otras veces como racionalización de los recursos disponibles. Siendo aceptada por el usuario como algo normal. Parece que el factor tiempo es el principal a valorar entre todos los parámetros del área de la CMA, todas las esperas son penalizadas.

En todo caso es un fenómeno que implica que todo el mundo acepta la inmediatez y el uso de tecnología avanzada aunque sea a costa de la humanización como era vivida a mediados del siglo pasado.

En este contexto el papel de la enfermería ha ido tomando protagonismo en cuanto a la humanización del proceso en CMA en detrimento del rol del médico que ha evolucionado hacia una figura más distante afectivamente. El aumento del control del usuario sobre su proceso ha provocado el énfasis de los consentimientos informados, cada vez más exhaustivos y detallados.

La asistencia sanitaria a grandes rasgos ha ido evolucionando desde parámetros de menor rigor científico (*ars medendi*) y mayor "humanización" hacia la especialización, la eficiencia y la inmediatez en los resultados. Las ventajas técnicas de la nueva "estética" del escenario McDonalizado (mecanizado) deben ser acompañadas por la mejora en la comunicación.

Aparte de la mecanización, la asignatura pendiente en muchas de las unidades parece ser la continuidad de la asistencia. El uso de las nuevas tecnologías de la información y comunica-

ción puede ser el factor que produzca valor añadido en el proceso ambulatorio.

Comparison between ultrasound-guided transversus abdominis plane and conventional ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for day-case open inguinal hernia repair. Br J Anaesth 2011; 106(3): 380-6.

Aveline C, Le Hetet H, Le Roux A, Vautier P, Cognet F, Vinet E, et al.

Estudio ciego y randomizado que compara la analgesia postoperatoria de 2 bloqueos anestésicos locales: bloqueo del nervio iliohipogástrico (NIH) a ciegas y bloqueo del plano del transverso del abdomen (TAP) guiado por ecografía, en la cirugía de la hernia inguinal unilateral.

En el artículo se comparan los 2 tipos de bloqueo entre sí, sin utilizar grupo control, ya que cada bloqueo por separado ya se ha demostrado en la literatura superior al placebo. Previo a la inducción anestésica se realiza bien un bloqueo del NIH a ciegas (n = 132) o un bloqueo TAP guiado por ecografía (n = 134), utilizando en ambos casos levobupivacaína 0,5% (1,5 mg/kg).

Tras inducción con propofol y sulfentanilo y mantenimiento con sevoflurano en una mezcla de N₂O y aire, utilizando mascarilla laríngea, a todos los pacientes se les administró paracetamol, ketoprofeno y droperidol. En la URPA recibieron 3 mg de morfina cada 5 minutos hasta que el EVA fue < 3 en reposo. Tras el alta, se les administró paracetamol y ketoprofeno, dejando como analgésico de rescate la morfina oral de liberación inmediata.

El grupo con bloqueo TAP presentó menor dolor a las 4, 12 y 24 h del postoperatorio. Sin embargo, el dolor en la URPA y el dolor con el movimiento en los primeros 2 días no mostraron diferencias significativas entre los 2 grupos. Tampoco se observó diferencia significativa en el dolor en reposo y en movimiento a los 3 meses. A los 6 meses, aproximadamente el 20% de los enfermos tenía un EVA > 4 con el movimiento. Este dolor tenía características de dolor neuropático en el 10% de los pacientes. Aunque con resultados no sorprendentes, este es el primer estudio que compara ambos bloqueos en la cirugía de hernia inguinal. Sin embargo, el TAP tan solo muestra ventajas significativas sobre el bloqueo del NIH en el postoperatorio inmediato (primeras 24 h). Este resultado se podría explicar por el hecho de que el bloqueo TAP se realiza bajo ecografía, asegurando la localización del anestésico local en el plano anatómico correcto. En el bloqueo del NIH al realizarse a ciegas, el anestésico puede quedar en una localización incorrecta, como sucedió con el único enfermo que no pudo darse de alta el mismo día por una extensión femoral del bloqueo.

Los pacientes con bloqueo TAP precisaron de menor analgesia de rescate con morfina, que no determinó una diferencia significativa en la aparición de NVPO. No existe una diferencia en cuanto a la aparición de NVPO, probablemente por la correcta prevención realizada (AINE y droperidol). Como conclusión, el bloqueo TAP guiado por ecografía produce mejor alivio del dolor inmediato y menor necesidad de opioides, pero no reduce la aparición de dolor neuropático.