

cirugías, el anestésico de larga duración utilizado y el doble ciego existente en el ensayo clínico no lo han hecho posible. Esto también comporta que los resultados puedan estar infravalorados por tener una mayor tasa de fallos respecto a lo previsto (5 %), pero se podría descartar ya que los posibles errores están distribuidos homogéneamente a lo largo de los años en que hemos realizado el estudio y no están todos al principio como cabría esperar por la posible inexperiencia.

**Conclusiones:** Realizar una anestesia combinada con un BPVT en cirugía de cáncer de mama sin reconstrucción disminuye el requerimiento de opioides peroperatorios, aunque no de manera significativa. La limitación del estudio han sido los 5 años que hemos tardado en incluir a todas la pacientes del estudio y la poca eficacia del estudio para detectar las fallidas técnicas al realizar el BPVT ecoguiado que pueden haber modificado algún resultado.

**Agradecimientos:** No financiación ni conflictos de interés.

#### Bibliografía recomendada:

1. Glen, et al. Perioperative breast analgesia. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42:609-31.
2. Sessler D, et al. Can regional analgesia reduce the risk of recurrence after breast cancer? *Methodology of a multicenter randomized trial.* *Contemp Clin Trials.* 2008;29:517-26.

### P-013 USO ALTERNATIVO DEL BLOQUEO PENG PARA MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

S. A. Córdoba Holt

*Hospital Mateu Orfila, Maó*

**Palabras clave:** PENG block, fractura de cadera, ultrasonido, dolor agudo.

**Introducción:** Es sabido el dolor que genera la movilización de pacientes con fractura de cadera previo a la osteosíntesis, tanto en el traslado como para su posicionamiento a la hora de la anestesia neuroaxial.

Recientemente se ha descrito el bloqueo PENG (*Pericapsular Nerve Group*, por sus siglas en inglés) como parte de la estrategia analgésica para la fractura de cadera en el periodo postoperatorio (1). Aunque inicialmente descrita con este objetivo, en esta comunicación se presenta un uso alternativo.

**Objetivo:** Valorar el uso alternativo del bloqueo PENG para controlar el dolor en pacientes con fractura de cadera durante la movilización.

**Material y método:** De forma prospectiva y durante un periodo de tiempo preestablecido, se presentaron 6

pacientes con fractura de cadera con indicación de corrección quirúrgica mediante osteosíntesis. Se obtuvieron los consentimientos informados respectivos, y tras su firma, todos los pacientes fueron sometidos a un bloqueo PENG como técnica analgésica previo a su ingreso en quirófano (URPA). Se midió la EVA durante la movilización en camilla y posicionamiento para la anestesia, como también la satisfacción del paciente con técnica mediante 5 preguntas cerradas.

Se empleó una sonda curva de 7 Mhz, mediante guía ecográfica en plano con aguja 22 G/8 mm. Se administró una dosis de 25 mg de bupivacaína 0,25 % c/v + 200 mg mepivacaína 2 % (volumen total 20 ml) depositado entre el tendón del psoas y la rama púbica, ipsilateral a la fractura.

**Resultados:** Durante la movilización, los pacientes reportaron una EVA media de 3 y durante la sedestación para la anestesia una EVA de 5, sin el uso coadyuvante de analgésicos y/o sedantes excepto en un caso (durante la sedestación). Respecto a la satisfacción del paciente, un 66,6 % de los pacientes se encontraron satisfechos con la técnica en cuanto al control del dolor.

**Discusión:** La fractura de cadera es una patología quirúrgica que no pasa desapercibida en cuanto a su frecuencia, en especial en la población adulta mayor. El control del dolor durante la movilización de los pacientes suele ser un problema principalmente a la hora del traslado dentro del área quirúrgica donde el paciente carece de monitorización adecuada para garantizar el empleo seguro de analgésicos y sedantes. Por otro lado, el posicionamiento para la anestesia neuroaxial también se convierte en un momento incómodo para el personal de quirófano pero principalmente doloroso para el paciente.

El bloqueo PENG hace referencia al manejo multimodal del dolor postquirúrgico en la fractura de cadera. Ha sido descrito recientemente como un bloqueo basado en el volumen de anestésico local inyectado; nos viene a la mente su análogo en el caso de la artroplastia de rodilla, el IPACK (*Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee*). Sus principios anatómicos hacen referencia a la extensa inervación de la cápsula anterior de la articulación coxofemoral que incluye el nervio obturador, el obturador accesorio y las ramas sensitivas capsulares del nervio femoral (1,2). Es una técnica sencilla, que no requiere de punciones múltiples para cubrir cada uno de los nervios implicados en la inervación sensitiva de la cápsula articular. Al tratarse de un bloqueo diseñado con otro objetivo, surge la inquietud de si podría extender su uso hasta el periodo preoperatorio, dando una solución a la situación descrita anteriormente.

En este estudio se valora el uso alternativo del bloqueo PENG en 6 pacientes con 2 tipos de fractura de cadera (perrotrocantérica y subcapital de fémur) que acudieron de urgencias de nuestro hospital durante un periodo de 4 semanas. En los resultados no resulta despreciable la disminución de la EVA durante la movilización, teniendo en cuenta

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,