

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

su realización, siendo necesario realizarlo bajo sedación anestésica, con cita para ser valorado por anestesiología y realizarlo en cirugía mayor ambulatoria, retrasándose el tiempo de diagnóstico y precisando más recursos.

En algunos casos con sospecha mantenida de carcinoma y biopsia negativa puede realizarse resonancia magnética asociada a una biopsia ecodirigida con mayor probabilidad de diagnóstico positivo (OR: 3,5). En estos casos, se realiza sedación para la biopsia.

Estos casos de sedación no han sido valorados en el actual estudio. Con profunda sedación, el bienestar del paciente podría ser mayor, pero la percepción de dolor y malestar por el paciente según este estudio no parece justificar modificaciones en el actual manejo analgésico, por el retraso en el diagnóstico y mayores recursos necesarios.

Conclusiones: La biopsia de próstata con anestesia local fue tolerada por el 96 % de los paciente, que fue calificada como dolor leve o nulo en todos los casos. Todos repetirían el procedimiento y el trato percibido fue bueno. La sedación anestésica retrasaría el tiempo de diagnóstico y no parece necesaria ante la percepción descrita por los pacientes.

P-017 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE PACIENTES INTERVENIDOS POR GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

V. de Sanctis Briggs, L. Alsina Estalló, M. Arqués Castro, M. J. Simón Solano, N. Roca Rossellini, A. Álvarez Pérez
Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Palabras clave: dolor postoperatorio, cirugía bariátrica, analgesia multimodal, obesidad.

Introducción: El control del dolor postoperatorio en cirugía bariátrica es uno de los objetivos terapéuticos más preciados, dado que la eficacia analgésica contribuye a la movilización activa y precoz que, a su vez, disminuye los riesgos de morbilidad asociados al procedimiento quirúrgico, sobre todo trombosis venosa profunda, disfunción ventilatoria, digestivas y endocrinometabólicas e infecciones.

La analgesia multimodal constituye la piedra angular del enfoque analgésico ya que se basa en la combinación de los efectos sinérgicos de diferentes fármacos, permitiendo utilizar menores dosis y disminuir los potenciales efectos adversos. Los factores de riesgo que pueden contribuir al dolor postoperatorio más estudiados son el género femeni-

no, la edad más joven, el dolor preexistente y el índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, hay escasos estudios que se centren específicamente en los factores que pueden incidir en el dolor postoperatorio de la cirugía bariátrica.

Objetivos: El objetivo primario del presente estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la analgesia multimodal intravenosa en el postoperatorio inmediato (48 h) de pacientes intervenidos por obesidad mórbida. Como objetivos secundarios se buscó identificar factores de riesgo específicos del perfil de población.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que se sometieron a una gastrectomía tubular por laparoscopia (GTL) de enero de 2017 a diciembre de 2018 en nuestro centro. Tras revisar las historias médicas, a través del sistema informático hospitalario, se recopilaron datos sobre: género, edad, IMC, patrón de analgesia, y los registros EVA en preoperatorio, URPA, 24 y 48 h tras la cirugía, efectos adversos y dosis de rescate.

El protocolo anestésico consiste en una anestesia general con inducción de propofol, fentanilo y rocuronio, y mantenimiento con desflurane/sevorane, fentanilo y rocuronio. Revertidos con sugammadex.

Resultados: De 338 pacientes sometidos a GTL, se estudiaron 276 (81,7 %) pacientes a los que se administró la misma pauta analgésica postoperatoria: tramadol 600 mg, dexketoprofeno 200 mg, ketamina 75 mg, metadona 75 mg (dosis de rescate metamizol 2 g y ondansetrón 4 mg/8 h).

En general, el 83,7 % eran mujeres, la edad media fue de 47 años (rango 20-71), promedio del IMC 44,05 (rango 31-70). El 35,9 % de los pacientes presentaron efectos adversos y 12 (4,3 %) requirieron un cambio de analgesia. No hubo ninguna depresión respiratoria ni sobredosificación.

Los registros de EVA se recogen en la Tabla I.

No se encontraron diferencias significativas por género ni edad. En los pacientes que presentaron efectos adversos, el valor EVA en el preoperatorio fue significativamente superior (2,9 [DE 2,0] vs. (1,8 [DE 2,3]; $p < 0,005$).

A partir de las 24 h el dolor estuvo controlado (< 3) y el alivio del dolor fue significativo en todos los controles postoperatorios. Los pacientes con IMC > 40 registraron una EVA significativamente superior a las 24 h a los de IMC < 40 . Aquellos con IMC $> 47,9$ mostraron, a su vez, EVA significativamente superior que los IMC $< 47,9$ a las 24 h.

Discusión: Los resultados nos confirman que la analgesia multimodal implementada proporciona un eficaz control del dolor postoperatorio (1), ya que la EVA media de dolor resulta inferior a 3 en todos los controles excepto en URPA, que representa el postoperatorio inmediato, y que los pacientes refieren como el pico máximo de dolor, resultando el mínimo a las 24 h del proceso.

Los factores independientes de la cirugía también desempeñan un papel relevante en el control del dolor postoperatorio, como indica la mayor incidencia significativa