

que no se emplearon ayudas farmacológicas; si bien no fue tan notoria en el caso de la sedestación, la satisfacción global de los pacientes fue mayoritariamente aceptable-satisfactoria.

Las limitaciones de este estudio incluyen el tipo de diseño (no es comparativo), el tamaño de muestra, la carencia de aleatorización, etc. Igualmente quedan muchas preguntas por responder como si es realmente eficaz este bloqueo para lo que originalmente fue diseñado y así pensar en darle otros usos. ¿Se puede extrapolar como técnica analgésica para la movilización de pacientes con cualquier tipo de fractura de cadera? ¿Se debe discriminar según el tipo de fractura? Siempre que no haya contraindicación ¿podría ser de utilidad hacerlo directamente desde el servicio de urgencias? Con notoriedad se necesitan estudios adicionales con otro tipo de diseño y con tamaño de muestra más grandes.

**Agradecimientos:** La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

#### Bibliografía:

1. Girón-Arango L, Peng PWH, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular Nerve Group (PENG) block for hip fracture. *Reg Anesth Pain Med.* 2018;43(8):859-63.
2. Short AJ, Barnett JJG, Gofeld M, Baig E, Lam K, Agur AMR, et al. Anatomic study of innervation of the anterior hip capsule: Implication for image-guided intervention. *Reg Anesth Pain Med.* 2018;43(2):186-19.

### P-014 PROMESA DE BIENESTAR INFANTIL: BUSCANDO EN LA SENCILLEZ LA EXCELENCIA

A. Mínguez Martí<sup>1</sup>, A. Gabarda<sup>1</sup>, M. J. Vidorreta Martínez<sup>1</sup>, T. García Andreu<sup>2</sup>, A. Harutyunyan<sup>1</sup>, J. Soriano Pastor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; <sup>2</sup>Hospital Quirón Valencia/Grupo Hospitalario Quirón, Valencia; <sup>3</sup>Facultad de Psicología Universidad Pública Valencia, Valencia

**Palabras clave:** Prevalencia dolor infantil, dolor por procedimientos, bienestar infantil, formación profesionales.

**Introducción:** Minimizar o prevenir el dolor causado por procedimientos con agujas se ha asociado con reducción significativa en la prevalencia general del dolor y un mejor uso de prácticas basadas en la evidencia para el manejo del dolor por agujas (1).

**Objetivo:** Generar una cultura de excelencia en la identificación, abordaje y tratamiento del dolor infantil por procedimientos, como medida para prevenir y tratar las consecuencias de los mismo a largo plazo en los niños atendidos en un departamento sanitario.

**Material y método:** En una primera fase: para identificar y cuantificar el dolor infantil se seleccionaron los niños de entre 6 y 16 años y a sus padres que acudían a la sala de espera de una unidad de alergias hospitalaria. Como herramienta de trabajo se utilizó una encuesta de elaboración propia con variables poblacionales, de identificación de dolor e impacto en variables emocionales que se pasó a la población seleccionada (niños y padres) tras su aceptación y firma del consentimiento informado. Los resultados obtenidos nos animaron a realizar una intervención, segunda fase, dirigida a formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios del departamento sobre el uso de "CUATRO MEDIDAS" (Insensibilización, Lactancia y sacarosa, Distracción y Posicionamiento) para la prevención del dolor infantil por procedimientos. La intervención, en formato de taller de 2 h de duración y repetido durante 12 sesiones, sigue el modelo "Programa Childrens COMFORT PROMISE" (1), adaptado a nuestro entorno sanitario. El análisis estadístico se ha realizado mediante descriptivos y diferencias de medias con pruebas t y tablas cruzadas.

**Resultados y discusión:** Ciento treinta y nueve niños y sus padres fueron incluidos en el estudio tras autorización y firma de consentimiento. El 65,46 % de los niños sufre dolor, el 35,2 % agudo  $\leq$  6 meses y el 64,8 % crónico  $>$  6 meses. El 30 % de los niños puntúan su intensidad superior a 7 puntos, medida según su edad con la Escala Visual Analógica o Wong Baker. El 61,7 % de los padres encuestados manifestaron dolor. La localización del dolor en los niños es fundamentalmente en cabeza 30,8 %, espalda 18,7 % y abdomen 14,4 %. Las niñas presentaron puntuaciones más elevadas que los niños en enfado ( $3,95 \pm 3,98$ )  $p < 0,05$  y tristeza ( $2,43 \pm 3,23$ )  $p < 0,05$ .

El taller de Bienestar Infantil basado en el "Programa Childrens COMFORT PROMISE" ha logrado inscribir a 150 alumnos de distintas disciplinas sanitarias repartidos en 12 sesiones de 2 h de duración. El 98 % de los inscritos consideró que el dolor por procedimiento era un tipo de dolor agudo y el 97 % que había que tratarlo. La mayoría de los asistentes estuvieron muy de acuerdo con los contenidos del taller porque cumplía los objetivos propuestos y las expectativas generadas.

**Discusión:** El dolor en niños ha sido objeto de poca atención, por la dificultad de su identificación y el desconocimiento de las técnicas analgésicas adecuadas. La identificación del dolor infantil es prioritaria para el manejo adecuado del mismo, sin embargo es compleja en la población infantil porque precisa el instrumento de medida adecuado (2). El trabajo identifica el dolor agudo y crónico en un grupo de población específica de 6-16 años, utilizando escalas de valoración adaptadas a la edad del niño, 6-8 años la de caras de Wong Baker y niños adolescentes y padres con la Escala Visual Analógica, lo que permite identificar el dolor, medir su intensidad e impacto en el niño. Asimismo,

el dolor por procedimientos infantiles expone a los niños a un sufrimiento innecesario con consecuencias a largo plazo como temor a las agujas, a la atención sanitaria e incluso a problemas de dolor crónico por repetidos procedimientos. El proyecto Bienestar Infantil (1) pretende reducir el miedo a las agujas, la angustia previa y el dolor que produce cualquier procedimiento infantil que las use. Nuestro empeño como grupo de trabajo es la sensibilización y difusión a los profesionales sanitarios, sobre la utilización de 4 medidas sencillas y fáciles de implementar que incrementan la satisfacción de la familia, el bienestar del niño y la calidad de la atención de los propios profesionales.

**Conclusiones:** Identificar el dolor y su magnitud permite conocer el problema y aplicar nuevas técnicas para su mejora. La formación del profesional sanitario en medidas físicas, emocionales y farmacológicas permite proporcionar herramientas y conocimientos muy necesarios para aliviar el dolor por procedimientos infantiles y las consecuencias del mismo a largo plazo.

#### Bibliografía:

1. Friedrichsdorf SJ. Four steps to eliminate or reduce pain in children caused by needles. *Pain Manag.* 2017;7(2):89-94.
2. Thrane S, Wanless S, Cohen S. The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: A synthesis of evidence with recommendations. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(1):23-32.

### P-015 BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA TRASRECTAL ECOGUIADA ¿PROCEDIMIENTO DOLOROSO?

**M. C. Benito Alcalá, J. L. Sierra Pérez**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

**Palabras clave:** dolor, biopsia, próstata, ecoguiada.

**Introducción:** Con los comités de atención al paciente con dolor, cuya finalidad es conseguir un hospital sin dolor, el interés por disminuir el dolor en algunos procedimientos considerados dolorosos ha sido una prioridad. Uno de estos procedimientos es la biopsia prostática.

La biopsia de próstata para confirmar un sospechoso diagnóstico de adenocarcinoma es un procedimiento generalizado en todos los hospitales desde hace décadas, cuando un tacto rectal es positivo o existe elevación del antígeno prostático específico (PSA) mantenida. La mayoría se realiza con anestesia local y solo cuando el dolor se prevé intenso, por patología anal o cuando se lleva a cabo asociado a resonancia magnética, se hace con sedación por parte de anestesiología.

**Objetivo:** Conocer la opinión de los pacientes sobre el grado de dolor y satisfacción con el procedimiento cuando se realiza con anestesia local y valorar si debemos modificar nuestra actuación.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, durante 2 meses, mediante encuesta anónima, dada antes de iniciar el procedimiento a cada paciente. En ella se pregunta nivel de dolor, trato recibido y si repetiría la prueba, en caso necesario. Al finalizar el procedimiento, se recogía la encuesta.

Se recogió edad, ASA, número de muestras recogidas, si era la 1.ª vez o no que se realizaba y el resultado de la anatomía patológica. También tiempo desde 1.ª consulta con el urólogo hasta realización de la biopsia y diagnóstico anatomopatológico.

En posición de litotomía, la anestesia local la realiza el urólogo con mepivacaína 1 % 5 cc en cada lado, en el ángulo entre la próstata y las vesículas seminales, guiado por ecografía transrectal.

Se valora el grado de dolor percibido durante el procedimiento con escala EVN 0 a 10 y categórica, la satisfacción con el trato recibido en 3 grados (bien, regular o mal). Los datos se expresan en medias y desviación estándar y porcentajes, el estudio estadístico se realiza con el SPSS 12.

**Resultados:** Se citaron 117 pacientes, 5 pacientes no se la realizaron, pasándose a CMA por imposibilidad de realizar ecografía rectal. Recogimos 112 encuestas, con una edad media de nuestros paciente de 67,69 años  $\pm$  8,9, la moda fue 71 años, el dolor medio fue de 1,95  $\pm$  1,3 (rango de 0 a 5), la moda fue de 2, el número de punciones realizadas fue 11,82  $\pm$  2,4, moda 12 punciones.

Era la 1.ª biopsia en el 70,8 % de los casos. La biopsia se citaba al mes de la primera visita. El resultado de la anatomía patológica se tenía en un rango de 3 a 15 días y fue positiva en el 37 % de los casos. El trato recibido fue referenciado como bueno en todos los casos y todos repetirían el procedimiento si fuese necesario.

**Discusión:** La incidencia de cáncer prostático es de 120/100.000 hombres, con elevada mortalidad si no se diagnostica precozmente. La elevación del en sangre es el primer indicador de alteración prostática, pero inespecífico. Asociado al tacto rectal, la ecografía y la biopsia transrectal, podemos orientar nuestro diagnóstico con mayor seguridad. El tiempo para diagnosticarlo debe ser corto para que sea preventivo; en nuestro hospital desde que un paciente es visto por el urólogo hasta realizar la biopsia suele ser de 1 mes y el diagnóstico anatomopatológico está disponible en unos 10 días. En nuestro caso el 37 % de los casos dieron positivo y en 2 meses puede ser dirigido a una terapia adecuada.

El procedimiento es invasivo, por ello hay que informar al paciente y pedir su consentimiento, para realizar con anestesia local la exploración completa; en algunos casos con patología rectal u otras causas pueden dificultar