

XV CONGRESO NACIONAL
de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica
del Dolor *Pediátrico*



MADRID

13, 14 y 15 de noviembre 2025



SEDAR
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN
Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR



Sección Pediátrica
SEDAR

ISBN: 2025091145

ÍNDICE

XV Congreso Nacional de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor Pediátrico

INDICE COMUNICACIONES ORALES

Página

21 Monitorización del magnesio en la transfusión masiva en el paciente pediátrico: ¿total o ionizado?

Gonzalo Bautista Fernandez; Pascual Sanabria Carretero; Rocío Sánchez Prats; Emilio Rodríguez Pérez; Francisco Reinoso Barbero

21 Lavado celular para disminuir la lesión por conservación del concentrado de hematíes

Pablo Javier Tello Villa; Pascual Sanabria Carretero; Emilio Rodríguez Pérez; Francisco Reinoso Barbero

22 Manejo de la vía aérea en paciente neonato con atresia de esófago tipo III y fístula traqueoesofágica en carina. Caso clínico

Lucía Álvarez Baena; Juan García Coronel; Erika Sanjuán López; Ana Peleteiro Pensado; Marta García Navlet

23 Manejo Multidisciplinar del Linfangioma Cervical Fetal: Estrategias de Intervención pre y postnatal

Jose Anido; Clara García; Jose Arnao; Iliana Funcia; Maria del Pilar Tauler

23 Uso de sangre de cordón umbilical autóloga en cirugía cardíaca neonatal: visión europea de una estrategia emergente

Sonia Garcés Sánchez; Álvaro José Solaz García; Laura Torrejón Rodríguez; Marta Aguar Carrascosa; M^a Pilar Argente Navarro

24 Cesárea EXIT para el manejo de la vía aérea en la secuencia de Pierre Robin

Eulàlia Solé Fernández; Carla Solé Bertran; Maria Eva Sola Ruiz; Carme Pàmies Auví; Alejandra Prieto Gundín

INDICE POSTERS PRESENCIALES

Página

26 Estudio descriptivo de la microbiología y resistencias antibióticas en peritonitis de origen apendicular en la UCI pediátrica en hospital de tercer nivel

Fernando José Menéndez Valdés; Enrique Sansegundo Fernández; Lara Jimenez; Hugo Ahern; Juan José Osma Fernández

26 Implantación de un nuevo protocolo para el manejo perioperatorio de la escoliosis: comparativa de casos.

Diego Domínguez Flores; Laura Fernández Benítez; Cristina Del Río Peña; Maria Teresa Menéndez Crespo; Lucía Aragonés Quintanero

27 Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para Reconstrucción Intestinal en Cierre de Ostomías en Cirugía Pediátrica: Estudio de Cohortes Histórico

Lucía Álvarez Baena; María Fanjul Gómez; María Saénz Molina; Erika Sanjuán López; Marta García Navlet

28 Manejo de atelectasia refractaria mediante dispositivo CPAP endobronquial selectiva (CPAPselect-ANRI): ir a donde está el problema

David Nicolás Prósper Cuesta; Pascual Sanabria Carretero; Luis Elías Castro Parga; Alfonso Murillo Julia; Francisco Reinoso Barbero

28 Manejo anestésico de los teratomas sacrococcígeos congénitos: serie retrospectiva de un hospital de referencia

Miriam Martínez Gómez; Daniel Vera López; Maria Consuelo García Cebrián; Alfredo Marco Macián

29 Resultados de la puesta en marcha de una guardia de anestesiología pediátrica en un hospital no monográfico

Sílvia López Galera; Alberto Izquierdo Guerrero; Bárbara Méndez Prieto; Ana Milena Vargas Muñoz; Javier Martínez Cabañero

30 Apnea del sueño en epilepsia refractaria: impacto terapéutico de la cirugía en el control de la epilepsia

Giorgia Catanzaro; Miguel Ángel Olmos Alonso; Ricardo Montes Gámiz; Karina Sifontes Romero

30 Miopatía nemalínica y anestesia: revisión retrospectiva y consideraciones perioperatorias

Maria de los Angeles Escobar Reyes; Maria Carme Roqueta Alcaraz; Carla Solé Bertran; Roberto León Vela; Carme Pamies

31 Malformación renal congénita en gemelos prematuros nacidos tras embarazo no controlado

Nerea Tamés García; Elena Méndez Martínez; Enrique Acha Isasi; Óscar Iglesias Fernández; Beatriz Crego del Val

32 Simulación Multidisciplinar “In Situ” como Herramienta de Verificación de Seguridad del Nuevo Hospital 12 de octubre

Cristina Del Río Peña; Lara Jiménez García; Hugo Ahern Espinosa; Sonia Gil Domínguez; Dolores Mendez Marin

32 Estudio del perfil férrico en el paciente con cardiopatía congénita

Pablo Enrique Gomez de Castro; Gema Pino Sanz; Juan Pablo Nocete Navarro; Maria Dolores Mendez Marin

33 Humanización y sostenibilidad en el proceso quirúrgico pediátrico: intervención multimodal para la reducción de ansiedad preoperatoria

Monica Gutierrez Gonzalo; Natàlia Aragonès Panadès; Judit Saludes Serra; Elena Moran Lopez

34 Aumentando la seguridad del paciente pediátrico: estudio descriptivo sobre incidentes críticos perioperatorios del último año

Livia Gisbert de la Cuadra; Elena García Fernández; Patricia Catalán Escudero; Pablo Troncoso Montero; Ernesto Martínez García

35 Manejo perioperatorio en Síndrome de Marfan con insuficiencias valvulares y pectus excavatum severo

Beatriz Ybáñez García; Lara Jimenez García; María Dolores Méndez Marín; Patricia García Robledo; Sheila Cuervo Escribano

35 Soporte ventilatorio mediante catéter endotraqueal para revertir la hipoxemia durante la ventilación unipulmonar. Alternativa al bloqueador endobronquial

Blanca García Arnaiz; Pascual Sanabria Carretero; María Huélamo Toro; Adriana Eldabe Díez; Francisco Reinoso Barbero

36 Anestesia para traqueostomía reglada en lactante con síndrome de DiGeorge, estridor laríngeo y antecedentes de crisis cianóticas previas

Ana Juan Matamoros; Sara Garate Azpetia; Amada Culebradas Barreras; Carme Pàmies Auví; Alejandra Mira Puerto

37 Implementación de bloqueos regionales ecoguiados en cirugía pediátrica ambulatoria: protocolo y primeras observaciones

Borja Revuelta Garcia

37 Manejo postoperatorio de cirugía de resección pulmonar en rea pediátrica: ¿podemos mejorar?

Beatriz Cabeza Martín; Laia Pazó Sayos; Marta García Navlet; Raquel Arellano Pulido; Marian García-Casillas Sánchez

38 Manejo de la vía aérea en traqueoplastia por deslizamiento en paciente pediátrico con estenosis subglótica: a propósito de un caso clínico.

Juan Fernández Hebrero; Adrian Hernández Moya; Marta Marchante Sanchez; Aitana Lluch Oltra; María Pilar Argente Navarro

39 Analgesia locorregional al final de la vida

Patricia Catalán Escudero; Elena García Fernández; Sandra Casares Acuña; Livia Gisbert de la Cuadra; Ernesto Martínez García

39 Manejo anestésico intraoperatorio en un neonato con situs ambiguus y compromiso esplénico: a propósito de un caso

Concepción López Ponce; Pablo Enrique Gómez de Castro; Gema Pino Sanz; Patricia García Robledo; Mercedes Sánchez Velo

40 Individualización del tratamiento del SAHS grave infantil mediante DISE PAP: experiencia y consideraciones anestésicas

Giorgia Catanzaro; Miguel Ángel Olmos Alonso; Daniel Ortiz; Ricardo Montes Gámiz; Karina Sifontes Romero

41 Fístula aorto-esofágica sobre arteria subclavia izquierda aberrante y divertículo de Kommerell

Victoria Reig Calabuig; Manuel Romero Layos; Elena Sanz Sanjosé; Mercedes Sánchez Velo; Beatriz Martín Piñeiro

41 Estenosis subglótica en el paciente pediátrico. Evolución en los últimos diez años.

Livia Gisbert de la Cuadra; Karina Sifontes Romero; Cristina Orós López; Sandra Casares Acuña; Ernesto Martínez García

42 Implantación de desfibriladores extravasculares en pacientes pediátricos: Experiencia pionera anestésica en un hospital monográfico infantil

Estibaliz Azpeitia López; Dimitry Luschenkov Luschenkov; Gastón Echaniz Barbero; Lorena Gómez Diago; Marta López Vinyals

43 Aplicación del parche de capsaicina 8% para el tratamiento del dolor neuropático en población pediátrica. Serie de casos

Raquel Romero Vidal; Adrián Arnau García; Aleida Sánchez Losa; Francisco Pedro López Martín; Hermann Josef Ribera Leclerc

43 Teratoma sacrococcígeo diagnosticado intraútero

Cristina Lapuerta García; Carolica Alcalá Blanco; Natalia Sierra Biddle; Graciela García Villabona; Paula Hernández Vecino

44 Anestesia pediátrica sostenible: Proyecto KISS Anaesthesia

Inés Cuberta González; Irene Folch Navarro; Laura López García; Pascual Sanabria Carretero; Francisco Reinoso Barbero

45 El NIRS como aliado en la anestesia pediátrica: monitorización cerebral eficaz fuera de su localización habitual

Marta Gimenez Garcia; Elena Méndez Martínez

45 Anestesia y mutación mitocondrial en pediatría: reporte de un caso con complicaciones neurológicas severas tras exposición a sevoflurano.

Jaime Alberto Azanza Cordova; Enrique Teigell Guerrero-Strachan; Javier Urbano Villaescusa; Elena Castrodeza Azorin; María Fernandez Zafra

46 Beneficios de nevera portátil para conservación de hemoderivados en quirófano infantil

Pascual Sanabria Carretero; Maria Moreno Ochoa; Francisco Reinoso Barbero

47 Impacto del acompañamiento parental durante la inducción anestésica: Experiencia en Hospital Sant Joan de Dèu

Juan Jose Lázaro Alcay; Marta López Viñals; Gastón Echaniz Barbero; Carme Roqueta Alcaraz; Alicia Chamizo Bremer

INDICE POSTERS VIRTUALES

Página

49 Somnoscopia para valoración de la vía aérea en pacientes pediátricos con apnea obstructiva del sueño. Protocolo de sedación y resultados

Adrián Moya Barrientos; Ignacio Jimenez Huerta; Nahir Chalup Torija; Lucia Aragonés Quintanero; Pablo Enrique Gómez de Castro

49 ¿Puede un cambio de fabricante de TET aumentar la dificultad de intubación pediátrica?

Monica Hervias Sanz; David Fabian Gonzalez; Ana Peleteiro Pensado; Marta García Navlet; Elena Rodriguez Hervías

50 Mascarilla Laríngea como dispositivo definitivo de rescate en un neonato con vía aérea difícil prevista

Daniel Vera López; Irene Cella Magdalena; Sonia Garcés Sánchez; Jose Cortell Ballester; Pilar Argente Navarro

51 Manejo anestésico del trasplante hepatorrenal pediátrico con terapia de reemplazo renal continua intraoperatoria: a propósito de un caso

Daniel Vera López; Irene Cella Magdalena; Sonia Garcés Sánchez; Mirian López Segura; Pilar Argente Navarro

51 Diuresis por presión: nuevo paradigma en el manejo anestésico del trasplante renal pediátrico

Gonzalo Pulido Martín-Borregón; Pascual Sanabria Carretero; Francisco Reinoso Barbero; Beatriz Perez Bueno; Lina María Builes Cardona

52 Monitorización de la profundidad anestésica en pacientes pediátricos

Ester Varea Tierno; Osvaldo Pérez Pardo; Ceferina Suárez Castaño; Carolina Alcalá Blanco; Cristina Lapuerta García

53 Manejo anestésico en la resección videotoracoscópica de un secuestro pulmonar intralobar en lactante

Laura Subirana Gimenez; Ana Milena Vargas; Andrea Perdiguero Cosano Perdiguero Cosano; Alberto Izquierdo Guerrero; Javier Martinez Cabañero

53 Manejo anestésico en la dilatación esofágica en pacientes pediátricos con epidermólisis bullosa distrófica: estudio observacional en un hospital terciario

Aleix Clusella Moya; Maria Farrer Pinilla; Maria Carme Roqueta Alcaraz; Eulalia Sole Fernandez; Juan Jose Lazaro Alcay

54 Simulation Study of Ketofol effect-site concentration and Bispectral index value for appropriate sedation in pediatric patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy

Antonio M. González

55 Sedación inhalatoria en el síndrome de Treacher Collins y sus implicaciones en la vía aérea

Pedro Lázaro Cebolla; Judit Saludes Serra; Francisco Estevan Perez; Aina Prieto Clos; Pedro José Perales Piqueras

55 Uso de toxina botulínica tipo A en dolor miofascial crónico pediátrico

Patricia Martin Riaza; Fátima Ruiz Camuñas; Gorka L Martinez Mezo

56 Intubación en paciente pediátrico con síndrome PHACE

Miriam Navarro Rizos; Eva María García Fuentes; Alba María Iglesias Del Valle

57 Consideraciones anestésicas en paciente pediátrico con diagnóstico de Síndrome Blueberry Muffin. A propósito de un caso

Paula Arriero Sánchez; Paula Plasencia Díaz; Fabricio Fiorda Berruchi; Lourdes Hernández González¹; Patricia Martín Serrano

57 Ventilación Unipulmonar para resección de malformaciones pulmonares congénitas en pediatría. Nuestra experiencia

Cristina Muro Castro; Eva Tres Ritterbach; Nuria Montferrer Estruch; Susana Manrique Muñoz

58 Anestesia para diagnóstico y tratamiento de síndrome de atrapamiento de nervio cutáneo abdominal anterior (ACNES) en pediatría

Raquel Arellano Pulido; María Arellano Pulido; Beatriz Cabeza Martin; Lourdes Barragán Gonzalez; Lucía Alvarez Baena

59 Manejo anestésico para trasplante hepático pediátrico: a propósito de un caso

Ana Maria Olmedo Montijano; Raquel García González; Mercedes Alonso Prieto; Francisco Javier Redondo Calvo

60 Videolaringoscopia en el manejo de la vía aérea difícil en un lactante con síndrome polimalformativo

Daniel Agudelo Torres; Anna Sala Segura; Héctor Martínez Valdés; Paula Vera Sabater

60 Manejo anestésico en paciente pediátrico de alto riesgo por ingreso complejo y fístulas broncopleurales

Francisco Del Águila Román; Marina Bolívar Arroyo; Blanca Martínez-Dueñas López -Marín; Cristina Valenzuela Ortiz; Ana Ortega López

61 Uso del McGrath para el manejo de vía aérea difícil pediátrica en la sala de resonancia magnética

Alicia Wendy Vega Harwood; Ángela Astrid de Abreu González; Rodrigo Poves Álvarez; Estefanía Gómez Pesquera; Ana Fernández de Urbón

61 Impacto de la ansiedad paterna en la agitación al despertar de los pacientes pediátricos

Alicia Wendy Vega Harwood; Carolina Román de la Fuente; Beatriz Martínez Rafael; María Elena Carrasco Serrano; Mario Lorenzo López

62 PECTUS EXCAVATUM. Estrategia perioperatoria y analgesia

Cristina Lapuerta García; Carolina Alcalá Blanco; Mercedes Olmo Falcones; Pilar Hernandez Pinto; Paula Sánchez Vicente

63 Manejo anestésico en atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal: a propósito de un caso clínico

Leire Canibe Galiana; Alberto Rando Perez; Teresa Vich Sampedro; Adrian Arnau Garcia; David Fabian Gonzalez

63 Estrategia anestésica y soporte avanzado en trasplante hepático en paciente pediátrico con hipertensión portopulmonar severa

Laura Arbás Sánchez; Emilio Rodríguez Pérez; Gonzalo Bautista Fernández; Ana Belén Ortega Floria; Lina María Builes Cardona

64 Autotransfusión de sangre de cordón umbilical en cirugía cardíaca neonatal: viabilidad y efectos sobre la hemoglobina fetal

Sonia Garcés Sánchez; Marta Marchante Sánchez; Carmen Contat Rodrigo; Álvaro José Solaz García; M^a Pilar Argente Navarro

65 Colapso cardiorespiratorio en adolescente para biopsia de masa mediastínica anterior (MMA)

M^a Lourdes Barragán González; Raquel Arellano Pulido; Beatriz García-Cano de Escondrillas; Juan García Coronel; Lucía Alvarez Baena

65 Relación del ayuno preoperatorio y agitación al despertar en el paciente pediátrico

Alicia Wendy Vega Harwood; Eva López Santín; Estefanía Gómez Pesquera; Rodrigo Poves Álvarez; Beatriz Martínez Rafael

66 Manejo anestésico de la cirugía de la persistencia del conducto onfalomesentérico en neonato

Carlos Blasco Fernández; Pilar Hernández Pinto; Rocío Revuelta Zorrilla; Carolina Alcalá Blanco; Lucia Pedraja Ferreira

67 Tetralogía de Fallot no corregida en paciente pediátrica con policitemia severa. Manejo perioperatorio con sangría y vitamina K

Maria jose Sanchez Martin; Marta Garcia Santigosa; Delia Acosta García; Abigail Villena; Alicia Merinero Casado

67 Desafíos técnicos y experiencia clínica con bloqueadores bronquiales para ventilación unipulmonar en pacientes <10kg

Diego Domínguez Flores; Gema Pino Sanz; Beatriz Martín Piñeiro; Sergio Sánchez-Palencia Taboada; Hugo Ahern Espinosa

68 Revisión de los resultados del tratamiento endovascular y el manejo anestésico para las malformaciones de la vena de Galeno en un hospital pediátrico terciario

Lorena Gómez Diago; Gastón Echaniz Barbero; Montserrat Fontanals Caravaca; Dmytro Luschenkov; Marta López Viñals

69 ¿Dolor o Agitación? Epidurografía como Clave Diagnóstica

Gonzalo Bautista Fernández; Isabel Rodríguez de la Iglesia; Pascual Sanabria Carretero; Rocío Sánchez Prats; Francisco Reinoso Barbero

69 Complicaciones asociadas al Trasplante Hepático Infantil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Nuestra experiencia en los últimos 10 años

Gloria Briones Gracia; Bárbara Ariza Martínez; Daniel Oswaldo Velandia Perez; María Pilar Pérez Navero

70 Evaluación ecográfica de la localización del anestésico tras bloqueo del nervio dorsal del pene con la técnica tradicional en pediatría: Serie de Casos

Miriam De La Maza; Ruben López Canós; Mónica Pérez Poquet; Sara Fuentes Carretero; Marc Bausili Ribera

71 Manejo Anestésico en la Reparación de Malformación Arteriovenosa de la Vena de Galeno con Parada Circulatoria Hipotérmica Profunda. A propósito de un caso

Luciano del Valle Sánchez; Alba Hernández Rico; Cristina Angorrilla Rodríguez; Marta Saez Parejo; Alicia Merinero Casado

71 Implementación de un Sistema de Alerta Precoz para la Detección de Pacientes Pediátricos en Riesgo de Parada Cardiorrespiratoria en el Perioperatorio

Selma Abubakra Abobara; Beatriz Cabeza Martín; Marta García Navlet; Laia Pazó Sayós; Irene Hidalgo García

72 Traqueotomía emergente en preescolar de 3 años. Análisis de un caso

Alba María Iglesias del Valle; Carmen Muñoz Corchuelo; Nicolas Burgos Gabriele; Carmen perez Garrido; Inmaculada Concepción López Sampedro

73 Crioanalgesia, más allá de la cirugía correctora de pectus excavatum

María Arellano Pulido; Raquel Arellano Pulido; Beatriz Cabeza Martin; Beatriz Rodriguez Sanchez; Arturo Pablo Melone Fiorito

73 Manejo de paciente con hemofilia a en cirugía urgente

María del Carmen Baena Navarro; Sandra Pandiella Martínez; Irene González Pascual; Jose Alberto Cabero Pérez; Beatriz Blanco Cuevas

74 Complicaciones respiratorias durante inducción anestésica por en paciente con infección por CMV

Sonia Rodríguez Mendoza; Elena Méndez Martínez; Óscar Iglesias Fernández; Enrique Acha Isasi; Nerea Tamés García

75 La importancia de la experiencia: manejo de vía aérea difícil conocida en paciente con Síndrome de Edwards

Anna Berbís Sánchez; Esther Romero Vargas; Silvia Ferri Martin; Raul Ibáñez Martínez; Rafael Jose Badenes Quiles

75 Anestesia en paciente con Síndrome de Brugada: ¿qué puedo usar?

Carolina Alcalá Blanco; Mercedes Del Olmo Falcones; Rocio Revuelta Zorrilla; Cristina Lapuerta García; Ana Ezquerra Marigomez

76 Suspensión quirúrgica de última hora

María del Carmen Baena Navarro; Daniel Díaz Burgos; Karina Ivanova Sifontes Romero; Sandra Pandiella Martínez; Ernesto Martínez García

77 Simulación como herramienta para la creación de un nuevo circuito (muy) alejado de quirófano

Lara Jiménez García; Hugo Ahern Espinosa; Cristina Del Río Peña; María Dolores Méndez Marín

77 Manejo anestésico en cirugía combinada Ross-Konno y recambio mitral en lactante con cardiopatía congénita compleja

Marta Boned Garcia; Patricia García Robledo; Victoria Reig Calabuig; Mercedes Sanchez Velo¹; Beatriz Ybañez García

78 Manejo anestésico en cirugía de emergencia en paciente con alta sospecha de cardiopatía familiar

Óscar Iglesias Fernández; Elena Méndez Martínez; Nerea Tamés García; Beatriz Crego del Val; Sonia Rodríguez Mendoza

79 Cirugía torácica en el prematuro extremo: a propósito de un caso con enfisema lobar congénito

Adrián Hernández Moya; María Blanco Crespo; Alicia Díaz Ruz; Sonia Garcés Sánchez; Maria Pilar Argente Navarro

79 Rash y taquicardia durante inducción con sevoflurano: ¿reacción pseudoalérgica inducida por estrés?

Beatriz Crego del Val; Elena Méndez Martínez; Sonia Rodríguez Mendoza; Nerea Tamés García; Enrique Acha

80 Reparación de onfalocelo gigante con sistema de tracción fascial Fasciotens®

Mercedes Sánchez Velo; Carlos Manrique de Lara; Alicia Gómez Sánchez; Victoria Reig Calabuig; Marta Boned García

81 Implementación de un protocolo de analgesia multimodal para mejorar el control del dolor postoperatorio en cirugía de pectus excavatum con técnica de Nuss

Roberto León; Gastón Echániz; Pelayo Florez; M^o Carme Roqueta

81 Programa para la formación en Reanimación Cardiopulmonar en el bloque quirúrgico infantil

Irene Hidalgo García; Jimena Del Castillo Peral; Ana Peleteiro Pensado; Mónica Hervías; Marta García Navlet

82 Manejo anestésico de neonato con teratoma en ventrículo derecho

Patricia García Robledo; Lara Jiménez García; Pablo Enrique Gómez de Castro; Marta Boned García; Gema Pino Sanz

83 Más allá del bisturí: El rol anestésico en cirugía robótica hepática infantil

Celia Miñano Frutos; Inmaculada García Salmerón; Alba Quiles Hevia; Ricardo Robles Campos; Carlos García Palenciano

83 Manejo anestésico en cirugía toracoscópica bilateral para visualización de tumores pulmonares mediante inhalación de verde de indocianina: A propósito de un caso

Teresa Vich Sampedro; Leidy Mar De Abreu Graterol; Leire Canibe Galiana; Alberto Rando Pérez; David Fabián González

84 Estrategia analgésica multimodal en cirugía de resección torácica amplia de sarcoma de Ewing costal

Deiba Anwar Nadir Parveen; Joanes Ros Bernaola; Estibaliz Lopez Gonzalez; Nahikari Gonzalo Rebollo; Sira Gomez Navarro

85 Presencia familiar durante la inducción anestésica pediátrica: ¿qué opina el bloque quirúrgico? Estudio transversal sobre actitudes y experiencias

Mónica Pérez Poquet; Núria Margarit Estragués; Carme Grande Morenillo; Sara Fuentes Carretero; Marc Bausili Ribera

85 Descompensación diabética: ¿sabemos cómo actuar en una cirugía de urgencias?

Beatriz Cabeza Martín; Raquel Arellano Pulido; María Arellano Pulido; Selma Abubakra; Beatriz Rodríguez

86 Asociación de síndrome de Wilkie y síndrome de Cascanueces tras cirugía de escoliosis congénita: a propósito de un caso

Paula Gil Esteller; Eulàlia Solé Fernández; Carla Solé Bertran

87 Conox alternative location study

Carlos Manrique de Lara Cadiñanos; Hugo Ahern Espinosa; Lara Jiménez García; Laura Fernández Benítez; Cristina del Río Peña

87 Estrategias de PBM en cirugía cardiaca pediátrica

Sergio Martín Castillo; Hugo Ahern; Fernando López Valdiviezo.; Lara Jiménez García; María Martins Bravo

88 Angioedema hereditario: anestesia segura

Ignacio Victoria Sanes; Estrella García Recio; María García Canales; Esther Giménez Galera; Jose Valverde Fuentes

89 Cuando el Meckel se complica: manejo anestésico

Ignacio Victoria Sanes; Estrella García Recio; María García Canales; Esther Giménez Galera; Jose Valverde Fuentes

89 Vía aérea difícil en el síndrome de Stromme: el valor de un enfoque anticipado

Ignacio Victoria Sanes; Estrella García Recio; María García Canales; Esther Giménez Galera; Jose Valverde Fuentes

90 Plan B en atresia esofágica: cuando el abordaje anestésico más empleado no es posible

Ignacio Victoria Sanes; María García Canales; Estrella García Recio; Esther Giménez Galera; Jose Valverde Fuentes

91 Anestesia para exploración de la vía aérea en el neonato

Ignacio Victoria Sanes; María García Canales; Estrella García Recio; Esther Giménez Galera; Jose Valverde Fuentes

92 CRANEOSINOSTOSIS EN LACTANTE. ¿Y cuando le transfundo?

Cristina Lapuerta García; Carolina Alcalá Blanco; Osvaldo Pérez Pardo; Rocio Revuelta Zorrilla; Paula Hernández Vecino

92 Dexmedetomidina epidural para analgesia perioperatoria en tumor de Wilms

Lucía Rubio Arbolí; Marta Vázquez Moyano; Francisco Reinos Barbero; Luis Castro Parga; Cristina Muñoz Bueno

93 Transfusión de hemoderivados y evolución-pronóstico postoperatorio en pediatría

Mercedes Millán de Meer; Beatriz Pérez Bueno; Pascual Sanabria Carretero; Emilio Rodríguez Pérez; Francisco Reinos Barbero

94 Crioanalgesia intercostal en reparación mínimamente invasiva de pectus excavatum. A propósito de un caso

Paula Arriero Sánchez; Luis Aranda García; María del Mar González Benítez; Jonás Medina Hernández; Rut Theresa Aracil González

94 Crisis hipertensiva pulmonar tras sedación para exodoncia en un niño con acondroplasia

Patricia García Robledo; Pablo Enrique Gómez de Castro; Hugo Ahern Espinosa; Beatriz Ybañez García; María Dolores Méndez Marín

95 Trasplante de órganos en pediatría: donación en asistolia controlada

Beatriz Pérez Bueno; Mercedes Millán de Meer; Claudia Cuesta González-Tascón; Julia Albano Polo; Emilio Rodríguez Pérez

96 Ventilación espontánea con oxigenoterapia de alto flujo para resección de papilomatosis laríngea en paciente pediátrico: reporte de caso

Lucia Aragonés Quintanero; Beatriz Martín Piñero; Juan Pablo Nocete Navarro; Laura Fernández Benítez; Dolores Méndez Marín

96 Manejo perioperatorio de la hernia diafragmática congénita

Sira Gómez Navarro; Gorka Najarro Ajuria; Estibaliz López González; Nahikari Gonzalo Rebollo; Deiba Anwar Nadir Parveen

97 Abordaje anestésico en el síndrome de noonan

Aina Prieto Clos; Natàlia Aragonès Panades; Judit Saludes Serra; Francisco Estevan Pérez; Pedro Lázaro Cebolla

98 Ventilación unipulmonar efectiva en lactante mediante la colocación de bloqueador bronquial extraluminal

María Freire Daporta; Ignacio Lozano Deporta; Gorka Ojinaga García; Joanes Ros Bernaola; Izaskun Grijalba Ipiñazar

98 Manejo anestésico del niño con tetralogía de fallot no corregida para cirugía no cardíaca

Marta Campos Wals; Marta Sáez Parejo; Abigail Villena Rodríguez; Alba Hernández Rico; Luciano Del Valle Sánchez

99 Esplenectomía laparotómica en un niño con esferocitosis hereditaria: un verdadero desafío anestesiológico

Giulia De Santis; Isabel Pingarrón Hernández; Soraya Fuentes Cano; Paloma Recio González-Muriel; Gemma Yusta Martín

100 Estado actual del consentimiento informado en anestesia: resultados de una encuesta multicéntrica en España

Marta López Viñals; Gastón Echaniz Barbero; Carme Roqueta Alcaraz; Juan Jose Lázaro Alcaiz; Marina Perelló Riera

100 Valoración de la experiencia de la visita preanestésica telemática en un hospital pediátrico mediante el net Promoter score (NPS)

Marta López Viñals; Lorena Gómez Diago; Manuela Benítez Gómez; Montserrat Serrano Bolumar; Beatriz Rogel Juárez

101 Manejo perioperatorio de craneosinostosis

Sira Gómez Navarro; María Eugenia García Durruti; Deiba Anwar Nadir Parveen; Nahikari Gonzalo Rebollo; Estibaliz López González

102 Hernia paraesofágica + Dilatación gástrica masiva

Aida González Magdalena; Sonsoles Úbeda Mata; Anna Berbís Sánchez; Raúl Ibáñez Martínez

102 Anestesia en paciente pediátrico con síndrome de Allan-Herndon-Dudley y sospecha de hipertermia maligna: abordaje seguro para orquidopexia bilateral

Alba María Iglesias del Valle; Francisco Javier Castillo Bonillo; Álvaro Martínez Bordajandi; Pilar Pérez Gea; Miriam Martínez Lorenzo

103 Manejo anestésico para cirugía de reparación de atresia de esófago. Estudio retrospectivo

Juan García Coronel; Beatriz Rodríguez Sánchez; Lucía Álvarez Baena; María Lourdes Barragán González; Marta García Navlet

104 Manejo anestésico perioperatorio en cirugía de fémur corto congénito

Estibaliz Lopez Gonzalez; Itxaso Calvo Santibañez; Nahikari Gonzalo Rebollo; Sira Gomez Navarro; Deiba Anwar Nadir Parveen

104 Manejo perioperatorio de esplenectomía laparoscópica en niño con anemia de células falciformes

Estibaliz Lopez Gonzalez; Maria Eugenia Garcia Durruti; Sira Gomez Navarro; Deiba Anwar Nadir Parveen; Nahikari Gonzalo Rebollo

105 Repercusión del desflurano en el cambio climático: mito o realidad

Sofía Rubín Alduán; Pascual Sanabria Carretero; Inés Cuberta González; David Martínez Escudier; Francisco Reinoso Barbero

106 Anestesia para supraglotoplastia en un neonato: a propósito de un caso

Cristina Pallarés Fernández; Alberto Izquierdo Guerrero; Silvia López Galera; Elena Dina

106 Parálisis cerebral infantil; experiencia en huse en el implante y uso de bomba intratecal de baclofeno

Adrian Arnau Garcia; Leire Canibe Galiana; Alvaro Vázquez López-Cepero; Herman Ribera Leclere; David Fabián Gonzalez

107 Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para cirugía de escoliosis pediátrica. Estudio observacional retrospectivo

Álvaro León Moscat; Lucía Álvarez Baena; María Arellano Pulido; Raquel Arellano Pulido; Beatriz Cabeza Martín

108 VAD en paciente con distrofia muscular por déficit de merosina

Gorka Najarro Ajuria; Nahikari Gonzalo Rebollo; Estibaliz López González; Deiba Anwar Nadir Parveen; Sira Gómez Navarro

108 Abordaje anestésico en estenosis esofágica por ingesta de cáusticos

María Eugenia García Durruti; Nahikari Gonzalo Rebollo; Sira Gómez Navarro; Deiba Anwar Nadir Parveen; Estibaliz López González

109 Desafíos y manejo anestésico en la distrofia miotónica de Steinert pediátrica: reporte de dos casos clínicos

Francisco Estevan Pérez; Violeta Farre Nebot; Daniel Gómez Chamorro; Judit Saludes Serra

110 ¿Broncoespasmo o tubo endotraqueal en bolsón traqueal residual?: a propósito de un caso

Fernando Piñero Martínez; Liena Izquierdo López; Francisco Javier Marqués Asín

110 Bloqueo paravertebral vs epidural en resección de sarcoma costal pediátrico: Seguridad y Eficacia

Raúl Ibáñez Martíne¹; Esther Romero Vargas; Sonsoles Úbeda Mata; Jose María Milián Martínez; Aiyen Nedjatin Daraktchiev Rosillo

111 TET pediátrico: ¿Confiamos en la edad o en lo que vemos?

Anna Sala Segura; Paula Vera Sabater; Daniel Agudelo Torres; Concepción Pérez Torralba; Alberto Frances Ribera

112 Monitorización de la profundidad anestésica y control del dolor en una sala de hemodinámica pediátrica

Sergio Sánchez-Palencia Taboada; Hugo Ahern Espinosa; Cristina del Río Peña; Laura Fernández Benítez; Diego Domínguez Flores

113 Rotura traqueal iatrogénica en pediatría: Un riesgo latente relacionado con la intubación endotraqueal

María Trincado Cobos; Pascual Sanabria Carretero; María Velayos López; Luis Castro Parga; Francisco Reinoso Barbero

113 Manejo anestésico durante reintervención fístula traqueoesofágica en un caso de vacterl incompleta

Cristina Garrido González

114 Anestesia segura en epidermólisis bullosa: análisis clínico y protocolo de manejo perioperatorio

Maria Soledad Huélamo Toro; Paula Prieto Simancas; Blanca García Arnaiz; Pascual Sanabria Carretero; Francisco Reinoso Barbero

115 Ventilación unipulmonar en el paciente pediátrico. Estudio retrospectivo

Beatriz Rodríguez Sánchez; Elena Castrodeza Azorín; Lucía Álvarez Baena; Irene Hidalgo García; Mónica Hervías Sanz

115 Masas mediastínicas en pediatría: un reto en el manejo anestésico

Adriana Eldabe Díez; Pascual Sanabria Carretero; Claudia Cuesta; Pilar Durán de La fuente; Francisco Reinoso-Barbero

116 Implementación de un protocolo multidisciplinar para el manejo perioperatorio del paciente pediátrico oncológico: una experiencia en hospital terciario

Irene Subirana Carpi; Lourdes Barragán González; Irene Hidalgo García; Marta García Navlet

117 Manejo anestésico en el cierre de fístula broncopleurale con adhesivo tisular en una niña con neumonía necrotizante

Ignacio Lozano Lozano; María Freire Daporta; Gorka Najarro Ajuria; María Eugenia García Durruti; Gorka Ojinaga García

117 Manejo anestésico en la laringomalacia grave: revisión retrospectiva de once casos sometidos a supraglotoplastia

Adrián Hernández Moya; Saúl Astray Gómez; María Blanco Crespo; Sonia Garcés Sánchez; María Pilar Argente Navarro

118 Coagulopatía en el neonato pretérmino: a propósito de un caso

Daniel Amoros Ruiz; Concepcion Perez Torralba; Paula Vera Sabater; Anna Sala Segura

119 Picc port, un dispositivo del que se pueden beneficiar nuestros pacientes pediátricos

Cristina Gonzalez Serrano

119 Manejo anestésico en las displasias osteocartilaginosas: a propósito de un caso con condrodisplasia punctata

Adrián Hernández Moya; Saúl Astray Gómez; Alicia Díaz Ruz; Sonia Garcés Sánchez; María Pilar Argente Navarro

120 Análisis de las causas de suspensión de quirófanos en el bloque quirúrgico infantil de un hospital de tercer nivel

Lucía Rubio Arbiolí; Pascual Sanabria Carretero; Francisco Reinoso Barbero; Rafael Antonio García Malaver; Alfonso Murillo Juliá

121 RCP neonatal

Luis Arrondo Mínguez; Inés Cuberta González; Laura Vázquez Martínez; Juan José Correa Barrera; Blanca Gómez Del Pulgar Vázquez

121 Adaptación en tiempo real en anestesia neonatal: monitorización no invasiva tras isquemia transitoria secundaria a canalización de acceso arterial

Marta Gimenez Garcia; Vanessa Martín Álvarez; Ana Paz Aparicio

122 Manejo anestésico de craniotomía en paciente pediátrico despierto

Cristina Rodríguez Oliva; María de los Angeles Escobar Reyes; Gaston Echaniz Barbero; Marta Pousibet Almazán; Leyre Perez Hernández

123 Importancia de la monitorización BIS en la detección de variantes hemodinámicas - A propósito de un caso

María Trincado Cobos; Pilar Morán Martín; Kevin Stephen Acosta Velásquez; Rafael García Malaver; Francisco Reinoso Barbero

123 Broncografía intraoperatoria para identificar lesión pulmonar con gran fuga aérea

Carlota Méndez Dumas; Isabel Rodríguez De La Iglesia; Pilar Moran Martín; Pascual Sanabria Carretero; Francisco Reinoso Barbero

124 Supraglotoplastia: ¿Ventilación espontánea o anestesia general?

Sonsoles Úbeda Mata; Marina Arnalte Téllez; Anna Berbis Sánchez; Nekane Romero García; Rosa Herrera Castro

125 Paciente pediátrico con síndrome de feingold, ¿a qué me enfrento?

Raúl Ibáñez Martínez; Nekane García Pérez; Anna Berbis Sánchez; Aida González Magdalena; Josep Peñarrocha Martínez

126 Anestesia para cirugía robótica urológica en menores de 3 años: serie de 10 casos

Beatriz Martín Piñeiro; Lucía Aragones Quintanero; Pablo Enrique Gómez De Castro; Pablo Nocete; Dolores Méndez Marín

126 Proyecto de implementación de APP en la visita preoperatoria pediátrica en cirugía mayor ambulatoria

Anabel Jiménez Carrión; Alicia Melero Mascaray; Teresa Franco Castany; Beatriz Del Val Villanueva; David Valencia Royo

127 El acompañamiento parental en la inducción anestésica: un nuevo paradigma en la excelencia sanitaria

Claudia Cuesta González-Tascón; Pascual Sanabria Carretero; Diego Gil Mayo; Francisco Reinoso Barbero

128 Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral y trastornos múltiples de la coagulación en un paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi: un reto extremo para el soporte hemodinámico anestésico

Consuelo García Cebrián; Adrián Hernández Moya; María Blanco Crespo; María Pilar Argente Navarro

129 Distracción craneofacial con avance monobloc en paciente pediátrico con síndrome de Apert y cardiopatía congénita: desafíos anestésicos y cuidados críticos

Sandra Pandiella Martínez; Sergio Batuecas Asensio; María del Carmen Baena Navarro; José Alberto Cabero Pérez; Marta Ramos Carrasco

129 Manejo anestésico en paciente pediátrico con distrofia muscular de Duchenne sometido a osteosíntesis femoral

José Alberto Cabero Pérez; Sergio Batuecas Asensio; Sandra Pandiella Martínez; Irene González Pascual; Guillermo Ordax Calvo

130 Rotura traqueobronquial iatrogénica tras adenoamigdalectomía pediátrica: desafío diagnóstico y terapéutico

Aida Barceló O'Donnell; Aleida Sánchez Losa; Mercè Falcó Esteva; Fernando Barturen Fernández

131 Protocolo “eras” en estenosis hipertrófica del píloro (ehp)

Cristina Angorrilla Rodríguez; Abigail Villena Rodríguez; Alba Hernández Rico; Marta Sáez Parejo; Luciano del Valle Sánchez

131 Anomalías congénitas del tracto urinario como factor clave en meningitis postoperatoria por Enterococcus faecalis: reporte de un caso y revisión clínica

Borja Revuelta Garcia; Maria Jose Jimenez Jimenez

132 Abordaje de la Vía Aérea en paciente con anquilosis de ArticulacionTemporomandibular bilateral

Alejandra González Ruiz; José Fabián Pacheco Rodríguez; Anand H. Vaswani Dadlani; Sandra Martín Monsalve; Miguel Ángel Reverón Gómez

133 Cirugía de obstrucción traqueal casi total con un Tritube y ventilación controlada por flujo Evone

Miguel José Vargas Oliva; Francisco Javier Escribà Alepuz; Macarena Almena Marjalizo; María Dolores Díaz Saldaña; María Pilar Argente Navarro

133 Aerosolterapia a presión positiva mediante circuito Mapleson C modificado: diseño original (Aerosolterapia Anestesia Infantil La Paz)

David Nicolás Prósper Cuesta; Pascual Sanabria Carretero; Pilar Durán de la Fuente; Cristina Muñoz Bueno; Francisco Reinoso Barbero

134 PBM en pediatría: propuesta de un modelo institucional de terapia transfusional guiada por objetivos

Maria Dolores Díaz Saldaña; Miriam Martinez Gomez; Miguel Jose Vargas Oliva; Francisco Escriba Alepuz; Maria Pilar Argente Navarro

135 Manejo anestésico en paciente pediátrica con epidermólisis bullosa distrófica severa para resección de sindactilia: a propósito de un caso

Sara Garate; Xenia Carré; Ana Juan; Loreto Bacariza; Alejandra Mirá

135 Alteraciones cardiovasculares secundarias a la cirugía hipotalámica

Romina Chamorro Fortunato; Gádor Iturriaga Oliver; Sergio Cabeza Ramos

136 Psicoprofilaxis para reducir ansiedad preoperatoria en niños

Maria Florencia Chunco; Maria Gloria Martínez Fernández; Estefania Vall Atero; Marco Palumbo; Salomon Gloria

COMUNICACIONES ORALES

**XV Congreso Nacional de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor Pediátrico**

CO-01. Monitorización del magnesio en la transfusión masiva en el paciente pediátrico: ¿total o ionizado?

Gonzalo Bautista Fernández¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Rocío Sánchez Prats¹; Emilio Rodríguez Pérez¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario la Paz

Introducción: El 65% del magnesio extracelular se encuentra ionizado, siendo la fracción fisiológicamente activa. Transfusiones masivas de hemoderivados con citrato en cirugías como trasplantes hepáticos, quedan formas iónicas bivalentes como calcio y magnesio, pudiendo deplecionarse a niveles críticos, con riesgo de inestabilidad hemodinámica, coagulopatía o arritmias. Con la hipocalcemia iónica hay mucha evidencia, a diferencia de la hipomagnesemia iónica. En pacientes críticos pediátricos, la correlación entre magnesio total (tMg) e ionizado (iMg) es baja, y la evidencia contradictoria, dificultando, implementar el iMg en la práctica clínica. **Métodos:** Se incluyeron 42 pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático, multivisceral o hepatorrenal entre 2021 y 2022, que precisaron transfusión masiva. Se tomaron muestras sanguíneas en distintas fases del trasplante. El iMg y iCa se determinaron mediante potenciometría directa y las formas totales por colorimetría. **Resultados:** El iMg y iCa descendieron significativamente en la fase anhepática, mientras que tMg y tCa aumentaron. La correlación entre iMg y tMg fue muy débil ($r=0,02$; $p=0,68$) y las formas iónicas se comportaron opuestamente a las totales. El gap de magnesio con iMg bajo (76%) se asoció inversamente con la temperatura y proporcionalmente al volumen transfundido, PELD, QTc prolongado (67%), estancia en UCI y tiempo de ventilación mecánica. **Conclusiones:** La hipomagnesemia iónica tiene una incidencia del 76% en transfusiones masivas. La medición aislada del tMg puede subestimar su incidencia. Medir iMg permite evaluar con más precisión el magnesio e instaurar medidas correctoras, igual que se ha demostrado con el calcio.

CO-02. Lavado celular para disminuir la lesión por conservación del concentrado de hematíes

Pablo Javier Tello Villa¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Emilio Rodríguez Pérez¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción: la transfusión masiva en el paciente pediátrico, muy frecuente en cirugía cardiovascular y trasplante hepático, se relaciona con graves efectos deletéreos al usar concentrados de hematíes almacenados durante largos periodos. Esta lesión por conservación provoca alteraciones celulares (depleción de ATP, 2-3-DPG, rigidez celular) y metabólicas (aumento de potasio, láctico, amonio, citoquinas y hemoglobina libre). Tanto es así que la politransfusión incrementa el riesgo de fracaso del injerto y de morbilidad además de coagulopatía, disfunción miocárdica, vasoplejia refractaria, TRALI, SDRA, acidosis, hipocalcemia, hiperpotasemia y numerosos casos de parada cardiorrespiratoria asociados a esta. El lavado de hematíes permite retirar estos

componentes extracelulares, si bien es lento (30') y no está disponible en todos los centros, impidiendo su uso agudo en hemorragia masiva. Nuestro objetivo es validar el lavado de hematíes con el recuperador sanguíneo para paliar la lesión por conservación y los cambios bioquímicos que la caracterizan. Métodos: analizamos la concentración de excipientes con potencial tóxico y la viabilidad de concentrados de hematíes no aptos por caducidad o pérdida de cadena de frío antes y después del lavado con el recuperador celular CellSaver®-Elite®. Resultados: tras analizar 24 unidades se objetiva reducción en las concentraciones de potasio (94%), ácido láctico (61%), así como de glucosa (60%), fosfato, anión GAP y citrato, con escasos efectos en la hemoglobina y el hematocrito. Conclusiones: usar el recuperador de sangre como lavador de hematíes en presencia de hiperpotasemia durante la politransfusión abre una nueva vía terapéutica que disminuye el riesgo de inestabilidad cardiovascular y parada cardiorrespiratoria.

CO-03. Manejo de la vía aérea en paciente neonato con atresia de esófago tipo III y fístula traqueoesofágica en carina. Caso clínico

Lucía Álvarez Baena¹; Juan García Coronel¹; Erika Sanjuán López¹; Ana Peleteiro Pensado¹; Marta García Navlet¹

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón

Introducción La localización y el tamaño de la fístula traqueoesofágica (FT) asociada a la atresia de esófago (AE) pueden comprometer gravemente la ventilación hasta su cierre quirúrgico. La evidencia científica sobre estrategias de manejo anestésico es limitada (1). **Caso clínico** Recién nacido prematuro de 24 horas de vida y 2.166 g, con diagnóstico de truncus arterioso tipo I y comunicación interventricular, asociado a AE tipo III. Se programa intervención quirúrgica toracoscópica para corrección de la AE. Tras inducción inhalatoria con sevoflurano y bajo ventilación espontánea, se introduce un fibrobroncoscopio de 2,8 mm a través de mascarilla laríngea AuraGain® n°1, identificándose FT a nivel carinal. Se procede a intubación orotraqueal con TET n°3 con balón, sin lograr ocluir la fístula, con fuga aérea significativa y distensión gástrica que imposibilita la ventilación. Se decide usar un bloqueador bronquial Univent® 5 Fr, colocado de forma extraluminal al TET, consiguiendo la oclusión de la FT y por tanto una ventilación eficaz. Tras la disección y clampaje de la fístula, se retira el bloqueador y la intervención continúa sin incidencias. **Conclusiones** La colocación del TET distal a la fístula y proximal a la carina suele ser la estrategia ideal para asegurar la ventilación hasta el clampaje quirúrgico. Sin embargo, en casos de FT carinal, esta técnica no es viable, por lo que es esencial conocer y disponer de dispositivos alternativos que permitan un aislamiento seguro y efectivo de la vía aérea. **Bibliografía:** 1. Van den Berg J et al. Eur J Anaesthesiol 2023;40:936–45

CO-04. Manejo Multidisciplinar del Linfangioma Cervical Fetal: Estrategias de Intervención pre y postnatal

Jose Anido¹; Clara García²; Jose Arnao²; Iliana Funcia³; Maria del Pilar Tauler¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; ²Hospital Materno infantil de Badajoz; ³Hospital universitario de Torrevieja

El linfangioma cervical es una malformación congénita rara que representa el 75% de los linfangiomas, con una incidencia de entre 1 en 4,000 - 10,000 nacimientos. Su diagnóstico y manejo temprano son fundamentales, especialmente cuando afecta las vías respiratorias fetales, lo que puede causar complicaciones graves al nacimiento. La intervención pre y postnatal adecuada es crucial para minimizar estos riesgos. Una gestante de 36 años, con dos partos previos, fue diagnosticada a las 20 semanas con una lesión quística laterocervical izquierda en el feto, de aproximadamente 34 x 32mm. A las 30 semanas, la resonancia magnética fetal confirmó la masa y su extensión hacia los espacios parotídeo, masticatorio, submaxilar y retromandibular, lo que planteaba un riesgo de obstrucción de las vías respiratorias. Se formó un equipo multidisciplinario con anestesistas, neonatólogos, ginecólogos y otorrinolaringólogos. Se decidió realizar una cesárea programada a las 38 semanas, pero antes se practicó una punción intrauterina ecoguiada para evacuar 100 mL de líquido seroso, reduciendo el tamaño de la masa. El recién nacido, sin necesidad de intubación orotraqueal, fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Cuatro días después, la resonancia mostró un aumento de la lesión a 68 x 55 x 32mm, lo que llevó a nuevas punciones y administración de fármaco esclerosante, logrando la resolución completa de la masa en los meses siguientes. El manejo multidisciplinario es esencial. La punción ecoguiada y la escleroterapia son estrategias efectivas para reducir la masa y aliviar la compresión de las vías respiratorias, mejorando los resultados neonatales.

CO-05. Uso de sangre de cordón umbilical autóloga en cirugía cardíaca neonatal: visión europea de una estrategia emergente

Sonia Garcés Sánchez¹; Álvaro José Solaz García¹; Laura Torrejón Rodríguez¹; Marta Aguar Carrascosa¹; M^a Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: La cirugía cardíaca neonatal con circulación extracorpórea (CEC) requiere frecuentemente transfusiones, asociadas a riesgos inmunológicos, infecciosos e inflamatorios. La transfusión de sangre de cordón umbilical autóloga (SCU) se plantea como una estrategia prometedora para reducir la exposición a hemoderivados alogénicos, gracias a sus ventajas biológicas: compatibilidad total, alto contenido en hemoglobina fetal y perfil inmunológico favorable. Sin embargo, su implementación en Europa sigue siendo limitada y poco documentada. Objetivo: Evaluar las prácticas clínicas actuales, barreras percibidas y perspectivas profesionales sobre el uso de SCU en cirugía cardíaca neonatal en Europa. Métodos:

Se diseñó una encuesta transversal descriptiva dirigida a profesionales implicados en cirugía cardíaca neonatal. El cuestionario, desarrollado por un equipo multidisciplinar, se difundió a través de sociedades científicas europeas y redes sociales profesionales. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva. Resultados: Se analizaron 42 respuestas. Solo el 10% de los participantes refirió uso institucional de SCU, principalmente en el postoperatorio de pacientes seleccionados. Entre los beneficios percibidos destacaron la reducción del uso de hemoderivados y la menor exposición alógena. Las principales barreras señaladas fueron la falta de formación (78%), dificultades logísticas (18%) y escasa evidencia científica (15%). Pese a ello, el interés global fue elevado (media 4,6/5), con amplia disposición a colaborar en iniciativas futuras. Conclusiones: El uso de SCU en cirugía cardíaca neonatal es escaso y dependiente del centro. Las barreras identificadas subrayan la necesidad de formación específica, protocolos estandarizados y evidencia clínica adicional para facilitar su integración segura en la práctica asistencial.

CO-06. Cesárea EXIT para el manejo de la vía aérea en la secuencia de Pierre Robin

Eulàlia Solé Fernàndez ¹; Carla Solé Bertran ¹; Maria Eva Sola Ruiz ¹; Carme Pàmies Auvi¹; Alejandra Prieto Gundin ¹

¹Hospital Sant Joan de Déu – Barcelona

Introducción: El manejo neonatal de la vía aérea difícil (VAD) implica riesgo de hipoxia perinatal, especialmente en malformaciones craneofaciales. El procedimiento EXIT permite asegurar la vía aérea fetal antes del pinzamiento del cordón. Es útil en la secuencia de Pierre Robin (SPR), cuando el diagnóstico prenatal muestra signos indirectos de obstrucción, como polihidramnios. **Método:** Mujer de 43 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos: colitis ulcerosa en tratamiento, osteosíntesis de tibia y abdominoplastia. Dos partos eutócicos previos. Durante el seguimiento prenatal, se constata retrognatia y glosoptosis, y sospecha de fisura labiopalatina. Además, presenta polihidramnios severo con clínica materna. Se realiza amniodrenaje y se programa cesárea electiva EXIT a las 36.4 SG para garantizar la vía aérea neonatal. **Resultados:** La gestante recibió morfina intratecal previa inducción de secuencia rápida (IOT con Glidescope). Para disminuir el riesgo de atonía, se alternó anestesia general intravenosa con halogenados (CAM 1-1.5), sin precisar nitroglicerina. El manejo hemodinámico fue estricto, usándose noradrenalina 0.05-0.1 mcg/kg/min, fluidoterapia y carbetocina. El feto recibió fentanilo, rocuronio y atropina intramuscular. Intubación conseguida tras 4 intentos y 22 minutos con soporte placentario. Inicialmente intento con videofibroscopio asistido por Glidescope, pero por mala visibilidad y falta de dirección, se consigue con Glidescope y TET con guía maleable. La paciente fue alta a las 48 horas. Se realiza una traqueostomía reglada al neonato a los 3 días y actualmente está en seguimiento. **Conclusiones:** El procedimiento EXIT va ganando peso en malformaciones como la SPR. Se requiere una planificación multidisciplinaria en centros especializados.

POSTERS PRESENCIALES

**XV Congreso Nacional de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor Pediátrico**

P-01. Estudio descriptivo de la microbiología y resistencias antibióticas en peritonitis de origen apendicular en la UCI pediátrica en hospital de tercer nivel

Fernando José Menéndez Valdés¹; Enrique Sansegundo Fernández¹; Lara Jimenez¹; Hugo Ahern¹; Juan José Osma Fernández¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción La peritonitis secundaria a apendicitis es una causa frecuente de ingreso en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El objetivo de este estudio fue describir las características microbiológicas y los perfiles de resistencia antibiótica de los pacientes con peritonitis apendicular ingresados en la UCIP anestésica. **Métodos** Estudio descriptivo retrospectivo de 53 pacientes pediátricos con peritonitis de origen apendicular ingresados en la UCIP en un período de 7 meses en un hospital de tercer nivel. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Todos los pacientes recibieron terapia empírica con ampicilina, gentamicina y metronidazol. Se analizaron cultivos intraoperatorios, resistencias antibióticas, hallazgos histológicos, parámetros analíticos y duración de la estancia hospitalaria. **Resultados** El 81,1% de los cultivos fueron positivos, siendo el 54.7% polimicrobianos. Los patógenos más frecuentes de los cultivos extraídos fueron E. coli (50,94%), B. fragilis (30,1%) y P. aeruginosa (26.4%). El 60,5% de los cultivos positivos presentaron alguna resistencia, principalmente a ampicilina/amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y clindamicina. E. coli presentó la mayor tasa de resistencias (48,1%). El 13,2% de los pacientes desarrollaron colecciones intraabdominales postoperatorias. La estancia media en UCIP fue de 3,36 días, y la hospitalaria total de 8,7 días. **Conclusiones** La elevada tasa de cultivos polimicrobianos y resistencias antibióticas en la peritonitis apendicular en estos pacientes podría plantear la necesidad de revisar la cobertura antimicrobiana empírica. La relación entre resistencias, complicaciones y mayor estancia hospitalaria sugiere un impacto clínico relevante. Se necesitan más estudios que permitan optimizar el manejo antibiótico y definir predictores de gravedad validados en estos pacientes.

P-02. Implantación de un nuevo protocolo para el manejo perioperatorio de la escoliosis: comparativa de casos

Diego Domínguez Flores¹; Laura Fernández Benítez ¹; Cristina Del Río Peña¹; Maria Teresa Menéndez Crespo¹; Lucía Aragonés Quintanero¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN La cirugía correctora de escoliosis idiopática representa un desafío anestésico debido a las importantes alteraciones hemodinámicas y al complejo manejo del dolor postoperatorio. En nuestro centro, desarrollamos un protocolo perioperatorio centrado en tres pilares: Patient Blood Management (PBM), fluidoterapia guiada por objetivos y analgesia multimodal, incorporando neuromoduladores pre y postoperatorios, metadona, ketamina y dexmedetomidina intraoperatorias. El protocolo fue diseñado tras una revisión sistemática de la literatura y en colaboración con el servicio de traumatología.

MÉTODO Se realizó un análisis comparativo de seis pacientes: tres intervenidos antes y tres después de la implementación del protocolo. Se aplicaron pruebas estadísticas según el tipo de variable (Fisher, t de Student, U de Mann-Whitney), y modelos de medidas repetidas para analizar la evolución del dolor mediante escala visual analógica (EVA). El análisis se llevó a cabo con el software Stata v16, considerando significativas $p < 0,05$. **RESULTADOS** Las variables evaluadas incluyeron EVA, consumo de cloruro mórfico a las 24 y 48 horas, tiempo hasta movilización y sedestación, náuseas/vómitos y duración del ingreso. Se observó una tendencia a la mejora en todas ellas tras la implementación del protocolo. La única diferencia estadísticamente significativa fue la reducción del EVA al tercer día postoperatorio ($p = 0,044$). **CONCLUSIONES** Concluimos que, aunque los resultados preliminares son prometedores, el tamaño muestral limitado impide extraer conclusiones definitivas. Es necesario ampliar la muestra para evaluar con mayor potencia la eficacia del protocolo.

P-03. Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para Reconstrucción Intestinal en Cierre de Ostomías en Cirugía Pediátrica: Estudio de Cohortes Histórico

Lucía Álvarez Baena¹; María Fanjul Gómez¹; María Saénz Molina¹; Erika Sanjuán López¹; Marta García Navlet¹

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón

Introducción Las estrategias del protocolo ERAS en cirugía pediátrica que han mostrado evidencia significativa son: limitación del ayuno, cirugía mínimamente invasiva, analgesia multimodal con reducción de opioides, fluidoterapia guiada, uso reducido de sondas y drenajes, así como el inicio precoz de alimentación y movilización (1). Este estudio tuvo como objetivo comparar los resultados entre el manejo tradicional y el protocolo ERAS en cirugía de reconstrucción del tránsito pediátrica. **Métodos** Se realizó un estudio de cohortes histórico, incluyendo pacientes pediátricos sometidos a reconstrucción del tránsito intestinal entre 2018 y 2025: cohorte A: manejo tradicional entre 2018 y 2023, y cohorte B: tratamiento bajo protocolo ERAS entre 2023 y 2025. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, indicación quirúrgica, técnica anestésica, inicio del tránsito intestinal, complicaciones postoperatorias, días de analgesia epidural y duración del ingreso hospitalario. Las diferencias entre cohortes fueron evaluadas mediante el test Chi-cuadrado. **Resultados** Se analizaron 43 pacientes: 23 cohorte A y 20 cohorte B. No se evidenciaron diferencias en complicaciones postoperatorias ni en días de analgesia epidural. Sin embargo, existieron diferencias significativas a favor de cohorte B en el inicio del tránsito intestinal (24 vs 72 horas; $p=0,002$) y en la duración del ingreso hospitalario (4 vs 5 días; $p=0,04$). **Conclusiones** En nuestra experiencia, el protocolo ERAS en cirugía de reconstrucción del tránsito mejora los resultados en términos de menor tasa de íleo paralítico y estancia hospitalaria. **Bibliografía:** 1. Pilkington M, et al. BMJ Paediatrics Open; 8(1):e002824.

P-04. Manejo de atelectasia refractaria mediante dispositivo CPAP endobronquial selectiva (CPAPselect-ANRI): ir a donde está el problema

David Nicolás Prósper Cuesta¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Luis Elias Castro Parga¹; Alfonso Murillo Julia¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción Las atelectasias son una complicación frecuente en el paciente quirúrgico, condicionando un aumento de morbilidad y dificultando el destete de la ventilación mecánica. Son factores de riesgo edad ≤ 12 meses, cardiopatías congénitas, escoliosis y parálisis cerebral. El abordaje de atelectasias incluye maniobras de reclutamiento pulmonar (MRP), fibrobroncoscopia aspirativa (FBA) y mucolíticos. Sin embargo, un porcentaje persiste como atelectasias refractarias provocando importante morbilidad postoperatoria por la dificultad inherente a su manejo. **Método** En pacientes con atelectasia refractaria mediante un dispositivo original del Servicio de Anestesiología-Reanimación Infantil (CPAPselect-ANRI) aplicamos presión positiva continua implantando una sonda endobronquial selectivamente en el lóbulo atelectasiado guiado por fibrobroncoscopio y conectado a un circuito respiratorio tipo Mapleson D con humidificación activa y FiO₂ regulada. El dispositivo permite aplicar CPAP consiguiendo un reclutamiento selectivo, administrar mucolíticos y aspirar secreciones de manera repetida sin necesidad de nuevas FBA evitando la reobstrucción bronquial y actuando como stent endobronquial transitorio. **Resultados** Presentamos 20 pacientes (edad media: 3,2 años, rango: 10 días de vida hasta 15 años) con atelectasia refractaria a MRP y FBA tras diversas intervenciones (cirugía cardíaca, escoliosis...). Empleando CPAPselect durante un promedio de 51,94 horas (desviación estándar 31,90 horas) fueron resueltos 18 casos (tasa éxito 90%) precisando cirugía únicamente en 2 ocasiones. No se observaron efectos adversos. Esta intervención permitió restaurar la función respiratoria basal disminuyendo tiempos de ventilación mecánica (con las complicaciones asociadas). **Conclusión** CPAPselect-ANRI es una alternativa eficaz e innovadora frente a atelectasias refractarias del postoperatorio, consiguiendo disminuir morbilidad, fracasos de extubación y estancia en críticos.

P-05. Manejo anestésico de los teratomas sacrococcígeos congénitos: serie retrospectiva de un hospital de referencia

Miriam Martínez Gómez¹; Daniel Vera López¹; María Consuelo García Cebrián¹; Alfredo Marco Macián¹

¹Hospital Universitario y Politécnico la Fe

Introducción Los teratomas sacrococcígeos (TSC) constituyen el tumor sólido congénito más común, aunque son infrecuentes. A pesar de que su histología suele ser benigna, su tamaño y vascularización facilitan la hemorragia intraoperatoria, convirtiendo su abordaje

en un reto. Presentamos la revisión de los resultados anestésico-quirúrgicos de 13 TSC intervenidos en un hospital terciario (2012–2025). Método Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas, hojas anestésicas, informes quirúrgicos, estudios de imagen y seguimiento. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico prenatal, clasificación de Altman, edad gestacional y a la cirugía, embolización, técnica anestésica, duración quirúrgica, transfusión, complicaciones, histología y supervivencia. Resultados Se revisaron 13 casos (10 mujeres, 3 varones). El diagnóstico fue prenatal en 8 pacientes, posnatal en 4 y uno incidental (3 meses). Se realizó embolización preoperatoria en 5 casos, con vasoespasma transitorio en dos. Edad media a la cirugía: 13,8 días. Se empleó anestesia balanceada en 12 pacientes y TIVA en uno. 9 pacientes requirieron hemoderivados intraoperatorios. Histológicamente solo uno fue maligno, y otro hamartoma. La complicación más frecuente fue la dehiscencia de sutura y solo hubo una recidiva. Fallecieron dos prematuros (34+2 y 26+2) por shock hipovolémico. Siete pacientes están de alta sin secuelas. Conclusiones Los TSC conllevan una elevada morbimortalidad neonatal y requieren un abordaje multidisciplinar. Son esenciales los protocolos de hemorragia masiva y considerar la embolización cuando sea posible. En base a nuestros datos, el pronóstico fue favorable en el 53,8 % de los casos, lo que puede ser útil en el consejo prenatal a las familias.

P-06. Resultados de la puesta en marcha de una guardia de anestesiología pediátrica en un hospital no monográfico

Sílvia López Galera¹; Alberto Izquierdo Guerrero¹; Bárbara Méndez Prieto¹; Ana Milena Vargas Muñoz¹; Javier Martínez Cabañero¹

¹Consorci Corporació Universitària Parc Taulí

Introducción: Hasta Mayo del 2013, las urgencias de cirugía pediátrica eran atendidas en la Corporació Sanitària Parc Taulí, por la guardia de presencia de anestesiología. A partir de esa fecha se instauró una guardia localizable de anestesiología pediátrica, que se activaba con unos criterios predefinidos. Objetivos: Evaluar los principales resultados de la implementación de la guardia localizable de anestesiología pediátrica. Métodos: Estudio retrospectivo de las activaciones de la guardia de anestesiología pediátrica desde marzo 2013 hasta marzo 2024. La guardia se activó de acuerdo con los siguientes criterios: 1) Edad < 3 años 2) Neurocirugía 3) Extracción cuerpos extraños endobronquiales 4) Explante órganos 5) Código ictus El tiempo de respuesta de la guardia localizable se definió en todos los casos < a 30 min. Se ha analizado el número de activaciones /año, los grupos de edad de los pacientes tratados, así como las patologías más prevalentes. Resultados: Se han atendido un total de 622 urgencias quirúrgicas pediátricas que cumplieron los requisitos de activación. Los años con mayor número de activaciones fueron los de la pandemia de COVID. Por grupos de edad: 1) < 1 mes: 103 p. 2) 1 mes – 1 año 221 p 3) 1 año -2 años: 137 p 4) 2 años -3 años: 105 p. 5) > 3 años: 74 p. Las intervenciones más prevalentes fueron gastrointestinales, procedimientos: FBS , FGS y procedimientos neuroquirúrgicos. Conclusiones: La implementación de esta organización nos ha permitido tratar a nuestros pacientes de forma segura y con un equipo supraespecializado.

P-07. Apnea del sueño en epilepsia refractaria: impacto terapéutico de la cirugía en el control de la epilepsia

Giorgia Catanzaro¹; Miguel Ángel Olmos Alonso¹; Ricardo Montes Gámiz¹; Karina Sifontes Romero¹

¹Hospital Niño Jesús

Introducción / Objetivo El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es una comorbilidad frecuente y potencialmente tratable en pacientes pediátricos con epilepsia refractaria. Este estudio piloto tiene como objetivo principal evaluar el impacto del tratamiento quirúrgico del SAHS en la reducción de crisis epilépticas. Entre los objetivos secundarios se incluyen: estimar la prevalencia de SAHS grave, analizar complicaciones anestésicas perioperatorias y valorar su influencia en la calidad de vida. **Métodos** Se llevó a cabo un estudio prospectivo en pacientes de 2 a 18 años con epilepsia refractaria atendidos en un hospital terciario. Tras un cribado inicial mediante cuestionarios validados y confirmación diagnóstica por polisomnografía, los casos positivos fueron evaluados multidisciplinariamente y tratados según indicación. Se recogieron datos clínicos pre, intra y postoperatorios, con seguimiento a tres meses tras la intervención. **Resultados** Se reclutaron 61 pacientes, de los cuales el 65% presentaban SAHS y el 78,7% encefalopatías epilépticas. La presencia de SAHS se asoció a mayor frecuencia de crisis. Se realizó tratamiento quirúrgico en 17 pacientes, observándose una reducción $\geq 50\%$ en el número de crisis en el 47% de ellos. El 44,4% se intervino de adenoamigdalectomía. La complicación más frecuente fue el sangrado (27,8%), controlado en la mayoría con tranexámico. La complicación más grave fue la insuficiencia respiratoria (16,7%), asociada a edema y sangrado de vía aérea. **Conclusiones** El tratamiento quirúrgico del SAHS puede mejorar el control de crisis y la calidad de vida. Un subgrupo minoritario concentra la mayoría de las complicaciones, asociadas principalmente al riesgo de sangrado e hipoxia.

P-08. Miopatía nemalínica y anestesia: revisión retrospectiva y consideraciones perioperatorias

Maria de los Angeles Escobar Reyes¹; Maria Carme Roqueta Alcaraz¹; Carla Solé Bertran¹; Roberto León Vela¹; Carme Pamies¹

¹Hospital Sant Joan de Deu

Introducción La miopatía nemalínica (NM) es una miopatía congénita poco frecuente (1/50.000 nacidos vivos), caracterizada por la presencia de “cuerpos nemalínicos” en la biopsia muscular. Su clínica incluye hipotonía, debilidad, alteraciones craneofaciales y musculoesqueléticas que condicionan el manejo anestésico, destacando vía aérea difícil, dificultad de canalización de vías periféricas y alteraciones respiratorias. **Método** Revisión retrospectiva de los procedimientos quirúrgicos realizados en 9 pacientes con NM en nuestro hospital entre 2011 y 2025. Se analizaron tipo de intervención, técnica anestésica, manejo de la vía aérea y complicaciones. **Resultados** Se realizaron 30 procedimientos en pacientes de entre 1 año y 18 años. Las cirugías más frecuentes fueron gastrostomías,

traqueostomías y cirugías ortognáticas. En dos casos se realizó intubación orotraqueal (IOT) con videolaringoscopia por previsión de vía aérea difícil (HAN III). Cuatro pacientes fueron valorados como vía aérea difícil anticipada (VAD). En la mayoría de los casos se utilizó inducción intravenosa y mantenimiento con TIVA, en un caso puntual se realizó inducción inhalatoria. Se documentó un episodio de despertar intaroperatorio en un adolescente y dificultad de canalización de vías periféricas en un lactante. No se registraron episodios de hipertermia maligna ni complicaciones respiratorias graves perioperatorias. Conclusiones La NM plantea retos anestésicos por alteraciones anatómicas y funcionales que requieren planificación individualizada: anticipación de vía aérea difícil, acceso vascular complejo y vigilancia estricta de la función respiratoria. La elección de TIVA y el uso de la videolaringoscopia han demostrado ser estrategias seguras en nuestra experiencia. Por tanto, es fundamental el abordaje multidisciplinar para reducir riesgos perioperatorios.

P-09. Malformación renal congénita en gemelos prematuros nacidos tras embarazo no controlado

Nerea Tamés García¹; Elena Méndez Martínez¹; Enrique Acha Isasi¹; Óscar Iglesias Fernández¹; Beatriz Crego del Val¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN La pieloplastia es una cirugía frecuente en el ámbito pediátrico, pero no es usual tener que enfrentarnos a ella en pacientes prematuros. **CASO CLÍNICO** Gestación gemelar no controlada (consumo de alcohol y cocaína) con nacimiento en la semana 32. Como únicos hallazgos, se objetiva hidronefrosis unilateral con estenosis pieloureteral en ambos gemelos. Se programan ambas cirugías para la semana 36 de edad postconcepcional. Dada la prematuridad, se premédica con Salbutamol nebulizado. Monitorización estándar + capnografía transcutánea + oximetría cerebral y renal (riñón contralateral). Inducción intravenosa e intubación sin incidencias. Buena tolerancia a ventilación mecánica. La cirugía se realiza en decúbito lateral tras una minuciosa colocación. El intraoperatorio transcurre sin incidencias, manteniendo una adecuada oximetría sin variabilidad respecto a basal y se traslada a UCINeo para vigilancia. Evolución a largo plazo favorable en ambos. **DISCUSIÓN** Nos encontramos ante dos pacientes de riesgo dada su prematuridad. Una exhaustiva monitorización en la edad neonatal es imprescindible, ya que estamos ante un perfil de paciente muy sensible a los cambios hemodinámicos. La colocación y la falta de acceso a un paciente de pequeño tamaño se convierten en un reto para el anestesiólogo. **CONCLUSIÓN** Cabe recordar que, cuando nos encontramos ante un paciente prematuro, no existe cirugía pequeña. Debemos garantizar una adecuada monitorización que nos permita optimizar el manejo perioperatorio.

P-10. Simulación Multidisciplinar “In Situ” como Herramienta de Verificación de Seguridad del Nuevo Hospital 12 de Octubre

Cristina Del Río Peña¹; Lara Jiménez García¹; Hugo Ahern Espinosa¹; Sonia Gil Domínguez¹; Dolores Mendez Marin¹

¹Hospital 12 de Octubre

Introducción/Objetivos: La puesta en marcha del nuevo edificio del Hospital 12 de Octubre, previa al inicio de actividad con pacientes, requería validar circuitos asistenciales y equipamiento. Se diseñó un programa de simulación multidisciplinar “in situ” cuyos objetivos fueron identificar brechas de seguridad, verificar la operatividad de los sistemas y promover la familiarización del equipo con el nuevo entorno quirúrgico. **Método:** Se diseñó un programa de simulación multidisciplinar con 104 profesionales de todas las áreas implicadas en el manejo perioperatorio del paciente pediátrico (Admisión, Quirófano, URPA, Hospital de Día, Reanimación, Banco de Sangre, Planta). Se ejecutaron siete escenarios que reprodujeron circuitos completos del paciente quirúrgico, incluyendo cirugía mayor ambulatoria e ingreso hospitalario. La simulación combinó maniqués de baja fidelidad para recrear eventos críticos perioperatorios y un actor pediátrico para evaluar monitorización y comunicación en equipo. Cada caso integró briefing, simulación in situ y debriefing estructurado con checklist de verificación. **Resultados:** Se identificaron 60 incidencias, de las cuales 28 fueron clasificadas como críticas por su potencial riesgo vital, incluyendo ausencia de equipos de vía aérea y reanimación, fallos de monitores y respiradores, carencia de acceso a recursos de emergencia y desconocimiento de circuitos. Estas brechas generaron un mapa detallado de riesgos y áreas prioritarias de mejora. **Conclusiones:** La simulación multidisciplinar “in situ” en un hospital recién construido demostró ser una herramienta estratégica de verificación sistemática y cohesión de equipos. Su implementación aportó información esencial para planificar intervenciones de mejora y reforzar la seguridad perioperatoria pediátrica en entornos quirúrgicos complejos.

P-11. Estudio del perfil férrico en el paciente con cardiopatía congénita

Pablo Enrique Gomez de Castro¹; Gema Pino Sanz¹; Juan Pablo Nocete Navarro¹; Maria Dolores Mendez Marin¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción La anemia ferropénica es una patología común que tiene impacto en la clase funcional, especialmente en grupos de riesgo como las cardiopatías congénitas. El objetivo de este estudio es conocer su incidencia, determinar los factores de riesgo de dicha anemia y su manejo. **Material y Métodos** Detección de perfil férrico en la consulta preanestésica junto con hemograma y coagulación habituales. Se recogieron datos de pacientes previo a cirugía cardiaca programada entre febrero 2022 y octubre 2023. El perfil férrico recogido muestra 5 valores: ferritina, hierro sérico, transferrina, saturación de

transferrina y TBIC. El diagnóstico de ferropenia se considera cuando al menos existen dos parámetros alterados. En caso que nuestro paciente se encuentre afectado de ferropenia se administra hierro sacarosa en la intervención programada. Resultados Se recogen 316 pacientes, 27.2% (86 pacientes) menores de 2 años y 72.7% (230 pacientes) mayores de 2 años. Debido a la falta de recomendación del hierro intravenoso en menores de 2 años, se desestiman dichos pacientes. Se encuentra un total de 17.8 % (41 pacientes) con ferropenia o perfil férrico no apto. Conclusiones A pesar del reducido tamaño de la muestra como para presentar significación estadística, el estudio evidencia que el hemograma con diagnóstico de anemia queda deficitario ya que sólo un 34.2% de los pacientes con ferropenia tienen anemia. Además, la tasa de éxito en la administración de hierro intravenoso tras un diagnóstico de ferropenia es del 41.1% y en ningún caso se detectó efecto secundario.

P-12. Humanización y sostenibilidad en el proceso quirúrgico pediátrico: intervención multimodal para la reducción de ansiedad preoperatoria

Monica Gutierrez Gonzalo¹; Natàlia Aragonès Panadès²; Judit Saludes Serra³; Elena Moran Lopez⁴

¹Enfermera Asistencial en práctica quirúrgica pediátrica en el Hospital universitario Joan XXIII de Tarragona; ²Médico Anestesióloga, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Jefe de la sección Quirúrgica del Hospital universitario Joan XXIII; ³Médico Anestesióloga, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Jefa de servicio de toda la sección Quirúrgica del Hospital universitario Joan XXIII; ⁴Psicóloga y Terapeuta de juego en la fundación Juegaterapia

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención humanizadora multimodal acompañamiento parental, musicoterapia y colorterapia sobre los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos, y analizar su impacto en indicadores de sostenibilidad hospitalaria. Metodología: estudio experimental, longitudinal, prospectivo, no aleatorio, cuantitativo realizado en el área de cirugía pediátrica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Participaron 60 pacientes pediátricos (2–14 años) programados para cirugía electiva. Se conformaron dos grupos: intervención (n=30) y control (n=30). Se realizaron dos encuestas ad hoc para el pre-operatorio y post-operatorio. La ansiedad preoperatoria se midió mediante la escala la escala observacional CEMS (Children's Emotion Management Scales) antes de entrar al quirófano. Para el análisis y obtención de resultados se lleva a cabo la evaluación cuantitativa de los formularios, mediante el software SPSS y la escala CEMS Material y métodos: La intervención consistió en: 1) acompañamiento parental continuo hasta el traslado al quirófano; 2) exposición a colorterapia en el quirófano; 3) musicoterapia dentro del quirófano. Se evaluaron, además: uso de ansiolíticos preoperatorios, duración de la estancia postoperatoria y satisfacción familiar mediante encuesta estructurada. Conclusiones: El grupo intervención presentó una reducción en los niveles de ansiedad preoperatoria y mayor satisfacción familiar. Se observó mayor eficiencia y sostenibilidad. La implementación de estrategias

humanizadoras en el entorno quirúrgico pediátrico no solo mejora la experiencia del paciente y su familia, sino que también contribuye a un modelo de atención más sostenible y centrado en el bienestar integral.

P-13. Aumentando la seguridad del paciente pediátrico: estudio descriptivo sobre incidentes críticos perioperatorios del último año

Livia Gisbert de la Cuadra¹; Elena García Fernández¹; Patricia Catalán Escudero¹; Pablo Troncoso Montero¹; Ernesto Martínez García¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción: La declaración de Helsinki sobre la seguridad del paciente establece la necesidad de registrar los incidentes críticos para poder adoptar medidas y mejorar la actividad asistencial. Desde 2021 en el Hospital Infantil Niño Jesús se recogen incidentes críticos perioperatorios, favoreciendo la cultura de seguridad del paciente. Métodos: Estudio descriptivo sobre incidentes críticos de pacientes pediátricos recogidos por anesestesiólogos de nuestro centro desde mayo de 2024 hasta abril de 2025. Resultados: Se recogieron 137 incidentes críticos en un año. La edad media de los pacientes fue $6,5 \pm 5,3$, siendo el 27,2% menores de 3 años, el 58,1% varones y el 41,9% mujeres. Las localizaciones más frecuentes fueron quirófano (72%), URPA (8,1%) y RNM (8%). Las especialidades más comunes fueron ORL (22,8%), cirugía pediátrica (18,4%), traumatología (14,7%) y radiología (11,7%). Los incidentes críticos respiratorios fueron los más frecuentes (72,2%), siendo el laringoespasmo el protagonista, seguido por los hemodinámicos (17,5%). En un 15,3% de los casos hubo combinación de varios incidentes críticos. Únicamente hubo tres casos de errores de medicación. La mayoría de incidentes no interfirieron en el transcurso perioperatorio, requiriendo un 11,9% suspensión del procedimiento y 10,4% ingreso no programado en UCIP/Reanimación. Ningún incidente crítico provocó daño permanente al paciente. Conclusiones: La comunicación y análisis no punitivo de los incidentes críticos nos ayuda a mejorar la seguridad del paciente, ya que desde su registro se han actualizado protocolos y ayudas cognitivas en el bloque quirúrgico.

P-14. Manejo perioperatorio en Síndrome de Marfan con insuficiencias valvulares y pectus excavatum severo

Beatriz Ybáñez García¹; Lara Jimenez García¹; María Dolores Méndez Marín¹; Patricia García Robledo¹; Sheila Cuervo Escribano¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: Describimos el caso de un paciente con síndrome de Marfan y pectus excavatum severo, sometido a valvuloplastia mitral y aórtica que presenta shock hemorrágico y parada cardiorrespiratoria en el postoperatorio inmediato. Se detalla la resucitación farmacológica, la importancia de posponer el cierre del tórax y la instauración precoz de ECMO como medidas clave en su recuperación. **Descripción del caso:** Niño de 8 años 23kg, con los antecedentes descritos es intervenido de valvuloplastia mitroaórtica. El pectus excavatum severo supone un reto intraoperatorio: Patrón restrictivo, afectación hemodinámica y desplazamiento cardíaco. Además, determinó la decisión de posponer el cierre esternal para mejor gestión de potenciales complicaciones. En el postoperatorio inmediato desarrolló inestabilidad hemodinámica progresiva y PCR secundaria a rotura de raíz aórtica. Se realiza reanimación avanzada incluyendo masaje cardíaco directo y reparación urgente en UCI en circulación extracorpórea. Se inicia soporte con ECMO VA central. Durante el ingreso se utilizan fármacos vasoactivos (adrenalina, noradrenalina, dopamina, levosimendán), antiarrítmicos (amiodarona, magnesio) y marcapasos. La asistencia permitió la recuperación metabólica y hemodinámica que posibilitó la cirugía definitiva de Bentall. Se retira ECMO al quinto día y se realiza cierre esternal y cirugía de Nuss al séptimo. El paciente evolucionó favorablemente en UCI hasta extubación al décimo día, con retirada progresiva del soporte. **Conclusiones:** Este caso ilustra como mantener el esternón abierto permitió la resucitación y recuperación en un contexto de máxima complejidad. Las decisiones quirúrgicas, el uso racional y agresivo de soporte farmacológico y circulatorio permitieron la recuperación favorable de este paciente.

P-15. Soporte ventilatorio mediante catéter endotraqueal para revertir la hipoxemia durante la ventilación unipulmonar. Alternativa al bloqueador endobronquial

Blanca García Arnaiz¹; Pascual Sanabria Carretero¹; María Huélamo Toro¹; Adriana Eldabe Díez¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN Las cirugías que requieren ventilación unipulmonar en pediatría suponen un reto por el tamaño de dispositivos disponibles, especialmente en menores de 20 kg de peso, al no existir tubos doble luz adecuados, siendo la alternativa aislamiento con bloqueador bronquial, presentando la dificultad de aplicar soporte ventilatorio en el pulmón aislado, por disponer de orificio ultrafino: 0,4 mm en 70 cm de longitud, añadido a

la dificultad para implantarlo en menores de 2 años. En nuestro centro hemos diseñado una alternativa original, que permite superar las limitaciones del bloqueador bronquial. Realizamos intubación selectiva endobronquial, guiada con endoscopia, mediante tubo neumotaponado, apropiado al bronquio, siendo necesario alargamiento en las izquierdas. En posición traqueal colocamos un catéter vascular (4-5-6-7Fr), orificio de 1,5 mm en 30 cm, permitiendo soporte ventilatorio con menor resistencia al flujo. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS Recogimos 17 casos donde realizamos ventilación unipulmonar. Las edades desde 3 días de vida hasta los 11 años. Las patologías más frecuentes fueron el secuestro pulmonar y malformaciones pulmonares congénitas. En 12 pacientes se realizó intubación selectiva izquierda y en 5 intubación derecha. En 7 pacientes se aplicó soporte ventilatorio debido a hipoxemia, pudiendo mejorar la oxigenación y continuar la cirugía. Otras estrategias utilizadas para manejar o prevenir la hipoxemia incluyeron la administración de noradrenalina para mejorar la perfusión pulmonar, la hipotermia inducida para reducir el consumo de oxígeno y la administración de broncodilatadores para prevenir la hiperreactividad bronquial.

P-16. Anestesia para traqueostomía reglada en lactante con síndrome de DiGeorge, estridor laríngeo y antecedentes de crisis cianóticas previas

Ana Juan Matamoros¹; Sara Garate Azpetia¹; Amada Culebradas Barreras¹; Carme Pàmies Auví²; Alejandra Mira Puerto¹

¹Hospital Universitario Sant Joan de Reus; ²Hospital Universitario Sant Joan de Déu

El síndrome de delección 22q11.2 se asocia con anomalías cardíacas, inmunológicas y de la vía aérea que complican la anestesia. Presentamos el abordaje de una traqueostomía reglada en una lactante con estridor y antecedentes de crisis de cianosis en inducciones previas. Paciente de 5 meses (5,5 kg), con síndrome de DiGeorge, postcirugía por ductus arterioso persistente, doble arco aórtico y CIV transmembranosa. Ingresada en UCI con VNI (BIPAP FiO₂ 30%), presentó pérdida de vía venosa previa a quirófano, siendo de canalización muy difícil y con episodios de cianosis ante mínimos estímulos, habiendo presentado crisis cianóticas en inducciones previas. Monitorización inicial (SpO₂, ECG) y mantenimiento de ventilación no invasiva con mascarilla facial y Sevofluorano 5% (FiO₂ 50%) en presión controlada. Se realizó preoxigenación continua. Canalización venosa distal en el pie. Inducción endovenosa con propofol, fentanilo y relajación neuromuscular con rocuronio. Intubación orotraqueal (Cormack IIB con BURP) tubo 3.5 cm. Mantenimiento con Sevofluorano (CAM 1.2, FiO₂ 30%) y ventilación mecánica (PI 12, PEEP 6, Vt 30–50 ml). Traqueostomía con cánula Bivona 3.5 con neumotaponamiento. Intervención de 60 minutos sin complicaciones. Buena tolerancia, estabilidad hemodinámica y respiratoria. Adaptación adecuada a la cánula. La anestesia en pacientes con delección 22q11.2 requiere planificación precisa. La dificultad de acceso venoso, la cardiopatía congénita corregida, el estridor y las crisis cianóticas previas convierten estos procedimientos en un verdadero reto, donde el trabajo en equipo es esencial para un manejo seguro.

P-17. Implementación de bloqueos regionales ecoguiados en cirugía pediátrica ambulatoria: protocolo y primeras observaciones

Borja Revuelta García¹

¹*Centro medico Teknon*

La analgesia efectiva en cirugía pediátrica ambulatoria es esencial para mejorar el confort del paciente, reducir el uso de opioides y facilitar el alta precoz. El uso de bloqueos periféricos ecoguiados ha aumentado en los últimos años gracias a su perfil de seguridad y eficacia. Presentamos la implementación de un protocolo de bloqueos regionales guiados por ecografía en nuestro hospital centrado en procedimientos quirúrgicos pediátricos de corta estancia. Las técnicas más utilizadas incluyen el bloqueo ilioinguinal-iliohipogástrico, TAP, peneano y femoral, adaptados al tipo de cirugía (37erniorrafías, orquidopexias, circuncisiones y fracturas menores). Los bloqueos se realizaron bajo sedación o tras inducción anestésica general, con anestésico local a dosis ajustada por peso, utilizando ecografía de alta resolución para mejorar la precisión y minimizar complicaciones. En nuestra experiencia preliminar, observamos un adecuado control del dolor postoperatorio sin necesidad de opioides en la mayoría de los casos, menor incidencia de náuseas y vómitos, y una alta satisfacción por parte de los padres. No se registraron complicaciones relacionadas con la técnica. Esta experiencia refuerza el valor de la anestesia regional como parte de un enfoque multimodal seguro y eficaz en población pediátrica ambulatoria

P-18. Manejo postoperatorio de cirugía de resección pulmonar en rea pediátrica: ¿podemos mejorar?

Beatriz Cabeza Martín¹; Laia Pazó Sayos¹; Marta García Navlet¹; Raquel Arellano Pulido¹; Marian García-Casillas Sánchez¹

¹*H. Gregorio Marañón*

Introducción: los pacientes pediátricos sometidos a cirugía torácica, tienen riesgo elevado de complicaciones respiratorias en el postoperatorio (POP), con aumento de la morbi-mortalidad. A diferencia de los adultos, la evidencia sobre el cuidado de estos pacientes, es limitada. Objetivos: describir las características de los pacientes pediátricos sometidos a cirugía de resección pulmonar por malformación y evaluar las complicaciones. Material y Métodos: estudio retrospectivo en los últimos 3 años en hospital de tercer nivel. Se recogieron datos epidemiológicos, patología pulmonar, tipo de cirugía, anestesia intraoperatoria, soporte respiratorio, analgésico y complicaciones en REA. Resultados: 12 pacientes, edad mediana 14m (1m-9a), con diagnósticos: malformación adenomatoidea quística (8/12), secuestro pulmonar (1/12), atresia bronquial (2/12), hipoplasia pulmonar con malformación asociada (1/12). Se realizó lobectomía (8/12) y segmentectomía (4/12) por vía toracoscópica en 10/12 y 3/12 toracotomías. Se realizó anestesia general inhalatoria combinada con regional (epidural, paravertebral o erector de la espina) en todos. Se

empleó tubo endotraqueal con bloqueador bronquial para ventilación unipulmonar en 11/12. En REA, recibieron ventilación no invasiva (VNI) 5/12 y oxigenoterapia de alto flujo 1/12, con una mediana 1 día (0.5-8 días). Presentaron buen control del dolor 11/12. Hubo 3/12 neumotórax. Estancia mediana 2 días (1-9) en REA. Conclusiones: Hubo buen control del dolor con analgesia regional, fundamental para evitar atelectasias. La complicación más frecuente fue el neumotórax (25%). Recibieron soporte respiratorio la mitad de los pacientes. Sería recomendable desarrollar protocolos para el tratamiento POP de estos pacientes.

P-19. Manejo de la vía aérea en traqueoplastia por deslizamiento en paciente pediátrico con estenosis subglótica: a propósito de un caso clínico

Juan Fernández Hebrero¹; Adrian Hernández Moya¹; Marta Marchante Sanchez¹; Aitana Lluch Oltra¹; María Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitario y Politécnico de La Fe

Introducción: El manejo anestésico de la vía aérea en cirugías traqueales pediátricas representa un desafío considerable. Presentamos un caso en el que se utilizó ventilación por flujo controlado con Tritube y sistema EVONE durante una traqueoplastia por deslizamiento para el tratamiento de una estenosis subglótica severa. Método: Paciente de 14 años, sin antecedentes médicos relevantes ni alergias conocidas, con diagnóstico de estenosis traqueal cicatricial idiopática de 5 cm, localizada a 2 cm de las cuerdas vocales. Se realizó anestesia general balanceada con intubación orotraqueal (tubo n.º 6 con neumotaponamiento), evitando relajantes musculares para permitir la monitorización intraoperatoria de los nervios laríngeos recurrentes. Una vez disecada la tráquea mediante cervicotomía, y antes de comenzar la traqueoplastia, se cambió el tubo convencional por un Tritube (4,4 mm) y se inició ventilación por flujo con el sistema EVONE. Esta técnica permitió optimizar la exposición quirúrgica manteniendo una ventilación eficaz. Como medida preventiva, se canalizaron la vena yugular y femoral derechas con introductores de 5 Fr para acceso rápido a ECMO veno-venosa en caso de fallo ventilatorio. Resultados: La intervención transcurrió sin complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato. Conclusión: La ventilación por flujo controlado permite el manejo preciso de la ventilación en todas sus fases, incluyendo una espiración activa. Esta estrategia facilita el uso de tubos de menor calibre como el Tritube, optimizando las condiciones del campo quirúrgico sin comprometer la seguridad del paciente.

P-20. Analgesia locorregional al final de la vida

Patricia Catalán Escudero¹; Elena García Fernández²; Sandra Casares Acuña¹; Livia Gisbert de la Cuadra¹; Ernesto Martínez García¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción/Objetivo El dolor en el paciente pediátrico con cáncer terminal es frecuente y refractario a opioides. **Objetivo:** evaluar la eficacia del bloqueo periférico en dolor neuropático de miembro inferior de adolescente con neurofibromatosis tipo I y sarcoma sinovial terminal. - **Método** Revisión del manejo analgésico en una adolescente de 15 años, 60 kg con antecedentes de neurofibromatosis tipo I con neurofibromas múltiples y sarcoma sinovial intratorácico, extratorácico, metastásico y terminal con dolor neuropático recidivante en MII. Tras el fracaso de la analgesia con tapentadol, morfina, metadona, gabapentina, ketamina y dexmedetomidina en perfusión se realizaron bloqueos poplíteo y femoral izquierdos ecoguiados con levobupivacaína 75 mg, dexmedetomidina 60 microgramos y triamcinolona 60 mg. - **Resultados** La paciente refería EVA 7-8 y somnolencia, bradipnea y estreñimiento pre-bloqueo. Después, descendió a 1-2 hasta 4 semanas tras el bloqueo, permitiendo reducir un 60 % la dosis de opioides, cambiar metadona intravenosa a oral, retirar dexmedetomidina y ketamina con mejoría del sueño, alta hospitalaria y realizar actividades sociales (como ir a parque temático y campamento). Sin complicaciones locorregionales. - **Conclusiones** El bloqueo nervioso periférico fue la única intervención que permitió mejoría del dolor neuropático en este caso. Debemos plantear la anestesia locorregional de forma temprana ante un dolor neuropático localizado para optimizar analgesia y minimizar toxicidad sin necesidad de llegar a un dolor refractario e invalidante. Se necesitan más estudios que aporten evidencia para protocolizar el tratamiento del dolor en estos pacientes y un tratamiento multidisciplinar para ser más tempranos y efectivos.

P-21. Manejo anestésico intraoperatorio en un neonato con situs ambiguus y compromiso esplénico: a propósito de un caso

Concepción López Ponce¹; Pablo Enrique Gómez de Castro¹; Gema Pino Sanz¹; Patricia García Robledo¹; Mercedes Sánchez Velo¹

¹Hospital Universitario 12 de octubre

Introducción El situs ambiguus es una anomalía del posicionamiento visceral que puede presentarse con o sin cardiopatía estructural, y asociarse a complicaciones graves en el neonato. El manejo anestésico en estos casos requiere una estrategia individualizada, especialmente si coexisten hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN) y otras alteraciones funcionales. **Método** Se presenta el caso de un recién nacido a término (3 kg), con diagnóstico prenatal de situs ambiguus con doble bazo derecho y ductus arterioso persistente. Se realizó laparoscopia exploratoria urgente por sospecha de

isquemia esplénica por ecografía. El neonato presentaba HPPRN con inversión del shunt ductal, agravada por aspiración meconial. Durante la insuflación laparoscópica se produjeron episodios de desaturación y acidosis respiratoria. El manejo anestésico se centró en la optimización hemodinámica, el mantenimiento de normotermia y normoglucemia, ventilación controlada y monitorización neurológica con espectroscopia cercana al infrarrojo (NIRS). Resultados La cirugía se desarrolló sin complicaciones. La monitorización con NIRS permitió mantener una perfusión y oxigenación cerebral adecuada. El paciente fue extubado a las cuatro horas del procedimiento, con evolución clínica estable. Conclusiones Este caso destaca la complejidad del manejo anestésico en neonatos con malformaciones viscerales y circulación transicional inestable. La planificación perioperatoria, el control hemodinámico y el uso de NIRS resultaron claves para prevenir complicaciones y garantizar una evolución favorable.

P-22. Individualización del tratamiento del SAHS grave infantil mediante DISE PAP: experiencia y consideraciones anestésicas

Giorgia Catanzaro¹; Miguel Ángel Olmos Alonso²; Daniel Ortiz¹; Ricardo Montes Gámiz¹; Karina Sifontes Romero³

¹Hospital General de Segovia; ²Hospital Universitario La Princesa; ³Hospital Niño Jesús

Introducción/Objetivo El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) grave en niños representa un reto diagnóstico y terapéutico. La endoscopia de sueño inducido con presión positiva (DISE-PAP) permite evaluar dinámicamente la vía aérea durante la terapia con CPAP, facilitando decisiones clínicas individualizadas en pacientes complejos. Sin embargo, esta prueba plantea desafíos relevantes para el anestesiólogo debido al acceso limitado a la vía aérea durante la sedación. Este estudio describe la experiencia inicial con DISE-PAP en un hospital terciario pediátrico. **Métodos** Se incluyeron cuatro pacientes pediátricos con SAHS grave refractario confirmado por polisomnografía. Todos fueron sometidos a DISE-PAP bajo sedación controlada, utilizando bolos de propofol (1–2 mg/kg) y mantenimiento con sevoflurano. Se monitorizó el índice bispectral (BIS), y el endoscopio flexible se introdujo a través del circuito de CPAP. **Resultados y conclusiones** La edad media fue de 12,5 años y la mayoría presentaba una clasificación ASA III. La técnica fue bien tolerada, aunque se registraron dos episodios de hipoxia transitoria (SpO₂ mínima 88%) asociados a obstrucción de la vía aérea, resueltos mediante maniobras de desobstrucción y presión positiva. La duración media de la prueba fue de 15 minutos. En dos casos la prueba permitió titular la presión de CPAP a la presión de apertura de la vía aérea; y en dos pacientes se indicó finalmente una segunda cirugía. La DISE-PAP resultó útil para personalizar el tratamiento del SAHS, aunque en presencia de obstrucciones complejas requiere una planificación anestésica cuidadosa debido a las limitaciones de acceso a la vía aérea.

P-23. Fístula aorto-esofágica sobre arteria subclavia izquierda aberrante y divertículo de Kommerell

Victoria Reig Calabuig¹; Manuel Romero Layos¹; Elena Sanz Sanjosé¹; Mercedes Sánchez Velo¹; Beatriz Martín Piñeiro¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción Las malformaciones del arco aórtico, como la subclavia izquierda aberrante con divertículo de Kommerell, pueden provocar complicaciones graves. En pediatría, su asociación con fístulas aorto-esofágicas es excepcional y potencialmente letal. Caso Niña de 19 meses, previamente sana, con sangrado digestivo masivo tras antecedente de ingestión de pila de botón. AngioTAC reveló arteria subclavia izquierda aberrante y divertículo de Kommerell que propició una fístula aorto-esofágica. Sufría parada cardiorrespiratoria que revierte tras reanimación avanzada y transfusión masiva. Se realizó cirugía urgente con control de daños (laparotomía + endoprótesis). Posteriormente, requiere nueva intervención para resección de arco aórtico aberrante bajo CEC, precisando soporte con adrenalina y milrinona. El postoperatorio se complicó con distress respiratorio por compresión traqueobronquial con dificultad para el destete ventilatorio y mediastinitis por *Candida albicans*. **Discusión** La anatomía vascular anómala favoreció el daño tisular tras la ingestión de cuerpo extraño, al mantenerlo impactado en una zona de compresión esófago-vascular. La reanimación hemodinámica precoz en hemorragia masiva con protocolo de control de daños fue clave para la supervivencia. El posterior abordaje de un caso de tan alta complejidad requirió una planificación detallada quirúrgica y anestésica, un conocimiento exhaustivo del soporte hemodinámico avanzado, intervencionismo broncoscópico, control vascular preciso y manejo infeccioso. **Conclusiones** Las variantes anatómicas del arco aórtico deben reconocerse como factores de riesgo en ingestión de cuerpos extraños. El divertículo de Kommerell puede ser foco de erosión y hemorragia catastrófica. Este caso refleja el impacto positivo del trabajo en equipo, la anticipación y la adaptación clínica.

P-24. Estenosis subglótica en el paciente pediátrico. Evolución en los últimos diez años

Livia Gisbert de la Cuadra¹; Karina Sifontes Romero¹; Cristina Orós López¹; Sandra Casares Acuña¹; Ernesto Martínez García¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción: La estenosis subglótica (ES) en pediatría presenta un reto para el anestesiólogo, ya que se trata de un estrechamiento parcial o total a nivel del cartílago cricoides, cuyo grado se establece por la clasificación de Myer-Cotton. Existe una gran heterogeneidad entre las técnicas anestésicas empleadas para proporcionar oxigenación y ventilación en una vía aérea comprometida que está siendo intervenida. El propósito de este estudio es analizar los pacientes con ES tratados en nuestro centro. **Métodos:** Estudio

retrospectivo de pacientes con estenosis subglótica intervenidos entre 2015 y 2025 en el Hospital Infantil Niño Jesús. Resultados: Catorce pacientes fueron intervenidos de ES entre 2015 y 2025. La media de sus edades fue $4,1 \pm 4,8$. La causa más frecuente de la ES fue intubación orotraqueal prolongada, seguida de laringitis y ERGE. Más del 50% de los pacientes requirieron más de una intervención, con un máximo de 7 operaciones en un caso. La anestesia general con tubo nasotraqueal abocado a cuerdas en ventilación espontánea fue la técnica más empleada (50%), seguido por intubación con tubo orotraqueal (21,4%), mascarilla laríngea (14,2%), gafas nasales (7,1%) y mascarilla facial (7,1%). Las complicaciones respiratorias registradas fueron estridor con necesidad de adrenalina nebulizada, hipoxemia con necesidad de oxígeno de alto flujo y traqueostomía. Conclusiones: La estenosis subglótica supone un desafío multidisciplinar para el anestesiólogo pediátrico al compartir vía aérea en una cirugía dinámica. Existe una gran heterogeneidad entre las técnicas anestésicas empleadas y la ventilación Jet podría tener un papel relevante.

P-25. Implantación de desfibriladores extravasculares en pacientes pediátricos: Experiencia pionera anestésica en un hospital monográfico infantil

Estibaliz Azpeitia López¹; Dmitry Luschenkov Luschenkov¹; Gastón Echaniz Barbero¹; Lorena Gómez Diago¹; Marta López Vinyals¹

¹Hospital Sant Joan de Déu

Introducción/Objetivo: La implantación de desfibriladores extravasculares (EV-ICD) representa una alternativa innovadora frente a los dispositivos transvenosos y especialmente en la población pediátrica, implantándose en el año 2025 por primera vez. Presentamos nuestra experiencia en un hospital exclusivamente pediátrico en España, con la colocación de dos EV-ICD en adolescentes con alto riesgo de muerte súbita. **Métodos:**

Intervinimos dos pacientes, un niño de 16 años con miocardiopatía hipertrófica y fibrosis miocárdica y una niña de 15 años con síndrome de Brugada y antecedente de fibrilación ventricular. Ambos procedimientos se realizaron en la sala de hemodinámica, bajo anestesia general balanceada con intubación orotraqueal, monitorización de la tensión arterial invasiva y dos accesos venosos periféricos de grueso calibre, por el elevado riesgo de sangrado agudo. El procedimiento se asocia a un dolor postoperatorio intenso, por lo que realizamos bloqueos interfasciales tipo PECS I-II, y bloqueo BRCA, asociado a medicación endovenosa (Dexketoprofeno y Paracetamol). **Resultados:** La evolución intraoperatoria ocurrió sin incidencias. Ambos pacientes fueron extubados y trasladados a la UCI para control durante 24 horas. El control del dolor fue excelente, con una escala EVA entre 0-2 en las primeras 24 horas. **Conclusiones:** La implantación de desfibriladores extravasculares en adolescentes con cardiopatías hereditarias complejas es segura bajo un enfoque anestésico combinado y multidisciplinar. Esta experiencia representa un hito en nuestro centro, siendo unos de los primeros casos realizados en un hospital exclusivamente pediátrico en España.

P-26. Aplicación del parche de capsaicina 8% para el tratamiento del dolor neuropático en población pediátrica. Serie de casos

Raquel Romero Vidal¹; Adrián Arnau García¹; Aleida Sánchez Losa¹; Francisco Pedro López Martín¹; Hermann Josef Ribera Leclerc¹

¹Hospital Universitari Son Espases

Introducción. El dolor neuropático, causado por daño en el sistema nervioso somatosensorial, produce sensaciones anormales como ardor u hormigueo. Su prevalencia en niños es desconocida y solo en el 10–30 % de los casos se halla una causa somática. El tratamiento es multimodal; uno de ellos es el parche de capsaicina 8 %, aprobado únicamente en población mayor de 18 años. En nuestro centro se ha utilizado este tratamiento fuera de ficha técnica en pacientes pediátricos, y se presentan aquí los resultados obtenidos. **Material y métodos.** Recogemos una serie de 7 casos de pacientes entre 11 y 15 años en tratamiento con parche de capsaicina para dolor neuropático. **Resultados.** Obtuvimos resultados variables: dos pacientes mostraron buena respuesta (EVA -5 puntos), otro mostró respuesta parcial (EVA -3-5 puntos), tres obtuvieron mala respuesta y una abandonó el seguimiento. En todos los casos se combinó el tratamiento con otra terapia como rehabilitación, técnicas regionales o tratamiento médico. Los resultados obtenidos son similares a los que se muestran en estudios con población adulta, y ningún paciente en nuestro centro presentó efectos adversos o complicaciones derivadas de la aplicación del tratamiento. **Conclusiones.** El parche de capsaicina puede ser una opción terapéutica útil en casos seleccionados de dolor neuropático pediátrico, sin haber presentado ningún caso efectos adversos relevantes tras la aplicación del mismo. La combinación con rehabilitación y un enfoque multidisciplinario puede ser clave para optimizar resultados, y es fundamental individualizar el tratamiento para minimizar los riesgos y mejorar la calidad de vida.

P-27. Teratoma sacrococcígeo diagnosticado intraútero

Cristina Lapuerta García¹; Carolica Alcalá Blanco¹; Natalia Sierra Biddle¹; Graciela García Villabona¹; Paula Hernández Vecino¹

¹HUMV

Introducción/Objetivo: La anestesia en pacientes neonatales supone un alto riesgo de complicaciones, especialmente hemodinámicos y de la vía aérea dada la fisioanatomía del neonato. **Métodos:** Paciente mujer de 5 días de vida, peso 2,8 kg que es intervenida de exéresis de fisio anatomía teratoma sacrococcígeo y reconstrucción en mismo tiempo. Se realiza anestesia general balanceada. Se induce al paciente con fentanilo 10mcg en bolo, propofol 5 mg en bolo y rocuronio 2mg en bolo. Tras adecuada ventilación con FiO2 0,21 se realiza intubación orotraqueal con tubo anillado nº3 resultando una videolaringoscopia con pala nº0 recta CORMACK 1. Se canaliza 2ª vía venosa periféricas 24G, PICC en ESI y arteria umbilical para monitorización hemodinámica y gasometrías seriadas,

monitorización básica, BIS, oxigenación tisular (cerebral y musculo dorsal ancho) y temperatura. Se administra concentrado de hematíes a 15 mL/h desde el inicio de la cirugía y fluidoterapia con cristaloide tipo Benelyte 9 mL/h. Resultados: La cirugía transcurrió sin incidencias excepto bache hipotensivo puntual que se resolvió con fluidoterapia y efedrina 0,6mg en bolo. Al finalizar la cirugía se revierte relajación muscular con suggamadex 10 mg en bolo y se procede a extubar a la paciente. Posteriormente se traslada a Unidad de Neonatología. En analítica al finalizar el acto anestésico la hemoglobina era de 17,9 g/dL, los iones se encontraban en rango y los parámetros respiratorios eran adecuados. Conclusiones: Un adecuado plan de actuación y monitorización no invasiva antes la cirugía es clave en pacientes neonatales.

P-28. Anestesia pediátrica sostenible: Proyecto KISS Anaesthesia

Inés Cuberta González¹; Irene Folch Navarro¹; Laura López García¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción: El impacto del sector sanitario en la emisión de gases efecto invernadero (GEI) y su repercusión sobre el cambio climático es una preocupación creciente, especialmente en anestesia, donde el uso de GEI como óxido nitroso y halogenados volátiles contribuyen a la huella de carbono. En respuesta, el Hospital Infantil La Paz ha desarrollado el proyecto KISS Anaesthesia (Keep It Sustainable but Safe), cuyo objetivo es adaptar la anestesia pediátrica a criterios de sostenibilidad sin limitaciones respecto al uso de halogenados volátiles. Método: El proyecto persigue tres objetivos: reducir el impacto ambiental de procedimientos anestésicos en pediatría, sensibilizar al personal sanitario y promover una práctica anestésica sostenible. Las estrategias aplicadas fueron: reducción de visitas preoperatorias presenciales con estrategias “No Hacer”, eliminación del óxido nitroso (N₂O-FREE), uso de flujos bajos de gas fresco, captura pasiva de gases anestésicos con filtros de carbón activo y fomento de investigación en anestesia sostenible. Resultados: Los resultados obtenidos evidencian reducción del 97% en emisiones de CO₂ equivalente (Tn EqCO₂) secundario a: disminución del 66% Tn EqCO₂ al implantar consulta telemática de anestesia, descenso de emisiones por eliminación total del N₂O (1396 Tn EqCO₂), descenso de emisiones de 58 Tn EqCO₂ por captura de halogenados volátiles, (eficiencia 86%). Además, el proyecto KISS Anaesthesia logró un ahorro económico de 287.000 euros respecto a años anteriores. Conclusiones: KISS Anaesthesia demuestra que es posible una anestesia pediátrica sostenible, segura, más económica y replicable en todos los bloques quirúrgicos. Consolida al anestesiólogo como agente clave en atención sanitaria ambientalmente responsable.

P-29. El NIRS como aliado en la anestesia pediátrica: monitorización cerebral eficaz fuera de su localización habitual

Marta Gimenez Garcia¹; Elena Méndez Martínez²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ²Hospital Universitario Central de Asturias

La oximetría cerebral mediante espectroscopia del infrarrojo cercano (NIRS) es una herramienta no invasiva ampliamente utilizada para monitorizar la oxigenación cerebral durante cirugías complejas, permitiendo detectar de forma precoz situaciones de hipoperfusión. Sin embargo, su colocación habitual en la región frontal puede verse limitada por el campo quirúrgico. Se presenta el caso de una niña de 8 meses con plagiocefalia intervenida de craneosinostosis. La intervención se llevó a cabo con monitorización básica (ECG, pulsioximetría, capnografía, PANI, diuresis...) junto con presión arterial invasiva y oximetría cerebral y renal mediante NIRS. Dado el impedimento del campo quirúrgico, el electrodo cerebral se colocó a nivel del pómulo observándose buena correlación con la oximetría renal. Durante la cirugía se detectó una caída brusca en los valores de NIRS, que, asociada a leve hipotensión, motivó un control gasométrico precoz que reveló anemia con hemoglobina 7.1gr/dl, siendo necesaria transfusión. Tras ella, se observó mejoría en los valores del NIRS con aumento de la hemoglobina, reflejando buena correlación entre los parámetros hemodinámicos y la oximetría, incluso con la colocación no convencional del sensor. Este caso sugiere que el uso del NIRS en ubicaciones alternativas como el pómulo puede ser útil para detectar hipoperfusión. En nuestro caso, la mejoría de los valores del NIRS tras la transfusión refuerza su utilidad como guía para la toma de decisiones intraoperatorias. A diferencia de lo que ocurre con otros monitores (BIS y entropía), la evidencia sobre ubicaciones alternativas es limitada, siendo interesante la realización de estudios adicionales para validar su fiabilidad.

P-30. Anestesia y mutación mitocondrial en pediatría: reporte de un caso con complicaciones neurológicas severas tras exposición a sevoflurano

Jaime Alberto Azanza Cordova¹; Enrique Teigell Guerrero-Strachan¹; Javier Urbano Villaescusa¹; Elena Castrodeza Azorin¹; María Fernandez Zafra²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital Universitario de Toledo

Introducción En los últimos años, distintas sociedades de anestesiología han alertado sobre complicaciones neurológicas graves en niños de ascendencia venezolana, relacionadas con una mutación mitocondrial que compromete la fosforilación oxidativa cerebral tras la exposición a anestésicos volátiles. Presentamos un caso que ilustra este fenómeno en un paciente con síndrome CHARGE sometido a cirugía cardíaca. **Descripción del caso** Varón de 5 meses (7,9 kg), con cardiopatía congénita compleja y síndrome CHARGE, programado para corrección quirúrgica. Durante la inducción anestésica

presentó parada cardiorrespiratoria revertida tras 2 minutos de RCP. La cirugía se completó sin incidencias mayores, pero se objetivó hiperlactacidemia intraoperatoria persistente y tendencia a hipoglucemia. En el postoperatorio inmediato desarrolló encefalopatía hipóxico-isquémica grave con lesiones gangliobasales y corticales bilaterales confirmadas por neuroimagen. Discusión, Aunque la parada cardíaca es un factor de riesgo reconocido de daño neurológico, la recuperación inmediata y las medidas intraoperatorias hacen difícil atribuir a este evento la magnitud de las secuelas observadas. La coincidencia epidemiológica con los casos reportados y la exposición a sevoflurano motivaron estudio genético, identificándose la variante mitocondrial m.11232T>C en nuestro paciente y su madre. Estudios in vitro demostraron fallo grave de la cadena respiratoria en fibroblastos cultivados portadores de la mutación tras exposición a sevoflurano, mecanismo suficiente para explicar la neurotoxicidad y apoptosis neuronal. Conclusiones Este caso aporta evidencia clínica y experimental de la asociación entre mutaciones mitocondriales y neurotoxicidad anestésica en pacientes pediátricos de ascendencia venezolana. Reforzamos la necesidad de vigilancia genética en estos pacientes y de extremar precauciones anestésicas, evitando agentes volátiles hasta esclarecer el perfil de seguridad.

P-31. Beneficios de nevera portátil para conservación de hemoderivados en quirófano infantil

Pascual Sanabria Carretero¹; Maria Moreno Ochoa¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción. El uso de hemoderivados en anestesia pediátrica es fundamental en cirugías complejas, fundamentalmente cuando involucran grandes vasos como lobectomías, ligadura ductus, fistulas sistémico-pulmonares, ECMOs, trasplantes, etc. El riesgo de hemorragia masiva induce a disponer de hematíes al lado de anestesiólogo (point of care), pues la demora de minutos puede ocasionar colapso hemodinámico con desenlace fatal. El inconveniente de la estrategia supone ruptura de cadena de frío de conservación de hematíes (2-6°C), aumentando el desecho de los mismos cuando no se han utilizado, situación muy habitual debido a que la hemorragia masiva es infrecuente. **Métodos.** Evaluar el impacto en unidades de hematíes desechadas tras la implementación de “neveras portátiles” especiales para transporte y almacenamiento al lado del anestesiólogo y comparativa con el histórico en el Hospital Infantil La Paz. **Resultados.** El Bloque Quirúrgico Infantil solicita un promedio de 850-950 unidades de hemoderivados/anuales. Previo a la implantación de las neveras portátiles se desechaban por pérdida “cadena de frío” entre 10-12% de las unidades solicitadas. Tras la implementación de neveras, el porcentaje de unidades desechadas ha descendido hasta el 1%. La medida ha supuesto mejorar el stock en el Banco Sangre con un ahorro de 50.000 euros, debido a que hemoderivados son un recurso sensible, escaso y coste 400 euros/unidad. **Conclusiones.** Las neveras portátiles son estrategias sencillas, preservan la conservación, facilitando la disponibilidad de los hemoderivados a “point of care”, evitan pérdidas por ruptura cadena de frío y generan importante ahorro económico.

P-32. Impacto del acompañamiento parental durante la inducción anestésica: Experiencia en Hospital Sant Joan de Dèu

Juan Jose Lázaro Alcay¹; Marta López Viñals¹; Gastón Echaniz Barbero¹; Carme Roqueta Alcaraz¹; Alicia Chamizo Bremer¹

¹Hospital Sant Joan de Dèu

Introducción/Objetivo: El acompañamiento familiar en quirófano durante la inducción anestésica pediátrica es una práctica consolidada de humanización asistencial. En el Hospital Sant Joan de Déu, esta iniciativa se impulsa desde hace más de 20 años con el objetivo de reducir la ansiedad infantil y mejorar la experiencia global de la familia durante el proceso quirúrgico. Este estudio busca evaluar el impacto emocional de esta medida en las familias, así como su percepción sobre la atención recibida. **Métodos:** Se diseñó una encuesta anónima y autoadministrada dirigida a padres y madres que acompañaron a sus hijos/as en quirófano durante la inducción anestésica. El cuestionario explora el nivel de información recibido, percepción del entorno, emociones del adulto, grado de satisfacción general y recoge comentarios cualitativos mediante preguntas abiertas. La recogida de datos se realiza entre junio y octubre de 2025. El análisis combina estadística descriptiva y análisis temático de contenido cualitativo. **Resultados:** El estudio se encuentra en fase de recogida de datos. No obstante, los resultados preliminares muestran una alta aceptación por parte de las familias, que valoran positivamente la posibilidad de acompañar al menor en un momento crítico. Las respuestas abiertas destacan un aumento en la sensación de seguridad emocional y confianza hacia el equipo asistencial. Se espera disponer de los datos definitivos en el momento del congreso. **Conclusiones:** La presencia parental en quirófano durante la inducción anestésica genera un impacto emocional positivo. Su consolidación como práctica habitual puede mejorar significativamente la experiencia asistencial pediátrica.

POSTERS VIRTUALES

**XV Congreso Nacional de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor Pediátrico**

PV-001. Somnoscopia para valoración de la vía aérea en pacientes pediátricos con apnea obstructiva del sueño. Protocolo de sedación y resultados

Adrián Moya Barrientos¹; Ignacio Jimenez Huerta¹; Nahir Chalup Torija¹; Lucia Aragonés Quintanero¹; Pablo Enrique Gómez de Castro¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

En la edad pediátrica la prevalencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) ronda aproximadamente el 5% de esta población. El gold standar para el diagnóstico es la polisomnografía del sueño, sin embargo, no proporciona información sobre la causa anatómica de la obstrucción. La primera línea de tratamiento en la edad pediátrica es la adenoamigdalectomía, pero existen tasas de hasta el 15% de SAOS residual. La somnoscopia o DISE (drug induced sleep endoscopy) es una técnica muy útil a la hora de valorar el origen de la obstrucción y/o causa de SAOS residual y poder planificar posibles actitudes quirúrgicas muy dirigidas. A nivel anestésico requiere realizar una sedación lo más parecida al estado REM del sueño fisiológico. La técnica anestésica más usada es perfusión continua de propofol o dexmedetomidina. En nuestro Centro Hospitalario desarrollamos y seguimos un protocolo de técnica anestésica desde 2019. Requiere de una evaluación preanestésica. Monitorización básica y BIS. La posición del paciente en decúbito-supino con cabeza en posición neutra, la inducción se realiza preferiblemente IV con dexmedetomidina y ketamina y se realiza el mantenimiento anestésico con dexmedetomidina, objetivo BIS 60-70. En caso de contraindicación se puede usar remifentanilo o propofol. Desde 2019 hemos registrado un total de 29 DISE de forma exitosa. Pacientes con edades comprendidas entre 1-19 años. Las características más frecuentes fue la presencia de alteraciones craneofaciales y cromosomopatías. Sólo hubo dificultades exploratorias en dos pacientes. 6 pacientes requirieron maniobras de rescate de la vía aérea (ventilación manual, maniobras de Subluxación/lift mandibular, cánula de guedel).

PV-002. ¿Puede un cambio de fabricante de TET aumentar la dificultad de intubación pediátrica?

Monica hervias sanz¹; David Fabian Gonzalez²; Ana Peleteiro Pensado¹; Marta García Navlet¹; Elena Rodriguez Hervías³

¹HGU Gregorio Marañón. Madrid; ²Hospital Universitario Son Espases. Palma Mallorca; ³Hospital Universitario San Jorge. Huesca

Introducción: El tamaño y tipo de plástico del neumotaponamiento de los TET debe de ir alineado con el tamaño de TET seleccionado acorde a la edad. Existen diferentes fabricantes que difieren en el tamaño y la calidad del neumotaponamiento del TET. - Objetivo: Demostrar cómo el cambio de fabricante de TET con neumotaponamiento inadecuado puede transformar vías aéreas de fácil intubación en difíciles con el potencial aumento de complicaciones. - Método: Tras la introducción de un nuevo fabricante de TET,

comienzan a reportarse de modo no oficial un aumento subjetivo de la dificultad en la intubación de pacientes pediátricos de un hospital en el Servicio de Anestesiología y de Cuidados Críticos Pediátricos. Se realiza un cuestionario para analizar la experiencia del personal médico desde su introducción. - Resultados: Respondieron 20 médicos con experiencia mayor de 5-10 años. El 80% reporta incidentes durante la intubación con el material; encontrando el 45% una excesiva dureza del neumotaponamiento, el 25% excesiva longitud y el 23% rigidez del material del TET. El 55% necesitó realizar una nueva laringoscopia, el 65% necesita cambiar a TET de menor tamaño y el 35% a TET sin neumotaponamiento. El 100% considera que dificulta las intubaciones. - Conclusiones: El tamaño del neumotaponamiento del TET debe de ser reducido tanto en longitud como en diámetro y correlacionarse con el tamaño del TET, además el material debe ser blando y adaptable. Un neumotaponamiento inadecuado puede convertir una vía aérea de fácil manejo en difícil y generar complicaciones.

PV-003. Mascarilla Laríngea como dispositivo definitivo de rescate en un neonato con vía aérea difícil prevista

Daniel Vera López¹; Irene Cella Magdalena¹; Sonia Garcés Sánchez¹; Jose Cortell Ballester¹; Pilar Argente Navarro¹

¹HUP LA FE

INTRODUCCIÓN El manejo de la vía aérea difícil (VAD) en neonatos continúa representando un desafío altamente complejo. La anticipación, planificación y uso adecuado de los recursos disponibles, como los dispositivos supraglóticos, permiten optimizar la estrategia para afrontar estas situaciones. **MÉTODO** Paciente de 2 meses de edad, 3kg de peso, con sospecha de síndrome de Pierre Robin, derivada a nuestro centro por VAD conocida. Desde su nacimiento se encontraba ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria y en seguimiento genético por malformaciones craneofaciales. Evolucionó con deterioro clínico progresivo que requirió asistencia ventilatoria creciente, llegando a precisar intubación orotraqueal (IOT). Ante varios intentos fallidos de intubación, se decidió su traslado con ventilación mecánica no invasiva para manejo de la vía aérea y realización de traqueostomía urgente. A su llegada, tras una planificación detallada, se trasladó directamente a quirófano, dónde se procedió a sedación con sevoflorano mediante mascarilla facial, comprobando que era ventilable. Se realizaron múltiples intentos fallidos de IOT con videolaringoscopia y fibrobroncoscopio combinados. Se colocó entonces una mascarilla laríngea de rescate que permitió estabilizar, ventilar adecuadamente e intubar posteriormente a través de la misma mediante fibrobroncoscopia. Tras asegurar la vía aérea, se realizó traqueostomía quirúrgica y traslado posterior a UCI. **CONCLUSIÓN** La mascarilla laríngea puede ser clave como dispositivo de rescate en el contexto de una VAD prevista, especialmente en neonatos con malformaciones craneofaciales severas. Su uso permitió garantizar una adecuada oxigenación y facilitó la intubación en condiciones óptimas, permitiendo una traqueostomía quirúrgica en un entorno seguro.

PV-004. Manejo anestésico del trasplante hepatorenal pediátrico con terapia de reemplazo renal continua intraoperatoria: a propósito de un caso

Daniel Vera López¹; Irene Cella Magdalena¹; Sonia Garcés Sánchez¹; Mirian López Segura¹; Pilar Argente Navarro¹

¹HUP LA FE

INTRODUCCIÓN El trasplante hepatorenal pediátrico es un procedimiento excepcional y de gran complejidad anestésica debido a la alta inestabilidad hemodinámica y a los grandes desafíos metabólicos que asocia. El uso de la terapia de reemplazo renal continua (CRRT) intraoperatoria, así como una monitorización hemodinámica avanzada, pueden ser un pilar clave para optimizar su manejo. **MÉTODO** Niña de 13 años, 35kg de peso, con poliquistosis hepatorenal autosómica recesiva en hemodiálisis convencional, sometida a trasplante hepatorenal combinado. Debido al estado basal de la paciente, se optó por el uso de CRRT intraoperatoria, con el objetivo de mantener una estabilidad hemodinámica, bioquímica y electrolítica óptima durante todo el procedimiento quirúrgico. La CRRT permitió un mejor control asegurando así una reperusión más estable de ambos injertos. La CRRT se implementó desde el inicio de la disección hepática, asociada a una monitorización hemodinámica avanzada que incluyó una línea arterial radial conectada a un monitor de análisis de la onda de pulso (MostCare), así como ecografía transesofágica (ETE) continua. Ambos fueron fundamentales para una valoración dinámica del gasto cardíaco, guiar la respuesta a fluidos y analizar la función ventricular, optimizando así el estado circulatorio de la paciente a tiempo real. **DISCUSIÓN** La CRRT intraoperatoria, junto con una monitorización hemodinámica avanzada, son una herramienta de gran utilidad en trasplantes hepatorenales pediátricos complejos. Su uso combinado permite mantener una estabilidad hemodinámica óptima, prevenir la sobrecarga hídrica y optimizar el manejo electrolítico, consiguiendo así un entorno favorable para el implante de ambos órganos.

PV-006. Diuresis por presión: nuevo paradigma en el manejo anestésico del trasplante renal pediátrico

Gonzalo Pulido Martín-Borregón¹; Pascual Sanabria Carretero²; Francisco Reinoso Barbero²; Beatriz Perez Bueno²; Lina María Builes Cardona²

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ²Hospital Infantil La Paz

Introducción/Objetivos. El trasplante renal es una alternativa terapéutica definitiva para pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Sin embargo, el riñón trasplantado presenta trastornos en la autorregulación debido a la denervación simpática y la tendencia al vasoespasmo. De ahí surge el concepto de “diuresis por presión”. **2. Método** El flujo renal del receptor es muy inferior al del donante y al esperado para el tamaño renal. Por ello, mediante la monitorización hemodinámica se puede guiar el manejo con fluidoterapia y vasoactivos con tendencias de TAM > 70 mmHg y de PVC > 14 mmHg **3. Resultados** Durante el período 1984–2024 se realizaron un total de 588 trasplantes renales pediátricos en el

Hospital La Paz. Características generales • Edad media receptor 10,5 años. • Menor número de trasplantes en menores de 2 años, • Etiología de la enfermedad renal terminal: enfermedad estructural • 175 trasplantes fueron de donante vivo. • Supervivencia global a 10 años: 72,7%. Diuresis Inmediata y Diuresis por Presión Porcentaje de pacientes con diuresis inmediata en el Hospital La Paz (últimos años): • 2018: 82,35% La media a partir de los siguientes años ha sido de 92,72%. 4. Conclusiones 1) El trasplante renal pediátrico es una alternativa terapéutica definitiva 2) El riñón trasplantado requiere mayores umbrales de presión de perfusión 3) Evidencia limitada. 4) Alta incidencia de diuresis inmediata postrasplante 5) Aunque la diuresis por presión no garantiza por sí sola la función tubular completa, su presencia es un elemento pronóstico positivo y una herramienta clínica útil.

PV-007. Monitorización de la profundidad anestésica en pacientes pediátricos

Ester Varea Tierno ¹; Osvaldo Pérez Pardo ¹; Ceferina Suárez Castaño ¹; Carolina Alcalá Blanco ¹; Cristina Lapuerta García ¹

¹Hospital Universitario marqués de Valdecilla

Introducción. Lactante de 6 meses intervenido de cierre de labio fisurado. Mantenimiento anestésico con sevoflurano 1-1,2 CAM + remifentanilo 0,15 mcg/kg/min con BIS 50-70 durante la intervención; el despertar se produce con BIS de 70. Analizando la matriz espectral se puede ver un cambio morfológico indicando el retorno de ondas rápidas (beta) propias de la vigilia/despertar y un aumento del SEF, que pasa de 15 a 26. Métodos. Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de PubMed de publicaciones sobre monitorización de la profundidad anestésica (MPA) intraoperatoria en población pediátrica. Resultados. La MPA es un estándar básico de la monitorización intraoperatoria en pacientes adultos. En la población pediátrica, especialmente en los más pequeños, su utilidad resulta limitada por su baja fiabilidad. Sin embargo, su interés se ha incrementado debido a que estudios recientes muestran que un análisis combinado de parámetros (electroencefalograma, SEF, MEF, matriz espectral) permite una monitorización más fiable, menor dosificación de anestésicos y una reducción de efectos neurológicos adversos. La MPA puede permitir una reducción de las dosis de anestésicos de hasta un 22% y un tiempo de despertar más rápido con respecto a los pacientes sin neuromonitorización. Conclusiones: - La MPA intraoperatoria en niños permite optimizar la administración de anestesia, evitando tanto la sobredosificación como la infradosificación. - Una dosificación más precisa podría acompañarse de menor riesgo de complicaciones neurológicas, reducción de costes y de daño medioambiental.

PV-008. Manejo anestésico en la resección videotoracoscópica de un secuestro pulmonar intralobar en lactante

Laura Subirana Gimenez¹; Ana Milena Vargas¹; Andrea Perdiguero Cosano Perdiguero Cosano¹; Alberto Izquierdo Guerrero¹; Javier Martinez Cabañero¹

¹Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, caracterizada por la presencia de un segmento de tejido broncopulmonar no funcional, irrigado por una arteria sistémica anómala. **Objetivo:** Describir el manejo anestésico de una segmentectomía pulmonar videotoracoscópica en un lactante con secuestro pulmonar intralobar, destacando los aspectos clave de la planificación perioperatoria y la coordinación multidisciplinar en cirugía torácica pediátrica. **Caso clínico:** Lactante de 14 meses con diagnóstico prenatal ecográfico de secuestro pulmonar izquierdo con vaso aberrante, confirmado posteriormente por resonancia magnética fetal. Dada su buena evolución clínica, sin infecciones respiratorias durante el primer año de vida, se planificó la cirugía de forma electiva. Se realizó una segmentectomía del lóbulo inferior izquierdo por videotoracoscopia. La intervención transcurrió sin incidencias, con adecuada estabilidad hemodinámica. El manejo anestésico incluyó monitorización avanzada, analgesia multimodal y ventilación unipulmonar selectiva adaptada a la edad del paciente. **Conclusiones:** Aunque el secuestro pulmonar suele asociarse a infecciones respiratorias recurrentes, su diagnóstico prenatal permite planificar una resección quirúrgica electiva antes de la aparición de complicaciones. Esta intervención, realizada mediante videotoracoscopia, ofrece una opción segura y eficaz, con beneficios en la preservación de la función pulmonar. El éxito del procedimiento depende en gran medida de una planificación anestésica individualizada, que incluya ventilación unipulmonar adaptada a la edad pediátrica, analgesia multimodal y monitorización avanzada, así como de una adecuada coordinación entre los equipos quirúrgico y anestésico. Este caso destaca la importancia del enfoque multidisciplinar en la cirugía torácica pediátrica programada.

PV-009. Manejo anestésico en la dilatación esofágica en pacientes pediátricos con epidermólisis bullosa distrófica: estudio observacional en un hospital terciario

Aleix Clusella Moya¹; Maria Farrer Pinilla¹; Maria Carme Roqueta Alcaraz¹; Eulalia Sole Fernandez¹; Juan Jose Lazaro Alcay¹

¹Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

La epidermólisis bullosa distrófica (EBD) es una enfermedad genética rara que puede provocar estenosis esofágica, generando disfagia severa y malnutrición. La dilatación esofágica con balón es el tratamiento de elección. Existen dos enfoques anestésicos descritos: uno con instrumentación invasiva de la vía aérea (VA) y otro con mínima manipulación, mediante oxigenoterapia con mascarilla facial o gafas nasales. Desde 2024, en nuestro centro se realiza este procedimiento en pacientes pediátricos con EBD severa.

Este estudio describe nuestra experiencia. Se aplicó un protocolo anestésico uniforme: topicalización de la VA con lidocaína nebulizada, inducción inhalatoria para canalización venosa, mantenimiento con propofol y dexmedetomidina, y ventilación espontánea con oxigenoterapia por cánulas nasales. Se preparó material de VA difícil con fibrobroncoscopio como primera opción de rescate de VAD. Se analizaron 10 procedimientos en 8 pacientes de entre 5 y 13 años. Todos fueron exitosos, sin complicaciones mayores. Se registraron dos pérdidas de vía venosa, dos episodios de desaturación transitoria, un vómito sanguinolento y una broncoaspiración de contraste sin repercusión clínica. La mayoría toleró la vía oral entre 4 y 6 horas tras la intervención. La técnica es eficaz y poco invasiva, pero requiere un enfoque multidisciplinar y una planificación anestésica cuidadosa. El principal reto es mantener la ventilación espontánea y una oxigenación adecuada sin manipular la VA, permitiendo el paso del gastroscopio y balón de dilatación, evitando así nuevas lesiones. El protocolo aplicado ha mostrado buenos resultados.

PV-010. Simulation Study of Ketofol effect-site concentration and Bispectral index value for appropriate sedation in pediatric patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy

Antonio M. González¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: La sedación profunda en respiración espontánea es una técnica anestésica común en los procedimientos invasivos pediátricos. Diversos fármacos, solos o en combinación, han sido utilizados en estas exploraciones. En nuestro medio, la asociación Ketamina/Propofol, y su monitorización mediante el índice bispectral (BIS) para poder titular la sedación. **Objetivos:** Determinar la relación concentración/efecto más adecuado de Ketofol, en sedaciones endoscópicas pediátricas en ventilación espontánea, mediante análisis farmacodinámico utilizando simulación pk/PD con Eleveld y su correlación con el BIS. **Método:** Estudio prospectivo con 40 niños sometidos a exploración digestiva alta, que cumplieran criterios inclusión. Previa premedicación oral con midazolam 0,5 mg/kg (Dmax 10 mg), se monitorizaron: FC, FR, PANI, SaO₂, EtCO₂ y BIS. Se suministró O₂ mediante gafas nasales y estableció vía EV por la que se administró Ketofol mediante bolo (DI= 0,2-0,35 ml/kg) aplicado en 90 segundos, seguido de una perfusión continua (DM= 0,15-0,3 ml/kg/h). Se definieron como “endpoints primarios” la desaturación (SaO₂< 92%) y la hipotensión (20% disminución TA); y como secundarios, nivel BIS, tiempo en despertar (min) y el éxito del procedimiento. **Resultados:** Las dosis medias empleadas fueron: DI= 0,19±0,04 ml/kg y DM= 0,12±0,02 ml/kg/h, durante un procedimiento medio de 28,6±12,1 min. La concentración efectiva estimada se sitúa entre 2,8-2,1mg/ml de Ketofol y el BIS efectivo entre 54-64%. Se necesitaron bolos supletorios (0,20 ml/kg) en 13 procedimientos (32%), sin desaturaciones, con 1 cuadro de hipersalivación, otro de rash y otro de agitación. Pudieron concluirse todas las exploraciones, con un tiempo medio de despertar de 5,6±2,6 min.

PV-011. Sedación inhalatoria en el síndrome de Treacher Collins y sus implicaciones en la vía aérea

Pedro Lázaro Cebolla¹; Judit Saludes Serra¹; Francisco Estevan Perez¹; Aina Prieto Clos¹; Pedro José Perales Piqueras¹

¹Hospital universitario Juan XXIII

Introducción: Se presenta el caso clínico de un niño de 2 años y 1 mes con síndrome de Treacher Collins sometido a 2 resecciones de lesiones pigmentadas en piel del abdomen. Este síndrome es un trastorno genético poco común que afecta al desarrollo óseo y provoca deformidades craneofaciales significativas debido a una alteración del crecimiento en forma de hipoplasia de los huesos de la cara. Puede haber también hipoplasia de ambos conductos auditivos, así como de nariz y faringe. **Método:** Dado que el tiempo quirúrgico fue menor a 10 minutos se decidió realizar una sedación inhalatoria con sevoflurano a través de mascarilla facial con un End tidal de sevoflurano entre 4-6%. **Resultados:** Las características clínicas que más predominaban en este paciente eran la micrognatia y retrognatia, así como una nasofaringe más pequeña. Estas características condicionaron que el tamaño de la mascarilla facial que se utilizó fue del número 1, aunque para un peso de 15 kg le hubiera correspondido una del número 2. **Conclusiones:** La dificultad de la vía aérea en estos pacientes representa un desafío significativo para los anestesiólogos, ya que estos pacientes presentan un desarrollo anormal del arco cigomático, lo cual puede provocar complicaciones en la vía aérea. Aunque el plan anestésico inicial fue lo anteriormente descrito, se tenía preparado material para vía aérea difícil prevista en quirófano y, aunque, no llegó a ser necesaria el uso de una mascarilla laríngea se tenían también preparadas algunas de tamaño inferior a la que le correspondían por peso.

PV-012. Uso de toxina botulínica tipo A en dolor miofascial crónico pediátrico

Patricia Martín Ríaza¹; Fatima Ruiz Camuñas¹; Gorka L Martínez Mezo¹

¹Hospital Regional De Malaga

Introducción: El dolor miofascial crónico en la edad pediátrica está escasamente documentado. El uso de toxina botulínica tipo A para su tratamiento no cuenta con una indicación formal en niños, aunque los resultados en adultos sugieren posible eficacia. Su mecanismo de acción, basado en la inhibición de acetilcolina y la reducción de sustancia P y glutamato, permite romper el círculo vicioso dolor-espasmo-dolor. **Métodos:** Niño de 7 años (22 kg) con osteoblastoma sacro irresecable, con compresión muscular (predominio en piriforme izquierdo) y afectación del nervio ciático mayor. Tras dos sesiones de radiofrecuencia y estabilización tumoral, presenta dolor crónico somático y neuropático refractario a analgésicos, con varios despertares nocturnos diarios. Se realiza bloqueo diagnóstico con levobupivacaína 0,25% (10 ml) + dexametasona (4 mg), con mejoría clínica. **Resultados:** Se indica infiltración de BTX-A (50 UI) en músculo piriforme izquierdo,

guiada por ecografía y bajo técnica estéril, sin incidencias. Al mes, el paciente y sus padres refieren reducción significativa del dolor miofascial, limitándose a un episodio diario y reducción de los despertares nocturnos. Conclusión: El uso de BTX-A en dolor miofascial pediátrico es experimental. La evidencia actual se limita a series de casos en distonías, espasticidad y trastornos neuromusculares. Este caso sugiere una posible aplicación en dolor crónico miofascial infantil. Son necesarios más estudios controlados para validar su eficacia y seguridad en esta indicación.

PV-013. Intubación en paciente pediátrico con síndrome PHACE

Miriam Navarro Rizo¹; Eva María García Fuentes¹; Alba María Iglesias Del Valle¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas

Introducción: El síndrome PHACE es una entidad neurocutánea rara que afecta predominantemente a niñas y puede incluir hemangiomas segmentarios, malformaciones arteriales, cardiopatías congénitas y afectación de la vía aérea. Hasta un 50% de los pacientes presentan compromiso subglótico o traqueal, lo que convierte la intubación en un momento crítico. La coexistencia de cardiopatías estructurales añade complejidad al manejo anestésico. **Métodos:** Lactante de 19 meses con síndrome PHACE, hemangiomatosis múltiple, válvula aórtica bicúspide con estenosis leve, y estridor laríngeo secundario a hemangioma subglótico en seguimiento por Neumoalergia y ORL. Programada para herniorrafia inguinal electiva. Se realizó inducción inhalatoria con sevoflurano, sin relajantes musculares. Intubación orotraqueal guiada con laringoscopia directa (pala nº 2), TET de baja presión nº 3 con neumotaponamiento, evitando maniobras traumáticas. Se monitorizó con BIS, capnografía, y electrocardiografía continua. Mantenimiento con ventilación controlada y analgesia multimodal. **Resultados:** El procedimiento transcurrió sin incidencias respiratorias ni cardiovasculares. Intubación y extubación sin dificultad. La paciente fue trasladada a URPA y posteriormente a planta en buen estado general. **Conclusiones:** En pacientes con síndrome PHACE y antecedentes de hemangioma subglótico la planificación anestésica debe asumir siempre un riesgo alto de vía aérea difícil, incluso si el estridor no está presente en el momento de la cirugía. La intubación debe realizarse por personal experto y evitando el uso de relajantes hasta asegurar la ventilación. Es recomendable una vigilancia en URPA prolongada o incluso en UCI si hay dudas sobre la estabilidad respiratoria.

PV-014. Consideraciones anestésicas en paciente pediátrico con diagnóstico de Síndrome Blueberry Muffin. A propósito de un caso

Paula Arriero Sánchez¹; Paula Plasencia Díaz¹; Fabricio Fiorda Berruchi¹; Lourdes Hernández González¹; Patricia Martín Serrano¹

¹CHUIMI

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Blueberry Muffin (SBM) representa la aparición de múltiples lesiones cutáneas violáceas en contexto de hematopoyesis extramedular. Asocia trastornos hematológicos importantes en el manejo anestésico. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 42 días y 5,100 kg se interviene de forma programada para la colocación de Portacath y realización de punción lumbar en sala de Radiología Intervencionista. Cesárea electiva a las 41 semanas. Al nacer Apgar 9/10 con lesiones cutáneas diseminadas eritematovioláceas nodulares correspondientes a Leucemia Aguda Megaloblástica Congénita (LAMC) en contexto de SBM. Requiere ingreso en Neonatología. Evaluación cardiológica normal. Hemoglobina de 9.7 y Plaquetas 100.000 previo a procedimiento. Se reserva 1 pool de plaquetas. Dificultad para canalización de vía venosa periférica (VVP) 22G. Se realiza de forma ecoguiada. Anestesia general con IOT sin incidencias. Durante el procedimiento presenta hipotensión que requiere administración de 20 cc de Albúmina. Analgesia con paracetamol y dexametasona. Necesidad de varias punciones lumbares por dificultad anatómica, requiriendo cambio de operador. Localización de espacio intradural al 5º intento con salida de LCR claro. Extubación sin incidencias. Sin complicaciones posteriores. **CONCLUSIONES:** El SBM secundario a LAMC asocia complicaciones anestésicas relevantes. La anemia aumenta el riesgo de hipoxia tisular e inestabilidad hemodinámica. La trombocitopenia o disfunción plaquetaria incrementa el riesgo de hemorragia incluso con cifras de plaquetas superiores a 50.000. Puede asociar neutropenia con aumento de infecciones. Además, hay que evitar los fármacos que alteren la función plaquetaria (AINEs, heparinas y anticoagulantes) o disfunción medular (óxido nítrico) y descartar coagulopatías o trombocitopenia <50.000 previo a intervención.

PV-015. Ventilación Unipulmonar para resección de malformaciones pulmonares congénitas en pediatría. Nuestra experiencia

Cristina Muro Castro¹; Eva Tres Ritterbach¹; Nuria Montferrer Estruch¹; Susana Manrique Muñoz¹

¹Hospital Infantil i de la dona Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos Las malformaciones pulmonares congénitas, muchas veces diagnosticadas intraútero, precisan resección quirúrgica en edad temprana. El abordaje quirúrgico suele ser mínimamente invasivo por toracoscopia. Para facilitarlo es importante conseguir una buena exclusión pulmonar. En estas edades, la ventilación unipulmonar (VUP) se consigue

mediante intubación selectiva con tubo de una luz con o sin ayuda de bloqueador bronquial (BB). Conseguir una buena exclusión y mantener una correcta ventilación y oxigenación precisa de un cuidadoso tratamiento anestésico. Material y métodos Se revisa de forma retrospectiva el manejo de la ventilación en intervenciones para resección de malformaciones pulmonares congénitas en pacientes pediátricos. Son 20 pacientes entre 2022-2024. Resultados Fueron 20 pacientes de edades entre 11 días y 13 años (más frecuente en el primer año). Se precisó intubación selectiva derecha en 10, izquierda en 7 y bipulmonar en 3. Se usó tubo de una luz en 19 y de doble luz en uno (13 años) y BB 5 Fr Cook extralumen en dos. Como método de ayuda y comprobación se utilizó la auscultación, el Fibrorbroncoscopio (FBC) en dos y escópia en nueve. En ningún caso se precisó recuperar la ventilación bipulmonar durante la intervención. Conclusiones La VUP facilita la técnica quirúrgica en la resección de malformaciones congénitas en edades tempranas. En nuestra experiencia se muestra factible con tolerancia tanto hemodinámica como ventilatoria y de la oxigenación. En nuestro caso está poco extendido el uso de BB como coadyuvante de la intubación selectiva y tampoco la asistencia con FBC.

PV-017. Anestesia para diagnóstico y tratamiento de síndrome de atrapamiento de nervio cutáneo abdominal anterior (ACNES) en pediatría

Raquel Arellano Pulido¹; María Arellano Pulido¹; Beatriz Cabeza Martín¹; Lourdes Barragán Gonzalez¹; Lucía Alvarez Baena¹

¹HGUGregorio Marañón

Introducción: El Síndrome de Atrapamiento Cutáneo del Nervio Abdominal (ACNES) es una causa subdiagnosticada de dolor abdominal crónico en la población pediátrica. Su presentación típica es un dolor localizado y persistente que, generalmente, empeora con la contracción de músculos abdominales y no mejora con analgesia convencional. Un aspecto crucial para sospechar ACNES es la ausencia de hallazgos concluyentes en las exploraciones físicas y pruebas complementarias, lo que puede llevar a retrasar el diagnóstico. Caso clínico: Adolescente de 15 años y 47 kilogramos, que consultó por dolor abdominal de casi un mes de evolución. Tras un estudio exhaustivo por el equipo de digestivo pediátrico sin resultados concluyentes, se comenzó a considerar el diagnóstico de ACNES. En este punto, la anestesiología pediátrica asumió un papel fundamental. Mediante la realización de un bloqueo ecoguiado en la parte posterior de la vaina de los rectos, utilizando una combinación de corticoide y anestésico local, además de confirmar el diagnóstico, se obtuvo una notable mejoría clínica temprana en la paciente. Este éxito subraya la importancia del bloqueo como herramienta diagnóstica y terapéutica clave. Conclusión: El ACNES es una patología dolorosa que debe tenerse presente en el paciente pediátrico con dolor abdominal crónico sin causa aparente. La capacidad de la anestesiología pediátrica para realizar bloqueos regionales precisos con anestésico local y corticoide les otorga un rol insustituible tanto en su diagnóstico como en el tratamiento inicial. La pronta identificación y manejo del ACNES pueden evitar pruebas invasivas y mejorar la calidad de vida de los niños afectados.

PV-018. Manejo anestésico para trasplante hepático pediátrico: a propósito de un caso

Ana Maria Olmedo Montijano¹; Raquel García González²; Mercedes Alonso Prieto²; Francisco Javier Redondo Calvo¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real; ²Hospital Universitario La Paz

Introducción La supervivencia de trasplante hepático es del 90% gracias a la inmunosupresión, técnica quirúrgica, manejo anestésico y cuidado perioperatorio, siendo la atresia de vías biliares la causa más frecuente de trasplante. **Métodos** Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como: Scopus o Pubmed, con los siguientes descriptores: “Liver Transplantation” y “Pediatric Anesthesia”. **Resultados** Anestesia general inhalatoria con Sevofluorano 2.4%. Inducción con Midazolam 0.5mg, Ketamina 7.5mg, Fentanilo 15mcg y Rocuronio 7.5mg. Ventilación mecánica controlada por VCRP. Monitorización con ECG, PANI, PAI, pulsioximetría, capnografía, BIS, INVOS y Temperatura central. En perfusión: Cisatracurio y fentanilo. Se canaliza 2 catéteres venoso central (5.5Fr y 4.5Fr), arteria radial derecha 24G, sonda nasogástrica y sonda vesical. Se realizaron controles de gases y analíticas cada hora. * Fase de disección: inestabilidad hemodinámica, necesitando hemoderivados y Noradrenalina. * Fase anhepática: se administra manitol, bicarbonato, calcio y noradrenalina (0.25mcg/Kg/H). Buena tolerancia al desclampaje portal. * Postanhepática: descenso de noradrenalina a 0.04mcg/Kg/min. **Conclusiones.** * Si existe encefalopatía: deben evitarse las benzodiacepinas. * Hipnótico: Propofol o ketamina * Analgésico: fentanilo (mayor estabilidad hemodinámica). * Relajante se emplea cisatracurio (no depende de la función hepática). * Mantenimiento: sevofluorano. * Se requieren accesos venosos de gran calibre. Perfusiones desde el inicio de calcio y bicarbonato, y eventualmente, manitol, furosemida o vasopresores. * Fases quirúrgicas: - En la fase de disección puede ocurrir sangrado importante - En la fase anhepática puede ocasionar hipotensión y disminución de la función renal. - Con la liberación del clamp, se liberan metabolitos arritmogénicos.

PV-019. Videolaringoscopia en el manejo de la vía aérea difícil en un lactante con síndrome polimalformativo

Daniel Agudelo Torres¹; Anna Sala Segura¹; Héctor Martínez Valdés¹; Paula Vera Sabater¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Introducción La vía aérea difícil en pediatría es un reto por la escasa evidencia, la falta de algoritmos específicos y de dispositivos adaptados. La videolaringoscopia ha emergido como herramienta clave en estos escenarios. **Caso clínico** Lactante de 3 meses (4 kg) con síndrome polimalformativo (deleción 4q33q35.2 y duplicación 20p13p12.3), con coartación de aorta, displasia de caderas, sindactilia, blefarofimosis y fisura palatina. Ingresado en UCI por infección respiratoria por Rhinovirus, con insuficiencia respiratoria

progresiva. Durante su evolución presentó parada cardiorrespiratoria tras maniobra vagal durante sondaje nasogástrico. La intubación fue extremadamente dificultosa (Cormack IV), lográndose con videolaringoscopia. Una semana después, ante sospecha de fuga por fallo del balón, se realizó recambio del TET en quirófano mediante videolaringoscopia McGrath y guía Bougie neonatal. Se colocó un TET de mayor calibre (4.0 mm), con buena adaptación y sin complicaciones. Se contó con la valoración conjunta del servicio de ORL infantil, que acompañó durante el procedimiento, y se aprovechó la intervención para realizar docencia estructurada en el abordaje de la vía aérea difícil pediátrica. Discusión La anatomía alterada condicionó una vía aérea difícil no anticipada. La videolaringoscopia fue eficaz como técnica primaria y de rescate, facilitando además la enseñanza multidisciplinar. Conclusiones La videolaringoscopia facilitó el control de una vía aérea difícil, reduciendo incidencias y permitiendo un manejo seguro y docente.

PV-020. Manejo anestésico en paciente pediátrico de alto riesgo por ingreso complejo y fístulas broncopleurales

Francisco Del Águila Román¹; Marina Bolívar Arroyo²; Blanca Martínez-Dueñas López - Marín²; Cristina Valenzuela Ortiz²; Ana Ortega López²

¹Hospital Clínico Universitario San Cecilio; ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN: El trabajo a presentar se trata de un caso sobre el manejo de un paciente complejo pediátrico de 6 años, para intervención de amputación bilateral transtibial, 1º y 2º dedo mano izquierda y falanges distales de todos los dedos de mano derecha, más cura de antebrazos e injerto de epidermis autóloga. **MÉTODOS:** Desarrolla necrosis acra simétrica de MMSS y MMII como consecuencia final de un largo ingreso por shock séptico de origen respiratorio, causado por S. Pyogenes, con hipoxemia refractaria y PCR por bradicardia extrema que precisa masaje cardíaco + dosis de adrenalina + entrada en ECMO, permaneciendo con dicho soporte 21 días. Durante la ECMO, sangrado de arteria pulmonar con hemotórax y shock hipovolémico, que precisa drenajes torácicos + embolización + toracotomía. TAC de control muestra colección hidroaérea pleuropulmonar vs intrapulmonar en lecho de LID y fístulas broncopulmonares con alto riesgo de sangrado. **RESULTADOS:** Intraoperatorio, complejo manejo de la vía aérea, por el alto riesgo de sangrado de alguna de las fístulas broncopulmonares, para intervención de larga duración. Optamos por inducción inhalatoria con sevoflurane + empleo de mascarilla laríngea en lugar de IOT, para disminuir este riesgo, procurando ventilación espontánea del paciente durante toda la intervención a través de la ML. Además, se coloca catéter epidural lumbar y se realiza bloqueo plexo axilar bilateral. Se canaliza VCV YI izquierda **CONCLUSIONES:** Este caso es un ejemplo de la importancia de individualizar el manejo de vía aérea en determinados casos, disminuyendo los riesgos existentes lo máximo posible.

PV-021. Uso del McGrath para el manejo de vía aérea difícil pediátrica en la sala de resonancia magnética

Alicia Wendy Vega Harwood¹; Ángela Astrid de Abreu González¹; Rodrigo Poves Álvarez¹; Estefanía Gómez Pesquera¹; Ana Fernández de Urbón¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción En los últimos años es cada vez más frecuente que el anestesista tenga que realizar anestias generales fuera del área quirúrgica, como es el caso de las salas de resonancia magnética (RM), en especial en pacientes pediátricos. El síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) es el síndrome congénito de sobrecrecimiento más común. Las características anatómicas más notables son macrosomía, hemihipertrofia, macroglosia y defectos de la pared abdominal. **Métodos** Se presenta un caso descriptivo de un paciente pediátrico de 2 años con vía aérea difícil prevista por síndrome de Beckwith-Wiedemann en la sala de RM del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Resultados** Se aplicaron un oxímetro de pulso compatible con RM y un monitor de electrocardiografía de 3 derivaciones. La anestesia se indujo con una mezcla de sevoflurano y oxígeno. El sevoflurano se aumentó gradualmente hasta el 6%, manteniendo la ventilación espontánea. Se introdujo el videolaringoscopio McGrath, pala número 1, que permitió una visualización adecuada. Se introdujo un tubo número 3,5 con balón sin resistencia a pesar del edema de los aritenoides. El mantenimiento se realizó con sevoflurano y una mezcla de oxígeno/aire al 50%. En este caso, los dispositivos supraglóticos no eran viables debido a la presencia de macroglosia. Se decidió trasladar al paciente a la UCI intubado. **Conclusiones** Las dificultades en el manejo de la vía aérea pediátrica, especialmente fuera del quirófano, se asocian con una morbilidad y mortalidad significativas. Reconocer las limitaciones de la laringoscopia directa es fundamental. El videolaringoscopio McGrath puede ser útil en estas situaciones.

PV-022. Impacto de la ansiedad paterna en la agitación al despertar de los pacientes pediátricos

Alicia Wendy Vega Harwood¹; Carolina Román de la Fuente¹; Beatriz Martínez Rafael¹; María Elena Carrasco Serrano¹; Mario Lorenzo López¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción/Objetivo: Los niños hospitalizados son una población susceptible a desarrollar un estado de ansiedad motivado por la separación de sus padres y el miedo que les genera el ambiente hospitalario. En este contexto puede aparecer agitación al despertar (AD) que se manifiesta como alteración de la percepción, desorientación y agitación psicomotora en el despertar de la anestesia. El objetivo principal fue analizar la relación entre la ansiedad paterna y la aparición de AD en pacientes pediátricos e identificar los factores de riesgo relacionados con ambos fenómenos. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se incluyeron

149 niños de entre 2 y 12 años sometidos a cirugía mayor bajo anestesia general. La ansiedad infantil se midió mediante la escala modificada de Yale (mYPAS), la ansiedad paterna con la escala APAIS y la AD con la escala PAED. Se analizaron variables clínicas, demográficas y quirúrgicas mediante análisis estadístico multivariante. Resultados: La incidencia de ansiedad preoperatoria fue del 57% en los niños y del 44,9% en los padres. Un 32,8% de los niños presentó AD. Se identificaron como factores de riesgo independientes para la AD: menor edad, mayor duración de la cirugía, ansiedad infantil y ansiedad paterna. Asimismo, el nivel educativo universitario de los padres y la cirugía ambulatoria se asociaron con mayor ansiedad paterna. Conclusiones: La presencia de ansiedad paterna preoperatoria influye en la aparición de AD en sus hijos. Reconocer y abordar estos factores mejoraría el manejo perioperatorio en pacientes pediátricos.

PV-023. PECTUS EXCAVATUM. Estrategia perioperatoria y analgesia

Cristina Lapuerta García¹; Carolina Alcalá Blanco¹; Mercedes Olmo Falcones¹; Pilar Hernandez Pinto¹; Paula Sánchez Vicente¹

¹HUMV

Introducción/Objetivo: Los pacientes con pectus excavatum, a menudo asintomáticos, se enfrentan a una cirugía dolorosa que requiere un manejo anestésico exhaustivo. A continuación se expone el protocolo de nuestro centro. Métodos: Paciente varón de 15 años, peso 90 kg. Se realiza 48 horas antes de la cirugía crioadalgesia de nervios intercostales. Se realiza anestesia epidural a nivel torácico entre la 5ª y 6ª vertebra administrando bolo inicial de Levobupivacaína (LBVC) 0,25% 10mL y perfusión continua (PC) de LBVC 0,125% y fentanilo 1mcg/mL a 6 mL/h. Se realiza anestesia general balanceada sin incidencias. Se canaliza arteria radial izquierda para monitorización hemodinámica y extracción de gasometrías y analíticas, además de monitorización básica, BIS y temperatura. Se inicia sulfato de magnesio un bolo 2,7g y PC a 10mg/kg/h, dexmedetomidina bolo lento de 0,45mcg/kg y posterior PC a 0,45mcg/kg/h. Se administra paracetamol, dexametasona, dexketoprofeno y diazepam al finalizar la cirugía. Resultados: La cirugía transcurre sin incidencias y al finalizar se procede a extubar a la paciente. Se inicia ketamina en perfusión continua 13mg/h y rescates con morfina y bolos epidurales. Adecuado control del dolor a las 48 horas y retirada de toda analgesia intravenosa y epidural a los 6 días de la cirugía Conclusiones: La analgesia y anestesia del pectus excavatum comprende diversas estrategias cuya protocolización favorecen un adecuado control del dolor, un factor muy limitante para el alta de estos pacientes. La crioadalgesia preoperatoria mejora dichos resultados

PV-024. Manejo anestésico en atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal: a propósito de un caso clínico

Leire Canibe Galiana¹; Alberto Rando Perez¹; Teresa Vich Sampedro¹; Adrian Arnau Garcia¹; David Fabian Gonzalez¹

¹Hospital Universitario Son Espases

Objetivos: Describir el manejo anestésico de un paciente neonato, con atresia esofágica tipo C y fístula traqueoesofágica (FTE) distal, localizada a nivel de la carina. Haciendo énfasis en estrategias individualizadas ante anatomías complejas y la ausencia de un protocolo anestésico estandarizado. **Descripción del caso:** Recién nacido a término con diagnóstico prenatal de atresia esofágica. La broncoscopia preoperatoria reveló una FTE localizada en carina, entre ambos bronquios principales, limitando la posibilidad de intubación distal convencional. Se realiza inducción anestésica en ventilación espontánea y se posiciona el tubo endotraqueal previo a carina, asegurando vía aérea a pesar del riesgo de insuflación gástrica. El paciente se mantiene en ventilación espontánea, con sevoflurano y bolos puntuales de ketamina, hasta la ligadura quirúrgica de la fístula, minimizando el riesgo de insuflación gástrica y barotrauma. **Resultados:** La estrategia anestésica permitió un control adecuado de la vía aérea sin complicaciones ventilatorias ni hemodinámicas. El procedimiento quirúrgico se completó con éxito y el paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato. La broncoscopia previa y la planificación conjunta del equipo anestésico-quirúrgico fueron determinantes para el resultado clínico positivo. **Conclusiones:** En casos de AE-FTE con fístula distal, la individualización del manejo anestésico es esencial. La broncoscopia preoperatoria resulta fundamental para definir la estrategia más segura. La ventilación espontánea y la intubación precisa pueden ser alternativas eficaces cuando la anatomía impide los abordajes convencionales. Se requieren estudios adicionales para establecer guías basadas en evidencia que orienten el manejo anestésico en este tipo de malformaciones complejas.

PV-025. Estrategia anestésica y soporte avanzado en trasplante hepático en paciente pediátrico con hipertensión portopulmonar severa

Laura Arbás Sánchez¹; Emilio Rodríguez Pérez²; Gonzalo Bautista Fernández²; Ana Belén Ortega Floria³; Lina María Builes Cardona²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ²Hospital Universitario La Paz; ³Hospital Universitario La Paz

Introducción: La hipertensión pulmonar severa (PAPm >45 mmHg) representa un elevado riesgo en el trasplante hepático, especialmente por la posibilidad de fallo agudo de ventrículo derecho. Presentamos el caso de un paciente de 14 años con hipertensión portopulmonar secundaria a cavernomatosis portal, inicialmente excluido de lista de trasplante por tener una PAPm>45mmhg. La identificación en TAC de permeabilidad en la

confluencia esplenomesentérica motivó una nueva evaluación multidisciplinar, que permitió su inclusión en lista de espera. Se diseñaron protocolos específicos para su manejo perioperatorio, incorporados a su historia clínica para ser consultados por todos los equipos implicados. Métodos: Se aplicó una estrategia anestésica protocolizada con vigilancia hemodinámica y respiratoria avanzada, incluyendo ecocardiografía transesofágica intraoperatoria para monitorizar función ventricular y PAPm. Se descartó el uso de Swan-Ganz por interferencia con cánulas de ECMO, que se implantaron profilácticamente. Se mantuvo la terapia vasodilatadora pulmonar previa y se prepararon óxido nítrico inhalado (NO) y sildenafil IV para administración inmediata en caso de deterioro. El soporte incluyó noradrenalina, milrinona, adrenalina, fluidoterapia restrictiva y concentrados de hematíes lavados por riesgo de hiperpotasemia. Resultados: La intervención transcurrió sin incidencias. No fue necesario iniciar NO ni ECMO. La PAPm se mantuvo estable entre 40–45 mmHg. Conclusiones: En pacientes con hipertensión pulmonar severa, la implementación de protocolos específicos permite anticipar complicaciones y optimizar el manejo anestésico-quirúrgico. La preparación anticipada de ECMO, el acceso a vasodilatadores pulmonares y ecocardiografía intraoperatoria son claves para un trasplante seguro.

PV-027. Autotransfusión de sangre de cordón umbilical en cirugía cardíaca neonatal: viabilidad y efectos sobre la hemoglobina fetal

Sonia Garcés Sánchez¹; Marta Marchante Sánchez¹; Carmen Contat Rodrigo¹; Álvaro José Solaz García¹; M^a Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: La cirugía cardíaca neonatal con circulación extracorpórea (CEC) se asocia a importantes pérdidas sanguíneas y elevada necesidad transfusional. Aunque los programas de manejo integral de sangre del paciente (PBM) han reducido la exposición a hemoderivados, ésta sigue siendo frecuente. La autotransfusión de sangre de cordón umbilical (SCU), producto autólogo libre de células alogénicas, evita riesgos inmunológicos y aporta hemoglobina fetal (HbF), con potencial beneficio fisiológico en el postoperatorio. **Objetivo:** Evaluar la viabilidad de la recolección y autotransfusión intraoperatoria de SCU en cirugía cardíaca neonatal con CEC, y analizar su efecto sobre la recuperación de HbF. **Método:** Estudio observacional prospectivo en neonatos sometidos a CEC. Se recolectó SCU al nacimiento, procesada y almacenada según protocolo. Se analizaron variables perinatales, volumen recolectado y parámetros hematológicos, comparando dos grupos: con y sin transfusión de SCU. Se realizaron controles analíticos tras la inducción anestésica (T0), en CEC (T1), al finalizar CEC (T2) y a las 24 horas (T3). **Resultados:** Se incluyeron 10 neonatos (5 con SCU). El volumen medio recogido fue de 60,4 ml (19,5 ml/kg). Todos los cultivos fueron negativos. La HbF preoperatoria fue del 69% en ambos grupos. En T2, la HbF aumentó en el grupo transfundido (+5%) y disminuyó en el no transfundido (-6%). A las 24 h, la HbF se mantuvo estable en el grupo transfundido y siguió descendiendo en el grupo no transfundido (-18%). **Conclusiones:** La autotransfusión de SCU es viable, segura y favorece la recuperación de HbF en cirugía cardíaca neonatal con CEC.

PV-028. Colapso cardiorespiratorio en adolescente para biopsia de masa mediastínica anterior (MMA)

M^a Lourdes Barragán González¹; Raquel Arellano Pulido¹; Beatriz García-Cano de Escondrillas²; Juan García Coronel¹; Lucía Álvarez Baena¹

¹Hospital Gregorio Marañón; ²Hospital de Toledo

INTRODUCCIÓN: Los pacientes pediátricos con masa mediastínica anterior (MMA) representan un reto clínico por el riesgo de compromiso respiratorio y cardiovascular, especialmente bajo anestesia general. Requieren una evaluación preoperatoria rigurosa, identificación de factores de riesgo y un protocolo personalizado. **CASO CLÍNICO:** Mujer 13 años, 56 kg, sin antecedentes relevantes, con hallazgo incidental de MMA voluminosa (154×102×157 mm) que requiere biopsia urgente guiada por TC. La paciente presenta disnea en decúbito supino y ortopnea. La TC revela compresión traqueal, derrame pericárdico y pleural. Ante el alto riesgo anestésico, se establece un plan multidisciplinar con intubación en ventilación espontánea, realización de punciones previas al TC y preparación de técnicas de rescate (fibrobroncoscopio rígido y ECMO). En URPA realizamos topicalización de la vía aérea y checklist. En quirófano, con monitorización básica y BIS, se induce anestesia con O₂/N₂O al 50%, sevoflurano al 5%, ketamina y midazolam IV, manteniendo ventilación espontánea. Intubación sin incidencias con flexo 6 adecuado al diámetro traqueal. Mantenimiento con perfusión de dexmedetomidina iv y sevoflurano. Durante el procedimiento, un cambio de posición provoca importante compromiso hemodinámico y ventilatorio, resuelto con la implementación de medidas escalonadas: ventilación manual con O₂ 100%, cambio de posición a semisentada y sobrecarga de fluidos; sin precisar otras medidas como fibrobroncoscopio, esternotomía urgente o ECMO. Tras estabilización, biopsia en TC en posición de rescate y traslado a UCIP. **DISCUSIÓN:** Se destaca la importancia de la anticipación, la planificación meticulosa y la adopción de protocolos personalizados con medidas escalonadas en pacientes pediátricos con MMA de alto riesgo.

PV-029. Relación del ayuno preoperatorio y agitación al despertar en el paciente pediátrico

Alicia Wendy Vega Harwood¹; Eva López Santín¹; Estefanía Gómez Pesquera¹; Rodrigo Poves Álvarez¹; Beatriz Martínez Rafael¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción/Objetivo: El ayuno preoperatorio es una práctica habitual para prevenir la aspiración pulmonar durante la anestesia. Aún así, un ayuno prolongado en pacientes pediátricos puede provocar efectos adversos como deshidratación, hipoglucemia y malestar general, favoreciendo la aparición de agitación al despertar (AD). El objetivo principal del estudio fue analizar la relación entre la duración del ayuno preoperatorio y la AD, así como evaluar el papel de la glucemia preoperatoria como posible factor predictivo. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en 149 pacientes pediátricos (1–

12 años) intervenidos de cirugía mayor con anestesia general en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se excluyeron aquellos con patología neuropsiquiátrica o trastornos del metabolismo de los carbohidratos. Se recogieron variables sociodemográficas, ansiedad preoperatoria (mYPAS), glucemia capilar y la presencia de AD (PAED). Se emplearon análisis univariantes y regresión logística multivariante para identificar factores de riesgo independientes. Por otro lado, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman y se utilizaron curvas ROC para establecer puntos de corte de glucemia con valor predictivo. Resultados: La incidencia de AD fue del 32,8%. Los pacientes con AD presentaron mayor tiempo de ayuno (10,2 vs 7,9 h) y menor glucemia (85,9 vs 99,3 mg/dl) ($p < 0,001$). Los factores de riesgo independientes fueron menor edad, ansiedad preoperatoria, duración del procedimiento y mayor ayuno. La glucemia $>87,05$ mg/dl se identificó como factor protector. Conclusiones: La prolongación del ayuno y la hipoglucemia se asocian significativamente con la AD, respaldando la importancia de revisar y optimizar los protocolos en pediatría.

PV-030. Manejo anestésico de la cirugía de la persistencia del conducto onfalomesentérico en neonato

Carlos Blasco Fernández ¹; Pilar Hernández Pinto ¹; Rocío Revuelta Zorrilla ¹; Carolina Alcalá Blanco ¹; Lucia Pedraja Ferreira ¹

¹Hospital Universitario marqués de Valdecilla

La persistencia del conducto onfalomesentérico (PCO) constituye una de las malformaciones congénitas más frecuentes de la región umbilical. Puede acompañarse de complicaciones como la hemorragia, invaginación, obstrucción y vólvulo intestinal, que incluso pueden poner en riesgo la vida del paciente. Puede manifestarse de diversas maneras, desde el divertículo de Meckel (la más frecuente) hasta una fístula enterocutánea completa. Presentamos el caso del manejo anestésico de un neonato con fístula enterocutánea completa. Neonato de 2 días de vida, de 3300 gr, con diagnóstico de conducto onfalomesentérico permeable (fístula vitelina), programado para resección quirúrgica. Monitorización: Pulsioximetría en mano derecha (preductal) y pie (postductal), Oximetría cerebral (NIRS), temperatura esofágica, sondaje vesical, Electrocardiografía, presión arterial no invasiva y capnografía. La inducción anestésica con sevoflurano, propofol y atropina. Intubación (TOT 3,5 cm con balón), bajo videolaringoscopia C-MAC pala 0 Miller; rocuronio y fentanilo. Mantenimiento con sevoflurano 3%. Fluidoterapia con Benelyte y SSF por epicutánea y catéter periférico 24 G. Colocación de catéter epidural con perfusión de L-bupivacaína 0,0625% 1-2ml/h intraoperatoria. Consideraciones especiales: Prevención pérdida de calor (T^a quirófano 25°C , cobertura con paños y plástico, fluidoterapia con Benelyte y SSF, manta de aire caliente). Dosis escritas de fármacos habituales y de emergencia, preparados. Se realiza laparotomía exploradora para resección del conducto y del fragmento de íleon sobre el que asentaba (unos 3cm) y anastomosis intestinal termino-terminal sin incidencias anestésicas. Se extuba en quirófano y se traslada a unidad de neonatología, siendo dado de alta a los 14 días postintervención.

PV-031. Tetralogía de Fallot no corregida en paciente pediátrica con policitemia severa. Manejo perioperatorio con sangría y vitamina K

Maria Jose Sanchez Martin¹; Marta Garcia Santigosa¹; Delia Acosta García¹; Abigail Villena¹; Alicia Merinero Casado¹

¹HI(HUVR)

Presentamos el caso de una paciente de 7 años de edad, diagnosticada de Tetralogía de Fallot, sin corrección previa ni seguimiento, para corrección quirúrgica. Exploración anodina, salvo soplo sistólico II-III/VI, acropaquias en dedos de manos y pies y Saturación de Oxígeno 55-60%. Derivada de su estado de Hipóxia crónica destaca la presencia de comorbilidades asociadas: Síndrome de hiperviscosidad por poliglobulia(Hcto. 75%), HTIC por dilatación de venas y senos venosos cerebrales con papiledema en FO, HTA sin engrosamiento de venas renales pero con nefromegalia. Se programa para corrección con las siguientes implicaciones: Hiperviscosidad secundaria a policitemia e imposibilidad de realizar estudio de coagulación por la hemoconcentración extrema, lo que plantea un reto para procedimientos invasivos o plan quirúrgico. Realizamos, tras inducción anestésica, Sangría terapéutica con el objetivo de reducir la viscosidad sanguínea y el riesgo trombotico, con sistema de recuperación Cell Saver. Administramos Vitamina K, ante la imposibilidad de evaluar el perfil de coagulación. Se realiza la Corrección completa de la tetralogía de Fallot sin incidencias, sin complicaciones hemorrágicas ni hemodinámicas. Analizamos las dificultades que dicha situación presenta así como la planificación cuidadosa con un enfoque multidisciplinario que debemos realizar para un manejo exitoso La presencia de policitemia en pacientes con cardiopatía cianóticas no corregidas representa un desafío clínico, especialmente en contextos quirúrgicos. La hiperviscosidad puede predisponer tanto a fenómenos tromboticos como hemorrágicos, el manejo con sangría terapéutica y vitamina K puede ser una estrategia segura y efectiva. Resaltamos la importancia de realizar la corrección temprana de esta cardiopatía.

PV-032. Desafíos técnicos y experiencia clínica con bloqueadores bronquiales para ventilación unipulmonar en pacientes <10kg

Diego Domínguez Flores¹; Gema Pino Sanz¹; Beatriz Martín Piñeiro¹; Sergio Sánchez-Palencia Taboada¹; Hugo Ahern Espinosa¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: La ventilación unipulmonar (VUP) en pacientes pediátricos de bajo peso representa un reto significativo debido al reducido calibre de la vía aérea y a la ausencia de dispositivos adaptados como los tubos de doble luz. La correcta selección de la técnica y del material disponible es crucial para garantizar la seguridad del procedimiento. Métodos: Describimos cuatro casos de pacientes pediátricos entre 7 y 10 kg sometidos a cirugía cardiorrespiratoria: tres correcciones de doble arco aórtico y una segmentectomía. En todos los casos se emplearon bloqueadores bronquiales de 5 Fr introducidos a través de tubos endotraqueales de calibre 4–4.5 bajo visión con fibrobroncoscopio pediátrico Vathin Zero

de 2.2 mm. Resultados: La ventilación unipulmonar fue eficaz y permitió una adecuada exposición quirúrgica sin complicaciones ventilatorias relevantes más allá de hipoxemia leve e hipercapnia controladas con gasometrías arteriales, sin importantes alteraciones del equilibrio ácido-base. En lactantes y niños pequeños, la falta de dispositivos específicos limita las opciones para VUP. La combinación de bloqueadores bronquiales finos con fibrobroncoscopia de pequeño calibre se presenta como una alternativa factible y segura, siempre que se cuente con el equipo adecuado y experiencia en su uso. El riesgo de hipoxemia, malposición y barotrauma exige monitorización estrecha y preparación para reconversión rápida a ventilación bilateral. Conclusiones: La VUP en <10 kg es técnicamente posible mediante bloqueadores bronquiales finos guiados por fibrobroncoscopia, constituyendo una alternativa viable ante la ausencia de tubos de doble luz pediátricos. La selección cuidadosa de los dispositivos y la experiencia del equipo son determinantes para el éxito

PV-033. Revisión de los resultados del tratamiento endovascular y el manejo anestésico para las malformaciones de la vena de Galeno en un hospital pediátrico terciario

Lorena Gómez Diago¹; Gastón Echaniz Barbero¹; Montserrat Fontanals Caravaca¹; Dmytro Luschenkov¹; Marta López Viñals¹

¹Hospital Sant Joan de Déu

Introducción: La malformación aneurismática de la vena de Galeno (MAVG) es una malformación vascular cerebral poco frecuente, pero potencialmente mortal. El tratamiento endovascular y la atención intensiva neonatal y pediátrica altamente especializada, junto con un enfoque multidisciplinario específico, han convertido a la MAVG en una enfermedad potencialmente curable con una supervivencia y unos resultados clínicos notablemente mejorados. Objetivo: Análisis retrospectivo de una serie de casos de pacientes con MAVG ingresados entre enero de 2005 y junio de 2022 en nuestro centro. Resultados: Se revisaron diez historias clínicas de pacientes con MAVG para evaluar la técnica anestésica, los medicamentos administrados y los resultados. Conclusiones: Encontramos como complicaciones más frecuentes la hemorragia cerebral, las convulsiones y el retraso del desarrollo.

PV-034. ¿Dolor o Agitación? Epidurografía como Clave Diagnóstica

Gonzalo Bautista Fernández¹; Isabel Rodríguez de la Iglesia¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Rocío Sánchez Prats¹; Francisco Reinos Barbero¹

¹Hospital Universitario la Paz

Introducción: Distinguir dolor de agitación psicomotriz en niños puede ser complejo. Presentamos el caso de una adolescente de 14 años, 40 kg, con antecedente de trasplante multivisceral, que desarrolló una infección severa de pared abdominal anterior, requiriendo cierre por segunda intención y curas repetidas. Se implantó un catéter epidural lumbar para control del dolor, pero la persistencia de agitación y necesidad de sedación motivó la duda de malposición del catéter epidural, realizándose una epidurografía para identificar la colocación anatómica de extremo distal catéter epidural. **Métodos:** Se administraron 4 ml de Iomeron (300 mg yodo/ml inyectable, para uso mielográfico) por el catéter epidural en cuidados intensivos, realizándose dos radiografías: una inmediatamente tras la administración del contraste y otra tras administrar 2 ml de suero fisiológico. El procedimiento se realizó mediante radiografía portátil. **Resultados:** La epidurografía permitió delinear con contraste el canal vertebral epidural lumbar mostrando bordes irregulares por agujeros de conjunción, confirmando la óptima colocación del catéter, descartando su malposición como causa del dolor. La paciente presentó agitación probablemente atribuible a ansiedad postoperatoria más que a dolor, lo que orientó el manejo clínico hacia la sedación y mantenimiento del catéter epidural, logrando una adecuada analgesia. **Conclusiones:** La epidurografía es una herramienta útil para el diagnóstico diferencial entre dolor y agitación postoperatoria, permitiendo una toma de decisiones clínica rápida y eficaz. Su uso en este contexto es poco frecuente en la literatura, pero en casos complejos puede ser determinante para el manejo seguro del dolor.

PV-035. Complicaciones asociadas al Trasplante Hepático Infantil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Nuestra experiencia en los últimos 10 años

Gloria Briones Gracia¹; Bárbara Ariza Martínez¹; Daniel Oswaldo Velandia Perez¹; María Pilar Pérez Navero¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción/objetivo: El trasplante hepático infantil es un tratamiento eficaz frente a enfermedades hepáticas como la atresia biliar, la hepatitis fulminante o los errores congénitos del metabolismo. Sin embargo, las complicaciones postoperatorias siguen representando un reto, destacando el rechazo agudo, las complicaciones vasculares o las alteraciones biliares. Nuestro objetivo es estudiar la incidencia de complicaciones asociadas al trasplante hepático pediátrico de nuestro hospital. **Método:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con 64 pacientes menores de 16 años trasplantados hepáticos en los últimos 10 años. **Resultados:** Encontramos 22 pacientes

menores de 1 año, 23 de 1-6, 12 de 7-12 y 7 mayores de 12 años, mayoritariamente mujeres (62.5%). Entre las complicaciones intraoperatorias destacan el sangrado que precisa hemoderivados (n=48), o el requerimiento de vasoactivos por síndrome posreperusión. La reintervención se eleva al 65.6%, en su mayoría por cierre de pared (n=13) y hemoperitoneo (n=11). Las complicaciones vasculares y biliares más frecuentes fueron la trombosis portal (n=18), la estenosis biliar (n=16) o la trombosis de la arteria hepática (n=12). La incidencia de rechazo y fallo renal agudos fue del 12.5%. Un 20% presentó sepsis o bacteriemia durante el ingreso, pese a la profilaxis antiviral/antibiótica. El trasplante se requirió en 7 pacientes, y la mortalidad en el posoperatorio inmediato-medio fue del 6.25%. Conclusiones: Dada su elevada incidencia y comorbilidad, se requiere mayor investigación para estudiar las complicaciones asociadas al trasplante hepático pediátrico y así, mejorar el seguimiento, el manejo médico-quirúrgico y la supervivencia.

PV-036. Evaluación ecográfica de la localización del anestésico tras bloqueo del nervio dorsal del pene con la técnica tradicional en pediatría: Serie de Casos

Miriam De La Maza¹; Ruben López Canós¹; Mónica Pérez Poquet¹; Sara Fuentes Carretero¹; Marc Bausili Ribera¹

¹Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducción: La circuncisión es un procedimiento común en la población pediátrica que puede generar un dolor postoperatorio significativo. El bloqueo del nervio dorsal del pene (BNDP) es una técnica regional eficaz, pero la técnica tradicional basada en referencias anatómicas presenta una tasa de fracaso del 4-8% y posibles complicaciones. El uso de la ecografía mejora la visualización de las estructuras anatómicas, lo que optimiza la colocación del anestésico local (AL) y aumenta la seguridad y eficacia. El objetivo de este estudio es evaluar ecográficamente la dispersión y colocación del AL tras realización del BNDP mediante la técnica tradicional por referencias anatómicas en pacientes pediátricos sometidos a circuncisión. **Material y Métodos:** Presentamos una serie de 5 pacientes pediátricos programados para circuncisión. El BNDP se realizó utilizando la técnica tradicional con 6-10 mL de AL y se evaluó su dispersión mediante ecografía. Se registró el dolor postoperatorio, la analgesia de rescate y complicaciones. **Resultados:** De los 5 casos evaluados, 3 (60%) presentaron dispersión adecuada del AL, mientras que 2 (40%) mostraron dispersión bilateral en planos más profundos. En 4 pacientes se administró 1 mcg/kg de fentanilo, paracetamol e ibuprofeno. En un caso se administraron 2 mcg/kg de fentanilo por alergia a antiinflamatorios. Ningún paciente requirió analgesia de rescate postoperatoria ni presentó complicaciones. **Conclusiones:** La ecografía permite evaluar la dispersión del AL. El BNDP ecoguiado podría mejorar la precisión de la distribución y reducir el volumen de AL. Se requieren más casos para confirmar su efectividad y reducción de complicaciones.

PV-037. Manejo Anestésico en la Reparación de Malformación Arteriovenosa de la Vena de Galeno con Parada Circulatoria Hipotérmica Profunda. A propósito de un caso

Luciano del Valle Sánchez¹; Alba Hernández Rico¹; Cristina Angorrilla Rodríguez¹; Marta Saez Parejo¹; Alicia Merinero Casado¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío

Título: Manejo Anestésico en la Reparación de Malformación Arteriovenosa de la Vena de Galeno con Parada Circulatoria Hipotérmica Profunda **Introducción:** La malformación arteriovenosa de la vena de Galeno (MAVG) es una patología vascular de elevada complejidad. En casos refractarios al tratamiento endovascular, la cirugía abierta con parada circulatoria hipotérmica profunda (PCHP) es una alternativa de rescate. **Descripción del caso:** Varón de 11 años (23 kg) con MAVG, historia de tres ictus hemorrágicos y fracasos de tratamiento endovascular. Se programó para reparación quirúrgica mediante un abordaje combinado (Neurocirugía y Cirugía Cardiovascular). Neurocirugía, en un primer momento, realizó la disección hasta encontrar la MAVG. Tras esto, se realizó la esternotomía y se inició la circulación extracorpórea mediante canulación central por parte de cirugía cardiovascular. Se llevó a cabo un enfriamiento progresivo hasta 16°C. Simultáneamente a la CEC e hipotermia, neurocirugía continuaba la disección para exposición de la MAVG. Antes de la parada, se optimizó la neuroprotección con tiopental, lidocaína, sulfato de magnesio y dexametasona. Fue entonces cuando se hizo una parada total de 20 minutos y se resecó la malformación con éxito. El tiempo de CEC fue de 321 minutos, precisando recalentamiento paulatino antes de la salida de esta. **Discusión y Conclusiones:** El pilar del manejo anestésico en la PCHP es mitigar la lesión por isquemia-reperusión. La combinación de hipotermia profunda con una estrategia farmacológica multimodal busca la máxima neuroprotección cerebral. La coordinación y comunicación constante entre anestesiología, cirugía y el equipo de perfusión es fundamental.

PV-038. Implementación de un Sistema de Alerta Precoz para la Detección de Pacientes Pediátricos en Riesgo de Parada Cardiorrespiratoria en el Perioperatorio

Selma Abubakra Abubakra¹; Beatriz Cabeza Martín¹; Marta García Navlet¹; Laia Pazó Sayós¹; Irene Hidalgo García¹

¹HGU Gregorio Marañón

Introducción: La parada cardiorrespiratoria (PCR) en pacientes pediátricos, aunque poco frecuente, conlleva alta morbilidad. La detección temprana del deterioro clínico permite intervenir precozmente y mejorar el pronóstico. Los sistemas de alerta precoz (SAP) basados en parámetros fisiológicos han demostrado efectividad en el ambiente hospitalario, pero presentan ciertas limitaciones para el entorno perioperatorio. **Objetivo:** Describir el diseño e implementación de un sistema de alerta precoz para identificar

pacientes pediátricos en riesgo de PCR en el contexto perioperatorio. Métodos: Propuesta de SAP basado en la sistemática de evaluación ABCDE del paciente en riesgo de PCR. Incluye parámetros fisiológicos y antecedentes del paciente que conllevan mayor riesgo de PCR al ser sometidos a anestesia, como una vía aérea difícil conocida o cardiopatías complejas, o circunstancias que aumentan el riesgo de complicación, como una infección respiratoria intercurrente. Se realizaron sesiones de formación a todo el personal implicado. Resultados: La implementación de este SAP aún está en desarrollo, pero de forma preliminar, observamos una mejoría en la identificación de pacientes en riesgo de PCR por parte de todo el equipo. Aún no disponemos de resultados para evaluar la eficacia del SAP propuesto para reducir la incidencia de PCR perioperatoria. Conclusión: La implementación de un sistema de alerta precoz en el perioperatorio pediátrico es factible y podría contribuir significativamente a la prevención de paradas cardiorrespiratorias. Estudios adicionales son necesarios para validar su impacto en la morbilidad y mortalidad.

PV-039. Traqueotomía emergente en preescolar de 3 años. Análisis de un caso

Alba María Iglesias del valle¹; Carmen Muñoz Corchuelo¹; Nicolas Burgos Gabriele¹; Carmen perez Garrido¹; Inmaculada Concepción López Sampedro¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas Almería

INTRODUCCIÓN Las particularidades de la vía aérea en niños es un aspecto fundamental en la atención sanitaria, ya que su anatomía y fisiología difieren significativamente de las de los adultos. En situaciones de emergencia garantizar una vía aérea segura y efectiva es crucial para prevenir complicaciones y asegurar una adecuada oxigenación y ventilación. **MÉTODOS** Preescolar de 3 años que ingresa por dificultad respiratoria, cuadro compatible con laringitis grave. Se inicia tratamiento médico con mejoría clínica transitoria. Posteriormente deterioro respiratorio con hipoxemia, estridor bifásico y tiraje por lo que se decide traslado a UCI Pediátrica. Se intenta VMNI persistiendo dificultad respiratoria y deterioro neurológico por lo que se decide intubación. Ante previsión dificultad contactan con anestesia y se intenta intubación con McGrath, CORMACK 1, encontrándose resistencia al paso de TET subglótico, se coloca ML igel nº 2. Se traslada a quirófano y se contacta con otorrinolaringología, se intenta IOT guiado por fibrobroncoscopio observándose importante edema en aritenoides, todo aparato glótico que se extiende hasta bronquios principales. Se intenta en 2 ocasiones, sin éxito. Finalmente se realiza traqueostomía y se traslada de nuevo a UCI-P con adecuada ventilación y estable. **RESULTADOS** La paciente evoluciona favorablemente en UCI-P en los días posteriores pudiendo ser alta y realizándose cierre de traqueostomía tras resolución del cuadro. **CONCLUSIONES** El trabajo en equipo en una vía aérea difícil pediátrica es fundamental para garantizar la seguridad y el éxito del procedimiento. La colaboración entre profesionales se vuelve esencial, anticipando y definiendo un plan ABC dentro del algoritmo.

PV-040. Crioanalgesia, más allá de la cirugía correctora de pectus excavatum

María Arellano Pulido¹; Raquel Arellano Pulido¹; Beatriz Cabeza Martín¹; Beatriz Rodríguez Sánchez¹; Arturo Pablo Melone Fiorito¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

El concepto de la crioanalgesia es congelar el nervio a -70 -80°C durante dos minutos para bloquear la transmisión del estímulo doloroso a la médula. Se produce una degeneración walleriana, provocando una analgesia durante aproximadamente 1-2 meses con una reconstitución íntegra del nervio a posteriori de forma progresiva. Las primeras publicaciones del uso de la crioanalgesia para el dolor postoperatorio datan del año 1996 para toracotomías. Más tarde, en torno al 2010, se comenzó de nuevo a utilizar en cirugía correctora de pectus, ampliamente utilizada hoy en día en la población pediátrica. Presentamos el caso de una paciente de 15 años, con neuralgia intercostal secundaria a escoliosis idiopática, que iba a ser sometida a fusión dorsolumbar y costoplastia en el mismo acto quirúrgico. Realizamos crioanalgesia bilateral guiada por ecografía de T3 a T10 previa a la cirugía. El manejo del dolor en el postoperatorio se llevó a cabo con una perfusión continua de fentanilo+metamizol consiguiendo suspender la medicación intravenosa y realizar la transición a vía oral al cuarto día postoperatorio, con desaparición de la neuralgia intercostal en el postoperatorio agudo y en el seguimiento a los dos meses en la consulta de dolor crónico. La crioanalgesia se ha utilizado para el bloqueo de nervios intercostales con el fin de proporcionar un control del dolor de acción prolongada en el momento de la cirugía. Con la crioanalgesia, conseguimos una analgesia del tórax de aproximadamente 3 meses, pudiendo utilizarse en otros tipos de cirugías y en pacientes con dolor crónico.

PV-041. Manejo de paciente con hemofilia A en cirugía urgente

María del Carmen Baena Navarro¹; Sandra Pandiella Martínez¹; Irene González Pascual¹; Jose Alberto Cabero Pérez¹; Beatriz Blanco Cuevas¹

¹CAULE

INTRODUCCIÓN: La hemofilia A es una enfermedad hereditaria, recesiva ligada al cromosoma X. Consiste en un déficit del factor VIII de la coagulación. Su gravedad radica en el sangrado agudo, que afecta a la calidad de vida de los pacientes. El Factor VIII es el tratamiento de elección. Sin embargo, se han desarrollado otras terapias, como el Evacizumab, un cofactor activador del Factor X. Aunque éste presenta muy buenos resultados en prevención de la hemorragia; no está indicado su uso en sangrados agudos. **CASO:** Paciente varón de 10 años diagnosticado de hemofilia A Bevacizumab los 4 años. En seguimiento estrecho por consultas de hematología, el paciente está en tratamiento con Advate 500 UI/48 hr y Hemlibra (Emicizumab) s.c. semanalmente. El paciente ingresa para ser intervenido de forma urgente de apendicitis. Se mantiene estable, a excepción de dolor abdominal generalizado. Previo a la intervención, se administra Factor VIII (1500UI) iv. Se procede a la inducción intravenosa, con propofol, fentanilo y rocuronio; y se intuba al

paciente (CL I, N° 6). La cirugía se lleva a cabo por vía laparoscópica, un solo puerto. Dada la abundante inflamación y perforación del apéndice, el paciente presenta hemorragia intraoperatoria que requirió dosis extra de Factor VIII (1500 UI). Tras 1h y media de cirugía el paciente se extubó sin complicaciones. **CONCLUSIÓN:** Si bien existen datos de cirugía menor realizada sin necesidad de reponer Factor VIII adicionalmente; en cirugía mayor y con riesgo de sangrado, se recomienda su administración profiláctica. Además, de una adecuada vigilancia postoperatoria.

PV-042. Complicaciones respiratorias durante inducción anestésica por en paciente con infección por CMV

**Sonia Rodríguez Mendoza¹; Elena Méndez Martínez¹; Óscar Iglesias Fernández¹;
Enrique Acha Isasi¹; Nerea Tamés García¹**

¹Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN La detección de clínica infecciosa respiratoria antes de una intervención programada forma parte de nuestra práctica clínica habitual. ¿Qué pasa cuando nos encontramos ante una infección subclínica? **CASO CLÍNICO** Varón de 1 mes de vida, exprematuro, ingresado en UCINeo desde hace un mes. Asintomático desde el pdv respiratorio. Inducción intravenosa. Tras intubación se objetiva broncoespasmo severo que se trata, con mejoría parcial. Dada la gran espasticidad y la falta completa de mejoría, se decide retirar tubo endotraqueal para recolocación. Se ventila nuevamente con mascarilla facial, mejorando inmediatamente. Se repite procedimiento volviendo a darse la situación anterior y finalizando en PCR. Tras resucitación < 1 minuto, se recuperarFC pero no se consigue SpO2 óptima (80%). Se vuelve a extubar, recuperando completamente con mascarilla facial. Se decide revertir Rocuronio y traslado a UCINeo. Se realiza test de virus respiratorios, objetivándose CMV + lo que se demora la cirugía hasta negativización. **DISCUSIÓN** Nos encontramos ante un paciente de riesgo desde el punto de vista respiratorio debido a su exprematuridad. Además, presenta una infección aparentemente subclínica que no había sido detectada durante el ingreso. ¿Es acaso el tubo endotraqueal el responsable del cuadro viendo la mejoría inmediata cada vez que se retira? **CONCLUSIÓN** Debemos plantear la necesidad de premedicar de forma sistemática a aquellos pacientes de riesgo que puedan sufrir complicaciones respiratorias perioperatorias. Este caso podría plantearnos la duda razonable de si merece la pena realizar un test de virus respiratorios a aquellos pacientes de riesgo que lleven largo tiempo de ingreso.

PV-043. La importancia de la experiencia: manejo de vía aérea difícil conocida en paciente con Síndrome de Edwards

Anna Berbís Sánchez¹; Esther Romero Vargas¹; Sílvia Ferri Martín¹; Raul Ibáñez Martínez¹; Rafael Jose Badenes Quiles¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia

El síndrome de Edwards (SE) (trisomía 18) es una alteración cromosómica grave asociada a múltiples malformaciones y mortalidad del 95% en el primer año de vida. El manejo anestésico en estos casos representa un desafío por sus comorbilidades cardiovasculares, respiratorias y las frecuentes dificultades anatómicas de vía aérea. Se presenta una paciente mujer de 3 años de edad con SE y afectación de múltiples órganos que ingresó para cierre quirúrgico de gastrostomía ante extravasación de contenido. En la historia clínica constaba una vía aérea difícil (VAD) conocida y a la exploración presentaba múltiples predictores de VAD típicas del SE (retrognatia, apertura bucal limitada, apiñamiento dental y macroglosia). Se decidió realizar IOT en ventilación espontánea con videolaringoscopia. Se realizó sedación secuencial con sevoflurano y se empleó videolaringoscopia con pala angulada C-MAC nº2 en la que se observó un grado de Cormak-Lehane III, con burp se visualizaban las aritenoides por lo que se administraron 5mg de rocuronio y se procedió a IOT sin incidencias. Tras la intervención se extubó y se inició VMNI, pasando a UCI-P. El abordaje de la VAD conocida en el paciente pediátrico debe individualizarse según las características del paciente y la experiencia del anestesiólogo. Las guías recomiendan sedación con mantenimiento de la ventilación espontánea y empleo del fibrobroncoscopio como gold standard, seguido de uso de dispositivos supraglóticos y de laringoscopia diagnóstica, puntualizando que la técnica empleada debe ser aquella en la que el anestesiólogo tenga más experiencia, motivo por el cual en este caso se empleó la videolaringoscopia.

PV-044. Anestesia en paciente con Síndrome de Brugada: ¿qué puedo usar?

Carolina Alcalá Blanco¹; Mercedes Del Olmo Falcones¹; Rocio Revuelta Zorrilla¹; Cristina Lapuerta García¹; Ana Ezquerro Marigomez¹

¹Hospital Universitario marqués de Valdecilla

El síndrome de Brugada es una cardiopatía arritmogénica que predispone a taquicardias ventriculares. Pueden desencadenarse durante intervenciones quirúrgicas debido al uso de fármacos, estrés quirúrgico y/o alteraciones del sistema nervioso autónomo. Presentamos el caso de un varón de 13 años y 60 kg, que ingresa para cirugía urgente por fractura de tibia y peroné. Como únicos antecedentes presenta una enfermedad de von Willebrand leve y un Síndrome de Brugada (padre síndrome de Brugada con DAI). Sin tratamiento habitual. Se realiza anestesia general, con monitorización estándar, premedicación con midazolam e inducción inhalatoria con sevoflurano. Se coloca

maskarilla laríngea nº 3. Mantenimiento con sevoflurano y bolos intermitentes de fentanilo. La cirugía transcurre sin incidencias. Postoperatorio inmediato monitorizado sin complicaciones, es enviado a planta de hospitalización con paracetamol y rescates de morfina para control del dolor. El objetivo es actualizar las recomendaciones en el manejo anestésico en pacientes con síndrome de Brigada. Discusión El síndrome de Brugada limita el uso de determinados fármacos muy utilizados en la práctica anestésica habitual como son el propofol, la ketamina, la bupivacaina o la licocaina. Ante esta situación se decide anestesia general con inducción inhalatoria. Los opioides menores tipo Tramadol se encuentra igualmente limitados en estos pacientes, por lo que decidimos utilizar opioides mayores para el control del dolor. Conclusión Las arritmias graves pueden ser la respuesta a múltiples factores durante las intervenciones quirúrgicas en el síndrome de Brugada. Un manejo anestésico seguro requiere conocer bien la enfermedad y los fármacos que pueden inducir arritmias fatales.

PV-045. Suspensión quirúrgica de última hora

María del Carmen Baena Navarro¹; Daniel Díaz Burgos²; Karina Ivanova Sifontes Romero³; Sandra Pandiella Martínez¹; Ernesto Martínez García³

¹CAULE; ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ³Hospital Niño Jesús

INTRODUCCIÓN: La suspensión quirúrgica es un hecho frecuente que afecta negativamente tanto al equipo quirúrgico, como a pacientes y familiares. Las consecuencias son peores en el ámbito pediátrico, pues suelen ser centros de referencia; obligando al desplazamiento de los pacientes; así como absentismo laboral paternal, ansiedad preoperatoria de los niños... El objeto del estudio es identificar las causas más frecuentes y factores relacionados con la cancelación quirúrgica. **MÉTODO:** Se obtuvieron datos de cancelación quirúrgica del Hospital Niño Jesús de Madrid entre mayo de 2024 y abril de 2025 contabilizándose 236 cancelaciones en menores de 18 años. Las variables analizadas son: edad, fecha y turno de la intervención, especialidad quirúrgica, y motivo de suspensión. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y analítico usando el sistema SPSS. **RESULTADOS:** La causa más frecuente de suspensión es la enfermedad intercurrente (52,5%). La edad de más suspensiones es la comprendida entre los 0-5 años (40'7%). La especialidad quirúrgica con mayor tasa de suspensión es cirugía pediátrica (29'7%). El rechazo a la intervención supone un 20% de la suspensión quirúrgica. La mayoría de las cancelaciones se producen en primavera (30'9%). Podría existir relación entre la causa de suspensión y la época del año. **CONCLUSIONES:** La enfermedad intercurrente es la principal causa de suspensión. Una mejora en la eficiencia de los circuitos quirúrgicos (p. ej. consulta preoperatoria próxima al día de la intervención) podría ayudar a abordar este problema. La implicación multidisciplinar tanto del servicio quirúrgico como de anestesiología es fundamental para la mejora del sistema.

PV-046. Simulación como herramienta para la creación de un nuevo circuito (muy) alejado de quirófano

Lara Jiménez García¹; Hugo Ahern Espinosa¹; Cristina Del Río Peña¹; María Dolores Méndez Marín²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre; ²Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: La atención en Radioterapia y Radiocirugía en el Hospital Universitario 12 de Octubre ha precisado de la creación de un nuevo circuito asistencial extrahospitalario, dada la ubicación de dicho Servicio que está separado del edificio principal, inaugurado en octubre de 2024. Esta situación plantea retos logísticos y de seguridad en pacientes pediátricos, especialmente aquellos que requieren anestesia general. Objetivo: Diseñar, implementar y evaluar mediante simulación in situ un circuito asistencial seguro y eficiente para pacientes pediátricos sometidos a tratamientos de radioterapia y radiocirugía, con énfasis en la coordinación interprofesional. Método: Se desarrolló una jornada de simulación el 27 de junio de 2025, centrada en el traslado extrahospitalario en ambulancia de un paciente pediátrico anestesiado desde Neurorradiología Intervencionista hasta Radioterapia. Participaron todos los Servicios implicados. Se empleó un maniquí de baja fidelidad con halo craneal, respirador de transporte y bombas de infusión. Resultados: Se identificaron deficiencias materiales (colchón de vacío, sujecciones, climatización), comunicativas (posición del paciente en ambulancia, cobertura de telefonía móvil) y logísticas (trazado del recorrido). La simulación permitió reorganizar espacios, optimizar recursos y reforzar competencias no técnicas. Conclusiones: La simulación in situ fue una herramienta clave para detectar y corregir brechas en el nuevo circuito asistencial pediátrico. Su implementación periódica fortalece el aprendizaje interprofesional, favoreciendo la transferencia de competencias a la práctica clínica real y mejorando la seguridad del paciente. Es fundamental que las instituciones den el valor e integren la simulación como un recurso estratégico de mejora continua.

PV-047. Manejo anestésico en cirugía combinada Ross-Konno y recambio mitral en lactante con cardiopatía congénita compleja

Marta Boned García¹; Patricia García Robledo¹; Victoria Reig Calabuig¹; Mercedes Sanchez Velo¹; Beatriz Ybañez García¹

¹Hospital Doce de Octubre

Se presenta el abordaje anestésico intraoperatorio en un lactante de 5 meses (5,7 kg) con antecedentes de rabdomiomas intracardíacos resecados parcialmente y evolución a doble lesión mitral e insuficiencia aórtica severa secundaria a cirugía previa. El paciente fue intervenido mediante técnica de Ross-Konno asociada a recambio mitral con prótesis mecánica. La intervención consistió en sustitución de la válvula aórtica displásica por la válvula pulmonar nativa, colocación de un conducto Contegra de 14 mm en posición pulmonar, miectomía del VI y recambio de válvula mitral por una prótesis mecánica de 17

mm. La anestesia se planificó anticipando dificultad técnica, sangrado masivo y riesgo arrítmico. Se utilizó monitorización invasiva, ecocardiografía transesofágica y anestesia balanceada con sevoflurano, opioides y relajantes neuromusculares. Tiempo de CEC: 360 minutos; tiempo de pinzamiento aórtico: 240 minutos. Tras la CEC, el paciente presentó bloqueo AV completo sin ritmo de escape, iniciándose estimulación epicárdica en modo DDD. Posteriormente desarrolló fibrilación ventricular, revertida con desfibrilación. El sangrado intraoperatorio fue significativo, requiriendo transfusión masiva y factor VIIa. Se instauró soporte vasoactivo con adrenalina, dopamina y milrinona. El paciente ingresó en UCI en situación hemodinámica estable. La cirugía cardiaca combinada en lactantes con cardiopatía congénita compleja representa un desafío anestésico que requiere preparación minuciosa, monitorización avanzada y capacidad de respuesta inmediata ante complicaciones hemodinámicas o arrítmicas.

PV-048. Manejo anestésico en cirugía de emergencia en paciente con alta sospecha de cardiopatía familiar

Óscar Iglesias Fernández¹; Elena Méndez Martínez¹; Nerea Tamés García¹; Beatriz Crego del Val¹; Sonia Rodríguez Mendoza¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN El conocimiento de las enfermedades hereditarias familiares, forma parte de nuestra anamnesis habitual con los pacientes pediátricos. Es importante el estudio ante la sospecha de una, pero, ¿qué pasa cuando estamos ante una cirugía emergente? **CASO CLÍNICO** Varón 13 años, cirugía urgente por torsión testicular. Durante la anamnesis, constatamos que su padre es poseedor de un DAI por Brugada y que además tiene genética positiva para QT largo familiar. El paciente no ha sido estudiado. Dado que nos encontramos ante una cirugía no demorable y que ambas enfermedades pueden interferir con la anestesia, después de una revisión rápida (ayudas visuales), se realiza anestesia general. Se realiza inducción bajo Midazolam + Fentanilo + Rocuronio. Dado que en el ECG basal no visualizamos alteración del QT, se realiza mantenimiento con dosis mínimas de Sevoflurano según BIS y tras administración de Sulfato de Magnesio IV. El intraoperatorio transcurre sin incidencias y se transfiere a UCIP para vigilancia. Se solicita interconsulta a Cardiología. Finalmente, el estudio genético resulta positivo para SQL1. **DISCUSIÓN** Las cardiopatías siempre deben tenerse en cuenta a la hora de la realización de una anestesia general. Ante la duda razonable de que estemos ante una, debemos actuar con precaución. **CONCLUSIÓN** En este caso, la cirugía urgente fue clave para que el paciente fuera estudiado por Cardiología, obtener el diagnóstico e iniciar un tratamiento. El disponer de ayudas visuales para consulta rápida en una situación de urgencia, fue imprescindible para el adecuado desarrollo de la anestesia: SIEMPRE deben tenerse a mano.

PV-049. Cirugía torácica en el prematuro extremo: a propósito de un caso con enfisema lobar congénito

Adrián Hernández Moya¹; María Blanco Crespo¹; Alicia Díaz Ruz¹; Sonia Garcés Sánchez¹; María Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Introducción: El enfisema lobar congénito (ELC) es una malformación pulmonar rara que puede causar insuficiencia respiratoria severa en neonatos y lactantes. Su tratamiento habitual es la lobectomía, procedimiento que representa un reto anestésico considerable, especialmente en pacientes con antecedentes de prematuridad extrema. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un recién nacido prematuro de 27 semanas de gestación, con 1200 gramos de peso, con diagnóstico de ELC del lóbulo superior izquierdo, precisando una lobectomía por toracotomía en las primeras 48 horas de vida. La cirugía se realizó en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) por la inestabilidad cardiorrespiratoria del paciente. La sedoanalgesia se mantuvo con perfusión continua de dexmedetomidina y bolos de pentotal, así como de fentanilo. Se avanzó el tubo endotraqueal hasta el bronquio principal derecho para realizar la ventilación unipulmonar. Durante la intervención, el neonato presentó desaturaciones hasta del 88%, necesitando aumentos progresivos de FiO₂; e inestabilidad hemodinámica que precisó de perfusión de dopamina para su control. Puntualmente, se produjo la extubación accidental intraoperatoria secundaria a la tracción quirúrgica del pulmón, que requirió la reintubación orotraqueal urgente. Además, el paciente exigió politransfusión, tanto de concentrados de hematíes como plasma fresco congelado, debido al sangrado significativo durante la resección pulmonar. **Conclusiones:** El manejo anestésico en cirugía torácica del ELC en pacientes prematuros extremos demanda una estrategia individualizada y cuidadosa; y supone un verdadero reto anestésico. Es necesario un abordaje específico para minimizar posibles complicaciones como el barotrauma, la hipoxemia o la inestabilidad hemodinámica.

PV-050. Rash y taquicardia durante inducción con sevoflurano: ¿reacción pseudoalérgica inducida por estrés?

Beatriz Crego del Val¹; Elena Méndez Martínez¹; Sonia Rodríguez Mendoza¹; Nerea Tamés García¹; Enrique Acha²

¹Hospital Universitario Central de Asturias; ²Isasi

Introducción: Las reacciones pseudoalérgicas en anestesia general simulan reacciones alérgicas, pero carecen de un mecanismo inmunológico subyacente y pueden llegar a representar un porcentaje elevado de los eventos adversos intraoperatorios graves. Suelen estar mediadas por la liberación inespecífica de histamina desde mastocitos, inducida por fármacos o estímulos físicos como el estrés. **Caso clínico:** Varón de 14 años programado para hernioplastia inguinal bajo anestesia general. Durante la inducción inhalatoria con sevoflurano presenta taquicardia sinusal (hasta 170 lpm) y rash cutáneo generalizado. Se

interrumpe la inducción, se canaliza una vía venosa y se procede a una nueva inducción intravenosa sin incidencias, incluso tras reexposición posteriormente a sevoflurano durante el mantenimiento anestésico. El exantema desaparece progresivamente y el paciente se estabiliza hemodinámicamente. Discusión: Si bien la bibliografía describe reacciones histaminérgicas con múltiples fármacos anestésicos como relajantes musculares y opioides entre otros, existe escasa evidencia en relación a los anestésicos halogenados inhalatorios. En este caso, la rápida reversión del cuadro y la tolerancia posterior al sevoflurano orientan hacia una reacción pseudoalérgica inducida por estrés, incluso sin mediación farmacológica. El servicio de alergología coincidía con el diagnóstico apoyado por antecedentes similares del paciente en contextos de ansiedad. Conclusión: La evaluación cuidadosa de estos eventos es esencial para evitar atribuciones erróneas de alergia a fármacos. Este caso resalta la importancia de considerar el estrés como factor desencadenante de reacciones pseudoalérgicas durante la inducción anestésica.

PV-051. Reparación de onfalocele gigante con sistema de tracción fascial Fasciotens®

Mercedes Sánchez Velo¹; Carlos Manrique de Lara¹; Alicia Gómez Sánchez¹; Victoria Reig Calabuig¹; Marta Boned García¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

Reparación de onfalocele gigante con sistema de tracción fascial Fasciotens® El onfalocele gigante es un defecto congénito de la pared abdominal con una incidencia de 0,5 a 1/10.000 nacidos vivos. El abordaje del cierre de la pared abdominal en estos casos, especialmente en aquellos con epitelización del saco y pérdida de derecho a domicilio, se prefiere realizar de manera diferida, ya que se asocia a mejores resultados respiratorios y menor riesgo de hipertensión abdominal. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 5 años y 17 kg con onfalocele gigante epitelizado, con comorbilidades respiratorias y neurológicas, que se somete al cierre definitivo de pared abdominal con el dispositivo Fasciotens® tras inyección de toxina botulínica y preacondicionamiento con neumoperitoneo progresivo. Los retos anestésicos durante la cirugía fueron principalmente el manejo del dolor, para lo cual se empleó un catéter epidural torácico, y la inestabilidad hemodinámica debida a la manipulación quirúrgica, que requirió el uso de drogas vasoactivas. Tras varias semanas de tratamiento, hubo que recurrir a la terapia VAC para completar el cierre de la pared abdominal por las complicaciones infecciosas y hemodinámicas que surgieron en el postoperatorio. A pesar del uso creciente del dispositivo Fasciotens® en paciente pediátrico y sus resultados prometedores, hay escasa evidencia acerca de su indicación en pacientes de este rango de edad. Además, este caso ilustra la complejidad del manejo anestésico tanto en el intra como el postoperatorio y las posibles complicaciones asociadas al uso de sistemas de tracción fascial.

PV-052. Implementación de un protocolo de analgesia multimodal para mejorar el control del dolor postoperatorio en cirugía de pectus excavatum con técnica de Nuss

Roberto León¹; Gastón Echániz¹; Pelayo Florez¹; M^o Carme Roqueta¹

¹Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Introducción: La cirugía de Nuss, empleada para corregir el pectus excavatum, suele generar un dolor postoperatorio intenso debido a la manipulación costal y la presión ejercida por la barra correctora. Tradicionalmente, se ha utilizado analgesia basada en opioides sistémicos, pero sus efectos adversos y la prolongación en la recuperación han impulsado el desarrollo de enfoques multimodales. Estas estrategias combinan técnicas regionales y fármacos coadyuvantes. **Método:** Este estudio evaluó la implementación de un protocolo de analgesia multimodal en pacientes sometidos a cirugía de Nuss. El protocolo incluyó bloqueo del plano del músculo erector de la espina (ESP) torácico bilateral guiado por ultrasonido con levobupivacaína y dexametasona, además de perfusión intraoperatoria de clonidina y ketamina. Se compararon dos grupos: uno con el protocolo analgésico tradicional (crioanalgesia y morfina) y otro con el nuevo enfoque. **Resultados:** Los pacientes tratados con la estrategia multimodal presentaron una reducción significativa del dolor en las primeras 24 y 48 horas, menor consumo acumulado de opioides (de 4,11 días con PCA a 3 días), y menos efectos secundarios como náuseas. Asimismo, mostraron una recuperación funcional más rápida, reduciendo la estancia hospitalaria de 5,5 a 4,25 días. **En conclusión,** el protocolo de analgesia multimodal basado en bloqueo ESP y perfusión de clonidina y ketamina demostró ser eficaz para mejorar el control del dolor, disminuir el uso de opioides y acelerar la recuperación en cirugía de Nuss. Se recomienda su implementación sistemática.

PV-053. Programa para la formación en Reanimación Cardiopulmonar en el bloque quirúrgico infantil

Irene Hidalgo García ¹; Jimena Del Castillo Peral ¹; Ana Peleteiro Pensado ¹; Mónica Hervías²; Marta García Navlet ¹

¹HGU Gregorio Marañón; ²Sanz

Introducción: La parada cardiorrespiratoria pediátrica intrahospitalaria es un evento infrecuente que puede tener consecuencias devastadoras. El conocimiento de las peculiaridades de la parada en nuestro entorno favorece el reconocimiento precoz de la misma y el entrenamiento como equipo, y en el mismo lugar del evento, brinda herramientas para la instauración de unas maniobras de reanimación cardiopulmonar de calidad. **Objetivo:** Describir el diseño del plan para el mantenimiento de habilidades en RCP pediátrica en el bloque quirúrgico infantil de nuestro hospital. **Métodos** Se estructuró un plan de formación que englobara habilidades técnicas y habilidades no técnicas. Para ello se impartieron 4 sesiones teóricas multidisciplinares al año centradas en diferentes aspectos de la RCP. Se organizaron talleres en grupos reducidos para el entrenamiento de

habilidades técnicas y se organizaron simulaciones mensuales por especialidades en quirófano y en URPA. Resultados A pesar de la limitación de datos por la reciente aplicación de este programa, las encuestas iniciales de valoración recogen un alto grado de satisfacción con el programa, sobre todo de las simulaciones específicas por especialidad llevadas a cabo en los quirófanos. Conclusiones Es esencial el entrenamiento periódico en equipo para la resolución de situaciones de crisis. Las simulaciones en el mismo lugar del evento brindan oportunidades únicas de aprendizaje y mejora. El impacto en la actividad asistencial ha de ser sostenible.

PV-054. Manejo anestésico de neonato con teratoma en ventrículo derecho

Patricia García Robledo¹; Lara Jiménez García¹; Pablo Enrique Gómez de Castro¹; Marta Boned García¹; Gema Pino Sanz¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: Los teratomas intracardiacos neonatales son excepcionalmente raros (<0,14 % de tumores cardíacos primarios) y pueden ocasionar obstrucción del tracto de salida ventricular y compromiso hemodinámico. El diagnóstico prenatal permite una preparación estratégica y multidisciplinar que mejora el pronóstico. **Descripción del caso:** Recién nacida de 3 kg diagnosticada prenatalmente de masa en el VD con protrusión hacia el tracto de salida, estenosis pulmonar grave e insuficiencia moderada. Requirió desde el nacimiento perfusión con PG E1 por circulación pulmonar ductus-dependiente. A las 72h de vida se realizó resección completa bajo CEC, con ligadura ductal y comisurotomía de la válvula pulmonar. El estudio anatomopatológico confirmó teratoma quístico maduro con márgenes libres. El manejo anestésico se centró en evitar el cierre ductal (FiO₂ controlada, PaCO₂ normal-alta) y prevenir hipotensión para mantener el gradiente sistémico-pulmonar. Se evitaron aumentos de resistencias pulmonares mediante normotermia y ventilación protectora. Se empleó inducción lenta con sevoflurano, fentanilo y rocuronio, con soporte vasoactivo preparado y monitorización avanzada (PAI, PVC, BIS, INVOS) En el post operatorio presentó disfunción ventricular izquierda y restricción del VD, con inestabilidad que requirió reapertura torácica y soporte inotrópico intensivo. Evolución favorable con extubación al 8º día PO. **Conclusiones:** El manejo anestésico en neonatos con masas intracardiacas debe adaptarse a la repercusión funcional. En presencia de fisiología ductus-dependiente, es importante preservar la perfusión pulmonar, controlar resistencias vasculares y mantener la estabilidad. La monitorización avanzada, soporte vasoactivo y planificación multidisciplinar resulta fundamental para reducir riesgos y mejorar el pronóstico.

PV-055. Más allá del bisturí: El rol anestésico en cirugía robótica hepática infantil

Celia Miñano Frutos¹; Inmaculada García Salmerón¹; Alba Quiles Hevia¹; Ricardo Robles Campos²; Carlos García Palenciano¹

¹Servicio de Anestesiología, Reanimación y Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); ²Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva robótica hepática es un campo en desarrollo en el paciente pediátrico. La literatura es escasa y limitada a reportes individuales. Esta técnica quirúrgica presenta unas particularidades como la posición extrema en antitrendelemburg a 15º, riesgo hemorrágico elevado, hipotermia o situaciones emergentes con el robot acoplado. Estas situaciones suponen nuevos retos que deben ser puestos en conocimiento. **Métodos:** Varón de 13 años con masa hepática en lóbulo hepático derecho de volumen 523cc. Como comorbilidad presenta un déficit de glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa. Se realiza hepatectomía derecha total mediante técnica robótica. La cirugía tuvo una duración de 9 horas con unas pérdidas hemáticas estimadas de 300cc. Se realizó anestesia general en combinación con administración de morfina intratecal. Ante una cirugía de alto riesgo hemorrágico se canalizó un acceso venoso central de alto flujo. Las alteraciones hemodinámicas derivadas de las modificaciones de precarga secundarias a posición de antitrendelemburg 15º y clampajes de estructuras vasculares fueron monitorizadas con ecocardiografía transesofágica y sistema PICCO, siendo recogidas en la comunicación. **Resultados:** El procedimiento fue realizado sin incidencias, con apoyo puntual de fluidoterapia y vasopresores a dosis variables. El postoperatorio cursó sin síntomas de crisis hemolítica. Como complicación el paciente presentó un serohematoma de lecho quirúrgico que precisó de drenaje percutáneo. Durante el seguimiento el paciente permanece asintomático y sin recidiva radiológica. **Conclusiones:** La anestesia en cirugía robótica presenta una serie de peculiaridades que deben ser conocidas. Presentamos el primer caso de cirugía robótica pediátrica realizado en nuestro país.

PV-056. Manejo anestésico en cirugía toracoscópica bilateral para visualización de tumores pulmonares mediante inhalación de verde de indocianina: A propósito de un caso

Teresa Vich Sampedro¹; Leidy Mar De Abreu Graterol¹; Leire Canibe Galiana¹; Alberto Rando Pérez¹; David Fabián González¹

¹Hospital Universitario Son Espases

Objetivo: Describir el manejo anestésico, eficacia y seguridad de la nebulización de verde de indocianina (ICG) para la localización intraoperatoria de metástasis pulmonares pequeñas durante la cirugía toracoscópica asistida por video (VATS). **Método:** Paciente de 12 años con sarcoma indiferenciado y metástasis pulmonares bilaterales. Durante la

metastasectomía por VATS, a través de un tubo doble lumen izquierdo de 26 Fr. se nebulizó ICG (0,25 mg/kg por pulmón) mediante un sistema de malla vibratoria conectado al tubo en T del circuito de ventilación. Se monitorizó de forma continua la respuesta ventilatoria y hemodinámica. Resultados: La nebulización permitió la detección satisfactoria del 100% de las lesiones tumorales, localizándose las dos existentes en ambos pulmones. Sin embargo, se observaron complicaciones transitorias, como hipoxemia, aumento de presiones pico y condensación en el filtro HEPA. La tolerancia a la ventilación unipulmonar fue variable, precisando ajustes de FiO₂ y ventilación manual durante la nebulización. No se observaron repercusiones clínicas significativas en el periodo perioperatorio. Conclusión: La nebulización de ICG es una técnica prometedora para mejorar la localización intraoperatoria de nódulos pulmonares por VATS. Aunque ofrece ventajas sobre la vía intravenosa, los efectos fisiológicos observados, especialmente el desequilibrio ventilación/perfusión, exigen una monitorización cuidadosa. Se requieren estudios adicionales para estandarizar dosis, tiempos y protocolos anestésicos en el ámbito pediátrico.

PV-057. Estrategia analgésica multimodal en cirugía de resección torácica amplia de sarcoma de Ewing costal

Deiba Anwar Nadir Parveen¹; Joanes Ros Bernaola¹; Estibaliz Lopez Gonzalez¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Sira Gomez Navarro¹

¹Hospital Universitario de Cruces

Introducción: El sarcoma de Ewing es el segundo cáncer de hueso más común en niños. La quimioterapia neoadyuvante y la cirugía de resección son el principal tratamiento. Se manifiesta con dolor, hinchazón y sensibilidad cerca del área afectada. **Método:** Estrategias de analgesia multimodal para manejo del dolor en cirugía de resección torácica alta, a propósito de un caso. **Resultados:** Presentamos el caso de una paciente de 8 años con sarcoma de Ewing costal T2. El abordaje quirúrgico fue a través de una incisión posterolateral supraescapular derecha, realizando resección en bloque del 2º-3er arco costal posterior derecho. Se colocó un catéter epidural torácico T5-T6 (lo más alto posible sin ocupar el campo quirúrgico). Se combinó analgesia convencional, paracetamol (15 mg/kg) e ibuprofeno (10 mg/kg), con morfina epidural (30 mcg/kg) y perfusión epidural de Ropivacaína 0,2% a 8ml/h. Se añadió dexmedetomidina en perfusión continua intravenosa a 0,7 mcg/kg/h. La paciente se mantuvo estable hemodinámicamente durante la intervención sin precisar rescates analgésicos. Permaneció ingresada dos noches en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica) con buen control del dolor con analgesia de primer nivel y perfusión epidural. Recibió el alta al 3er día postoperatorio. **Conclusiones:** La epidural torácica es la técnica locorregional estándar para analgesia intra y postoperatoria en cirugía torácica. La combinación de técnicas analgésicas locorregionales e intravenosas es una estrategia eficaz en resecciones torácicas altas. Su biodisponibilidad perimedular y la migración rostral explican los niveles de analgesia alcanzados con morfina epidural.

PV-058. Presencia familiar durante la inducción anestésica pediátrica: ¿qué opina el bloque quirúrgico? Estudio transversal sobre actitudes y experiencias

Mónica Pérez Poquet¹; Núria Margarit Estragués¹; Carme Grande Morenillo¹; Sara Fuentes Carretero¹; Marc Bausili Ribera¹

¹Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducción: La presencia de familiares durante la inducción anestésica pediátrica (PFIA) es una práctica humanizadora del entorno quirúrgico. El objetivo de este estudio es analizar opinión, nivel de ansiedad y grado de aceptación del personal quirúrgico e identificar factores profesionales y demográficos influyentes. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo mediante encuesta dirigida a profesionales del bloque quirúrgico de nuestro centro. El cuestionario incluía datos demográficos, profesionales y opiniones sobre la PFIA. La participación fue voluntaria y anónima. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado (Chi-cuadrado y Kruskal-Wallis). **Resultados:** La encuesta se distribuyó a 270 profesionales de los cuales respondieron 137 (50,7%). No se observaron asociaciones significativas entre las variables demográficas y la opinión sobre la PFIA. El 82 % de anestesiólogos se mostró favorable para la PFIA, frente al 50% en el resto de profesionales ($p=0,009$). Hubo diferencias significativas entre aquellos que atienden de forma frecuente a pacientes pediátricos ($p=0,009$) y con experiencia previa de PFIA ($p=0,044$). La ansiedad percibida fue menor en profesionales con experiencia en atención pediátrica ($p = 0,001$) o con hijos ($p = 0,031$). Los profesionales con experiencia en PFIA mostraron menor nivel de ansiedad y mayor acuerdo con la PFIA (65,5 %; $p=0,038$). La presencia de familiares en la reanimación fue ampliamente aceptada. **Conclusión:** La experiencia profesional en atención a pacientes pediátricos se relaciona positivamente con el grado de aceptación de la PFIA. Para su implementación universal es necesaria formación específica y protocolos adaptados a cada equipo.

PV-059. Descompensación diabética: ¿sabemos cómo actuar en una cirugía de urgencias?

Beatriz Cabeza Martín¹; Raquel Arellano Pulido¹; María Arellano Pulido¹; Selma Abubakra¹; Beatriz Rodríguez¹

¹H. Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN: La DM tipo I es la enfermedad metabólica más prevalente en la infancia. El tratamiento con bomba de insulina subcutánea (sc) permite un mejor control glucémico. Sin embargo, es frecuente la descompensación en cirugías urgentes. **CASO CLÍNICO:** Adolescente de 14 años, P60 kg, con AP de DM tipo I con bomba de insulina sc, presenta clínica compatible con apendicitis aguda. Analítica con LT 13.400, NT 12.1000, INR 1.41, PCR 317 mg/L, PCT 4.4 mcg/L, glucemia 253 mg/dl, cetonemia 2.3 mmol/L sin acidosis, resto de iones y función renal, normales. Se realiza inducción intravenosa (fentanilo, propofol y rocuronio) con SRI. Vía aérea HAN 0. IOT con VDL visualización Cormack I, TET

Nº 7 con neumotaponamiento. Analgesia regional TAP bilateral con ropivacaína 0.2%. En el intraoperatorio se objetiva apendicitis complicada con plastrón periapendicular, recibiendo tratamiento con ceftriaxona y metronidazol. Para control metabólico, se sustituye bomba de insulina sc por infusión continua iv y cristaloideos balanceados con suplemento de K (40 mEq/L). Ingresa en REA donde se continua la infusión de insulina (0.03-0.07 UI/kg/h) con difícil control glucémico. Inicia tolerancia oral a las 12 h postcirugía y alta a planta a las 48h, tras estabilización glucémica y previo cambio a bomba de insulina sc. **CONCLUSIONES:** Según las guías actuales, en cirugías urgentes en las que hay inestabilidad metabólica o se prevé retraso en la tolerancia oral > 2 horas, se recomienda descartar cetoacidosis diabética e infusión insulina iv según protocolos específicos (en desarrollo en nuestra Unidad).

PV-060. Asociación de síndrome de Wilkie y síndrome de Cascanueces tras cirugía de escoliosis congénita: a propósito de un caso

Paula Gil Esteller¹; Eulàlia Solé Fernández¹; Carla Solé Bertran¹

¹Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

INTRODUCCIÓN El síndrome de Wilkie se produce cuando la arteria mesentérica superior comprime la tercera porción del duodeno causando obstrucción intestinal parcial. Por otro lado, el síndrome de Cascanueces ocurre cuando hay una compresión extrínseca de la vena renal izquierda, generalmente entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Una precoz detección de estos síndromes es vital para un rápido y correcto manejo del cuadro clínico. **MÉTODOS** Presentamos el caso de un varón de 14 años, con neurofibromatosis tipo 1, postoperado de escoliosis congénita. A las 72 horas, presenta clínica de dolor abdominal y vómitos biliosos. Se orienta como íleo paralítico y se coloca sonda nasogástrica de descarga, pero ante persistencia de clínica se amplía estudio con ecografía doppler abdominal diagnosticando síndrome de Wilkie asociado a síndrome de Cascanueces. **RESULTADOS** Tras el diagnóstico, se realiza sedación para colocación de una sonda nasoyeyunal bajo visión endoscópica. Post inducción el paciente presenta una hipotensión secundaria a hipovolemia, por lo que se decide restaurar el volumen intravascular. Al tratarse de una obstrucción mecánica, los vasopresores no estarían indicados como primera línea ya que una excesiva vasoconstricción podría comprometer la perfusión esplácnica. **CONCLUSIONES** La asociación del síndrome de Wilkie y Cascanueces es infrecuente, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento precoz. Durante el manejo de estos pacientes es importante: (1) colocar una sonda nasoyeyunal para superar la obstrucción y disminuir el riesgo de broncoaspiración, (2) priorizar la corrección de la volemia y (3) monitorizar la hemodinamia y la función renal de forma estricta.

PV-061. Conox alternative location study

**Carlos Manrique de Lara Cadiñanos¹; Hugo Ahern Espinosa¹; Lara Jiménez García¹;
Laura Fernández Benítez¹; Cristina del Río Peña¹**

¹H.U. 12 de Octubre

Introduction: Monitoring anaesthetic depth in paediatric patients presents unique challenges due to the evolving EEG patterns during development, particularly the shift from delta-theta to alpha-beta activity as children age. While anaesthesia effects in children over two years resemble adult patterns, age-dependent variability persists. Methods: In surgeries involving infants and neonates, limited forehead space complicates the placement of multiple monitoring devices. This study explores the correlation between, and aims to compare BIS (Bispectral Index) and CONOX (qCON/qNOX) values obtained from standard (frontal) versus alternative (mandibular) locations in simple paediatric procedures such as tonsillectomy, orchidopexy, circumcision, and inguinal hernia repair. The focus was not on absolute values but on the correlation between the two sites. Results: A descriptive cross-sectional study was conducted at a tertiary paediatric hospital with 30 patients (ASA I-II, mean age 9.7 years). BIS electrodes were placed on the left forehead and CONOX electrodes on the left mandible. Data were recorded while awake, during inhalation induction with sevoflurane, every five minutes intraoperatively, and post-extubation. Conclusion: Findings revealed a good correlation between BIS and qCON readings, with BIS frontal values consistently higher than mandibular qCON values. Although the study lacks randomization, control, and statistical inference, it presents promising preliminary data supporting the feasibility of mandibular monitoring. Future studies with larger sample sizes and improved methodology could validate the mandibular site as a reliable alternative for assessing anaesthetic depth in children.

PV-062. Estrategias de PBM en cirugía cardíaca pediátrica

Sergio Martín Castillo¹; Hugo Ahern²; Fernando López Valdiviezo.²; Lara Jiménez García²; María Martins Bravo²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. ; ²Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción La cirugía cardíaca pediátrica conlleva alto riesgo de sangrado y transfusión. Las estrategias de preservación hemática (PBM) buscan reducir necesidades transfusionales y sus complicaciones. Caso Varón 10 años, 26,7 kg, con síndrome de Noonan, intervenido de reparación de CIA. Hemoglobina preoperatoria: 15,8 g/dl. Se administró bolo y perfusión de ácido tranexámico (ATX). Se aplicó fluidoterapia restrictiva guiada por objetivos, monitorización de gasto cardíaco y uso precoz de adrenalina con presión arterial media (PAM) objetivo: 65 mmHg. La circulación extracorpórea (CEC) se purgó con cristaloideos y albúmina, y se realizó técnica de cebado autólogo combinada (ACC). Se empleó recuperador sanguíneo. Finalizada la cirugía, se revirtió la anticoagulación con protamina y se administró fibrinógeno, hierro intravenoso y 344 ml del

recuperador. En UCI: Hb de 12,4 g/dl sin nuevas transfusiones. Alta a planta al segundo día y a domicilio al quinto, sin complicaciones. **Discusión** El PBM en fases pre, intra y postoperatorias permite reducir hemoderivados, complicaciones y estancias. El purgado de CEC sin sangre y el ACC son pilares del PBM, condicionados por peso, Hb y PAM. Su efectividad se potencia con fluidoterapia restrictiva y drogas vasoactivas precoces. El recuperador facilitó autotransfusión de sangre. El uso de ATX, fibrinógeno e hierro redujo el sangrado y favoreció recuperación de Hb, acortando la hospitalización. **Conclusión** La cirugía cardíaca pediátrica implica alto riesgo transfusional. Un enfoque PBM multimodal pre/intra/postoperatorio es esencial. La perfusión sin sangre y el recuperador son claves para mantener Hb postoperatoria adecuada.

PV-063. Angioedema hereditario: anestesia segura

Ignacio Victoria Sanes¹; Estrella García Recio¹; María García Canales¹; Esther Giménez Galera¹; Jose Valverde Fuentes¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por episodios recurrentes de edema cutáneo, abdominal y de vía aérea, potencialmente mortales. Los procedimientos quirúrgicos y la manipulación de la vía aérea son desencadenantes reconocidos de crisis, especialmente en población pediátrica. **MÉTODOS** Niña de 8 años con AEH tipo I, programada para cirugía electiva (herniorrafia). Se realizó valoración multidisciplinaria y se administró profilaxis preoperatoria con inhibidor de C1-esterasa plasmático (20 U/kg IV, 1 hora antes de la inducción), según consenso internacional y recomendaciones de la World Allergy Organization. Se prepararon dos dosis de tratamiento bajo demanda (C1-INH y/o icatibant) en quirófano para el manejo inmediato de un hipotético ataque agudo. Se evitó manipulación innecesaria de la vía aérea y se empleó anestesia general con intubación orotraqueal suave, monitorización avanzada y vigilancia estrecha de signos de edema. **RESULTADOS** La paciente toleró el procedimiento sin complicaciones. No se observaron signos de angioedema ni reacciones alérgicas intra ni postoperatorias. El control del dolor se realizó con paracetamol y se evitó el uso de AINEs. La paciente fue dada de alta a las 24 horas, sin eventos adversos. **CONCLUSIONES** El manejo anestésico de pacientes pediátricos con AEH requiere profilaxis específica con inhibidor de C1-esterasa, disponibilidad de tratamiento bajo demanda y estrategias para minimizar el trauma de la vía aérea. La anticipación y la coordinación multidisciplinaria son esenciales para prevenir crisis perioperatorias y reacciones adversas.

PV-064. Cuando el Meckel se complica: manejo anestésico

Ignacio Victoria Sanes¹; Estrella García Recio¹; María García Canales¹; Esther Giménez Galera¹; Jose Valverde Fuentes¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN La invaginación intestinal representa una causa frecuente de obstrucción intestinal en la infancia, especialmente en menores de dos años, aunque también puede presentarse en edades escolares con manifestaciones más insidiosas. La forma ileocólica es la variante más común y puede asociarse a lesiones estructurales que actúan como punto de tracción, entre las cuales destaca el divertículo de Meckel, considerado la malformación congénita gastrointestinal más prevalente en la población pediátrica. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario son esenciales para reducir la morbimortalidad. **MÉTODOS** Niño de 11 años, previamente sano salvo episodios autolimitados de dolor abdominal, consulta por dolor abdominal agudo, vómitos biliosos y fiebre. La ecografía abdominal muestra invaginación ileocólica y neumoperitoneo. Se realiza laparotomía urgente, confirmando perforación intestinal secundaria a invaginación sobre divertículo de Meckel. El manejo anestésico incluyó inducción intravenosa con propofol y fentanilo, mantenimiento con sevoflurano y analgesia multimodal con bloqueo caudal con ropivacaína 0,2% (1 ml/kg), técnica validada en cirugía abdominal pediátrica. **RESULTADOS** La intervención permitió resección del segmento afectado y anastomosis primaria. El abordaje anestésico proporcionó estabilidad hemodinámica y adecuado control del dolor intra y postoperatorio, minimizando el uso de opioides sistémicos. No se registraron complicaciones anestésicas ni quirúrgicas relevantes. La recuperación fue favorable. **CONCLUSIONES** La invaginación ileocólica complicada por divertículo de Meckel requiere manejo quirúrgico urgente y un enfoque anestésico individualizado. El uso de técnicas locorregionales como el bloqueo caudal es seguro y proporciona analgesia eficaz, optimizando la recuperación y minimizando el uso de opioides, en línea con la evidencia actual.

PV-065. Vía aérea difícil en el síndrome de Stromme: el valor de un enfoque anticipado

Ignacio Victoria Sanes¹; Estrella García Recio¹; María García Canales¹; Esther Giménez Galera¹; Jose Valverde Fuentes¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN El síndrome de Stromme es una enfermedad genética rara, caracterizada por microcefalia, anomalías oculares y atresia intestinal, con frecuencia asociadas a malformaciones craneofaciales y sistémicas. Alteraciones como el paladar hendido, la microretrognatia y la laringomalacia incrementan el riesgo de obstrucción de la vía aérea y complican el manejo anestésico. **MÉTODOS** Se presenta el caso de una paciente de 9 años con síndrome de Stromme (microcefalia, paladar hendido, microretrognatia, laringomalacia, CIV, riñón pélvico derecho, implantación anómala del

primer dedo izquierdo y probable encefalopatía). Fue programada para cierre de gastrostomía. Ante la sospecha de vía aérea difícil por anomalías craneofaciales, se planificó inducción inhalatoria preservando ventilación espontánea. **RESULTADOS** La ventilación con mascarilla facial resultó dificultosa por la microretrognatia y el paladar hendido, con episodios de desaturación. La intubación mediante laringoscopia directa fracasó (Cormack-Lehane IV). Se logró ventilación efectiva mediante mascarilla laríngea. Una vez colocada y confirmada la ventilación efectiva se introdujo el fibrobroncoscopio flexible cargado con el tubo endotraqueal a través del canal de la mascarilla avanzándolo bajo visión directa hasta identificar las cuerdas vocales y deslizándolo el tubo endotraqueal hasta la tráquea, retirando entonces el fibrobroncoscopio y la mascarilla laríngea, dejando el tubo en posición. La intervención quirúrgica y la extubación se desarrollaron sin eventos adversos. **CONCLUSIONES** En pacientes con síndrome de Strohman, el reconocimiento anticipado de una vía aérea difícil y la preparación de estrategias avanzadas resultan fundamentales. Disponer de mascarilla laríngea o fibrobroncoscopio flexible puede ser determinante para evitar complicaciones graves. Se requiere un abordaje multidisciplinario y personalizado.

PV-066. Plan B en atresia esofágica: cuando el abordaje anestésico más empleado no es posible

Ignacio Victoria Sanes¹; María García Canales¹; Estrella García Recio¹; Esther Giménez Galera¹; Jose Valverde Fuentes¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN La atresia esofágica es una malformación congénita relativamente frecuente (0,03%), predominando el tipo III. Puede aparecer aislada o asociada a otras anomalías, como cardiopatías congénitas o el síndrome VACTERL. Su diagnóstico prenatal es complejo, y con frecuencia se confirma al nacimiento. Su abordaje anestésico implica un reto, especialmente ante dificultades técnicas o malformaciones asociadas. **MÉTODOS**

Se expone el caso de un neonato pretérmino (34+5 semanas, 2,1 kg) con sospecha de atresia esofágica. Confirmado el diagnóstico, se programó intervención quirúrgica. Se realizó inducción inhalatoria en ventilación espontánea, seguida de intubación orotraqueal. El fibrobroncoscopio disponible era demasiado grueso para introducirlo a través del tubo por lo que se comprobó su colocación mediante auscultación pulmonar. La ventilación resultó dificultosa por paso de aire a la fístula y distensión gástrica. No fue posible ni progresar el tubo para tapar la fístula ni realizar intubación unipulmonar, perdiendo la capnografía. Se retiró el tubo hasta volver a obtenerla y se fijó. Ante esta situación, se realizó anestesia caudal ecoguiada con ropivacaína 0.25% 3,5mL + fentanilo 2mcg, lo que permitió reducir requerimientos anestésicos y recuperar la ventilación espontánea. Esto mejoró el intercambio gaseoso y redujo la distensión abdominal. **RESULTADOS** La intervención se completó sin incidencias. El postoperatorio fue favorable, sin signos de dolor ni complicaciones respiratorias. **CONCLUSIONES** En

contextos donde el abordaje anestésico convencional no resulta factible, técnicas regionales como la anestesia caudal pueden contribuir al manejo intraoperatorio. La evaluación individualizada y la adaptación a las limitaciones técnicas disponibles resulta esencial.

PV-067. Anestesia para exploración de la vía aérea en el neonato

Ignacio Victoria Sanes¹; María García Canales¹; Estrella García Recio¹; Esther Giménez Galera¹; Jose Valverde Fuentes¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN La broncoscopia rígida es una técnica fundamental para explorar y tratar patologías de la vía aérea. Su aplicación en neonatos plantea retos anestésicos debido a sus características anatómicas y fisiológicas particulares. La coordinación entre anestesiólogo y cirujano es esencial, dado que comparten el campo operatorio. **MÉTODOS**

Se presenta el caso de un neonato de diez días, 3010g, con fracaso ventilatorio al nacimiento por una membrana laríngea obstructiva. Tras intubación difícil con tubo 2, se programa broncoscopia rígida. Se prepara el material necesario (vías aéreas alternativas, medicación de emergencia) y se monitoriza al paciente. Se utiliza ketamina para facilitar la monitorización e inducción con propofol en bolos (1 mg/kg) e infusión continua (250-300 mcg/kg/min), manteniendo ventilación espontánea. Se aplica lidocaína al 1% sobre las cuerdas vocales antes del procedimiento. Se extuba al paciente y se conecta el broncoscopio para ventilación intermitente durante la exploración. **RESULTADOS** La intervención transcurrió sin incidencias mayores, salvo desaturaciones transitorias sin repercusión hemodinámica. Se identificó una membrana laríngea grado III y estenosis subglótica del 40%, programándose intervenciones sucesivas con manejo anestésico similar. La recuperación fue adecuada, trasladándose el paciente a cuidados críticos con soporte ventilatorio. **CONCLUSIONES** El manejo anestésico en broncoscopia rígida neonatal exige precisión en la titulación anestésica, atención constante a la ventilación espontánea y una comunicación fluida con el equipo quirúrgico. El uso controlado de propofol, pese a su riesgo hemodinámico, resulta más eficaz que la ketamina para lograr un plano anestésico adecuado en estos procedimientos.

PV-068. CRANEOSINOSTOSIS EN LACTANTE. ¿Y cuando le transfudo?

Cristina Lapuerta García¹; Carolina Alcalá Blanco¹; Osvaldo Pérez Pardo¹; Rocio Revuelta Zorrilla¹; Paula Hernández Vecino¹

¹HUMV

Introducción/Objetivo: La craneosinostosis requiere un manejo quirúrgico que comprende extensas cirugías con altas tasas de sangrado. Existen diferentes estrategias transfusionales según los factores de riesgo y condiciones del paciente. **Métodos:** Paciente mujer de 8 meses, peso 8 kg que es intervenida de remodelación craneal por sinostosis craneal. Se realiza anestesia general balanceada. Se induce a la paciente con fentanilo 10mcg en bolo, propofol 20mg en bolo y rocuronio 2mg en bolo. Tras adecuada preoxigenación y ventilación HAN I se realiza intubación orotraqueal con tubo anillado nº4 resultando una laringoscopia directa con pala nº2 CORMACK 1. Se canaliza arteria braquial izquierda para monitorización hemodinámica y extracción de gasometrías y analíticas y catéter venoso central femoral derecho ecoguiado sin incidencias. Se dispone a su vez de 2 vías venosas periféricas 22G, monitorización básica, BIS y temperatura. Desde el inicio de la cirugía se inicia bolo de 120mg de ácido tranexáico seguido de perfusión continua a 10mg/7 kg/ h y transfusión de hematíes a 40 mL/ h tras 1 h de cirugía, doblandose la velocidad transcurridas 2 h y guiados por gasometría y monitorización. **Resultados:** La cirugía transcurre sin incidencias y al finalizar se procede a extubar a la paciente. Se transfunde en total 270mL de hematíes y 500mL cristaloides tipo Benelyte. Hb postintervención 14g/dL, resto de parametros en rango. **Conclusiones:** La anestesia en neurocirugía pediátrica requiere un ajuste riguroso de fluidoterapia y una exhaustiva previsión de pérdidas hemáticas. Una correcta monitorización es clave.

PV-069. Dexmedetomidina epidural para analgesia perioperatoria en tumor de Wilms

Lucía Rubio Arbolí¹; Marta Vázquez Moyano¹; Francisco Reinoso Barbero¹; Luis Castro Parga¹; Cristina Muñoz Bueno¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción: La dexmedetomidina es un fármaco α_2 -agonista con propiedades analgésicas y sedantes. Estudios recientes han demostrado que, como coadyuvante de anestésicos locales en el espacio epidural, puede prolongar la analgesia, aunque en pediatría su uso se ha descrito principalmente en el abordaje caudal. **Métodos:** Se presenta el caso de un niño de 4 años (15 kg) intervenido por nefroureterectomía derecha por un tumor de Wilms y extracción de trombo en la vena cava inferior. Ante la posibilidad de anticoagulación postoperatoria, se realizó una única punción epidural con levobupivacaína 0.25% (1 mL/kg) y dexmedetomidina (1 mcg/kg). La anestesia se mantuvo con sevoflurano (CAM 0.6) y perfusión continua de dexmedetomidina (0.5 mcg/kg/h). El paciente permaneció hemodinámicamente estable, sin eventos adversos, y fue trasladado

extubado a Reanimación con perfusión de dexmedetomidina. Durante su estancia, mantuvo buen control del dolor con analgesia de primer escalón, sin necesidad de opiáceos. Resultados: La administración epidural de dexmedetomidina resultó segura y efectiva para prolongar la analgesia postoperatoria. El abordaje interlaminar pudo haber permitido un mejor nivel metamérico que el caudal. La perfusión intravenosa durante la cirugía podría haber contribuido a un mayor bloqueo simpático, extendiendo la analgesia. No se observaron efectos adversos relacionados con el fármaco. Conclusiones: La combinación de dexmedetomidina epidural e intravenosa podría potenciar la duración del efecto analgésico de los anestésicos locales. Se requieren más estudios para confirmar su seguridad y eficacia.

PV-071. Transfusión de hemoderivados y evolución-pronóstico postoperatorio en pediatría

Mercedes Millán de Meer¹; Beatriz Pérez Bueno¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Emilio Rodríguez Pérez¹; Francisco Reinos Barbero¹

¹H. U. La Paz

Introducción Existe evidencia de la relación entre la transfusión de hemoderivados (HD) con morbilidad postoperatoria, fallo de injerto en trasplante, reintervención; daño pulmonar (TRALI) y sobrecarga de volumen asociados (TACO), coagulopatía, infección, disfunción renal y miocárdica; acidosis metabólica, alteraciones iónicas y parada cardíaca. La cantidad transfundida y el tiempo de conservación de HD aumentan los riesgos, siendo más vulnerables los neonatos, lactantes y pacientes con morbilidad asociada. **Métodos** Se estudian retrospectivamente factores de riesgo de hemorragia masiva y días de estancia en UCI en cohorte de pacientes pediátricos entre 2021-2024, sometidos a trasplante hepático (TH), con transfusión masiva de HD intraoperatoria. **Resultados** Se recogieron 67 pacientes, edad media 4,7 años (0,12-20); peso 17,4kg (2,6-55). Se transfundió un promedio 241ml/kg (20-698) de HD, equivalente a 2,8 volemias (0,24-8,3); siendo hematíes 9,4ml/kg (4-335). Motivaron el TH la atresia de vía biliar (35%), retrasplante (18%), metabolopatías (15%). Se identificaron como factores de riesgo para transfusión masiva: edad, bajo peso, fallo hepático con nutrición parenteral total e hipertensión portal, reintervención y retrasplante, coagulopatía previa (INR>1,3). La transfusión de <3,5 volemias (>300ml/kg) se relaciona con <20 días de estancia en UCI. Estancias de >21 días y mortalidad corresponden con transfusión de >5 volemias (550ml/kg). **Conclusiones** La morbilidad postoperatoria está directamente relacionada con la cantidad de transfusión. Son necesarias medidas identificatorias de factores de riesgo, estrategias de ahorro de sangre, su recuperación intraoperatoria y mejora en la conservación de HD.

PV-073. Crioanalgesia intercostal en reparación mínimamente invasiva de pectus excavatum. A propósito de un caso

Paula Arriero Sánchez¹; Luis Aranda García¹; María del Mar González Benítez¹; Jonás Medina Hernández¹; Rut Theresa Aracil González¹

¹CHUIMI

INTRODUCCIÓN: La crioanalgesia de los nervios intercostales se ha definido como alternativa a la analgesia epidural para control del dolor en la reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum (MIRPE). **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 17 años, con pectus excavatum severo y restricción pulmonar leve, que se programa para realización de crioanalgesia 48 horas antes de corrección MIRPE. Técnica bajo anestesia general en decúbito prono. Se localizan vértebras desde T3 hasta T8 bilateral y, bajo visión directa ecográfica, se identifica el ángulo costo-pleural para iniciar crioablación durante 2 minutos de forma percutánea por el anestesiólogo de referencia. Se realiza extubación sin incidencias. Tras 72 horas, se procede a la corrección MIRPE empleando analgesia multimodal con perfusión continua (PC) de remifentanilo dosis máximas 0.08 mcg/kg/min y PC lidocaína 40 mg/h. Extubación sin incidencias. Pautada bomba PCA morfina 2mg/10min, administrándose autónomamente 29 bolos en total durante 3 días, refiriendo EVA 0/10 en reposo y 2/10 en movimiento. Sin complicaciones postquirúrgicas inmediatas. Alta domiciliaria 2 días tras la realización de MIRPE. **CONCLUSIONES:** La crioanalgesia ha demostrado beneficios claros en reducción de opioides y estancia hospitalaria sin aumento de complicaciones frente a la analgesia epidural torácica (técnica gold standard) en MIRPE pediátrica. Como desventajas, presenta la curva de aprendizaje y mayor tiempo de duración total de la intervención. Sin embargo, el efecto analgésico es de 4 a 8 semanas sin presentar secuelas neurológicas graves. Actualmente, se recomienda realizar en el mismo acto quirúrgico que la reparación MIRPE, a pesar de lo realizado en nuestro centro.

PV-074. Crisis hipertensiva pulmonar tras sedación para exodoncia en un niño con acondroplasia

Patricia García Robledo¹; Pablo Enrique Gómez de Castro¹; Hugo Ahern Espinosa¹; Beatriz Ybañez García¹; Maria Dolores Méndez Marín¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción La hipertensión pulmonar en pediatría representa un importante reto anestésico, asociándose a un riesgo perioperatorio elevado. Factores como hipoxia, hipercapnia o estimulación simpática pueden precipitar crisis hipertensivas pulmonares agudas. En pacientes con comorbilidades como acondroplasia, obesidad y síndrome de apnea obstructiva del sueño, el control de la vía aérea y la ventilación se vuelve especialmente complejo. Caso clínico Varón de 8 años con acondroplasia, obesidad, SAOS grave (BiPAP domiciliario) e hipertensión pulmonar multifactorial controlada con sildenafil. Acudió para exodoncia programada por pulpitis; se planificó sedación con dexmedetomidina intranasal y sevoflurano. Como complicación intraoperatoria presentó

obstrucción completa de vía aérea con desaturación franca que precisó intubación urgente, resultando en una vía aérea difícil no conocida. La ventilación fue dificultosa, con esputo hemático y espumoso, requerimientos de PEEP elevados (15 cmH₂O) y necesidad de diuréticos. Se mantuvo hemodinámicamente estable. En el postoperatorio inmediato desarrolló distrés respiratorio e hipertensión pulmonar suprasistémica con insuficiencia tricuspídea significativa, bajo cociente PaFi y mala respuesta al reclutamiento. Se instauró soporte con milrinona, dopamina y óxido nítrico inhalado. Evolucionó favorablemente, con extubación al cuarto día y alta al décimo, con BiPAP, sildenafil y diurético domiciliario. Conclusiones En pacientes con hipertensión pulmonar, incluso procedimientos menores pueden precipitar descompensaciones hemodinámicas graves, a pesar de una situación basal estable. Estos pacientes requieren una planificación anestésica rigurosa, sustentada en una adecuada valoración del riesgo-beneficio. La disponibilidad de recursos adecuados resulta clave para garantizar una respuesta segura ante posibles complicaciones.

PV-076. Trasplante de órganos en pediatría: donación en asistolia controlada

Beatriz Pérez Bueno¹; Mercedes Millán de Meer¹; Claudia Cuesta González-Tascón¹; Julia Albano Polo¹; Emilio Rodríguez Pérez¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción El trasplante pediátrico (TP) de órganos supone una opción terapéutica en aquellos pacientes con fracaso orgánico terminal. En pediatría la escasez de donantes es su principal limitación. La reducción de la mortalidad por causas que provocan muerte encefálica (ME) en España, ha obligado a buscar nuevas alternativas como la donación en asistolia controlada (DAC). **Método** En la DAC, los órganos se obtienen tras el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias. La retirada de terapia de soporte vital se realiza en quirófano, previo acuerdo con los padres. Tras el primer episodio de hipotensión significativa debe producirse la parada cardiorrespiratoria (PCR) en un tiempo no inferior a 5 minutos para establecer el diagnóstico de muerte, condicionando la compatibilidad de cada órgano y no pudiendo ser mayor a 90 minutos. Diagnosticado el fallecimiento, comienza la preservación y extracción de órganos, bajo perfusión normotérmica, en ECMO. **Resultados** Actualmente existe una tendencia positiva en la DAC pediátrica, representando alrededor de un tercio de los TP. Su implementación ha aumentado la obtención de órganos abdominales y la realización de trasplantes multiviscerales, acortando el tiempo en lista de espera al TP. En el Hospital Universitario La Paz se han realizado desde 2021 un total de 12 DAC. Esta comunicación revisa el protocolo de actuación en estos casos. **Conclusiones** La DAC es una alternativa a la donación en ME que ha supuesto un aumento de TP y una mayor viabilidad de los órganos, disminuyendo el tiempo en lista de espera.

PV-077. Ventilación espontánea con oxigenoterapia de alto flujo para resección de papilomatosis laríngea en paciente pediátrico: reporte de caso

Lucia Aragones Quintanero¹; Beatriz Martín Piñeiro¹; Juan Pablo Nocete Navarro¹; Laura Fernandez Benitez¹; Dolores Mendez Marín¹

¹hospital Universitario 12 De Octubre

INTRODUCCIÓN La resección de papilomatosis laríngea en pediatría generalmente requiere intubación endotraqueal y ventilación mecánica, lo que puede dificultar la exposición quirúrgica y aumentar el riesgo de edema laríngeo y complicaciones respiratorias. Presentamos un caso en el que se evitó la intubación mediante ventilación espontánea con oxigenoterapia de alto flujo (OAF), permitiendo una mejor visualización y una evolución postoperatoria más favorable. **MÉTODOS** Paciente de 1 año (9,8 kg), ex prematuro extremo (24 semanas) con displasia broncopulmonar y papilomatosis laríngea recurrente. Había sido sometido a dos cirugías previas sin éxito por mala exposición quirúrgica debido al tubo endotraqueal. En esta ocasión se optó por mantener ventilación espontánea sin intubación. Se realizó inducción inhalatoria con sevoflurano, seguida de canalización venosa y administración de midazolam, atropina, fentanilo, lidocaína, dexametasona así como lidocaína y metilprednisolona tópicas. Mantenimiento anestésico propofol y ketamina en infusión continua. Se utilizó OAF (20 L/min, FiO₂ 70%) y se monitorizaron BIS, NIRS cerebral y gasometrías para control de pCO₂. **RESULTADOS** La cirugía transcurrió sin incidencias (duración: 70 minutos), con ventilación espontánea mantenida. Saturación de oxígeno 100%, NIRS estable (95%), pCO₂ 51–58 mmHg. Fue trasladado a la REA sin necesidad de intubación postoperatoria, con OAF. La evolución fue favorable con retirada progresiva de OAF y respiración espontánea mantenida. **CONCLUSIÓN** La OAF con ventilación espontánea es una alternativa segura y eficaz a la ventilación jet en cirugía laríngea pediátrica al optimizar la exposición quirúrgica y evitar la intubación intra y postoperatoria.

PV-078. Manejo perioperatorio de la hernia diafragmática congénita

Sira Gómez Navarro¹; Gorka Najarro Ajuria¹; Estibaliz López González¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹

¹Hospital Universitario Cruces

Introducción: La hernia diafragmática congénita es un defecto en el diafragma a través del cual las vísceras abdominales entran el tórax provocando diferentes grados de hipoplasia pulmonar. Tiene una incidencia de 1/3.000 y una elevada mortalidad. **Método:** A propósito de un caso se expone el manejo intraoperatorio de la hernia diafragmática congénita. **Resultados:** Neonato de 3 días con hernia diafragmática congénita tipo Bochdalek intervenida por toracoscopia. Previo la intervención la paciente se encuentra intubada con óxido nítrico y con necesidad de vasoactivos. Además, se produce el cierre del ductus

arterioso previo a la intervención dificultando la identificación temprana de un aumento de la HTP intraoperatoria. La intervención se realiza decúbito lateral derecho por medio de toracoscopia bajo anestesia general balanceada con Sevoflourane y fentanilo en perfusión continua. Se monitoriza con ECG, T^a, BIS, NIRS, SatO₂; se canaliza un CVC yugular interno derecho y una arteria femoral izquierda. La paciente requiere de soporte hemodinámico con perfusión continua de dobutamina y noradrenalina durante la intervención llegando a la casi retirada al finalizar. Se mantiene la administración de óxido nítrico con dosis variables entre 5-20 ppm. A nivel respiratorio se ajustan los parámetros ventilatorios para los siguientes objetivos gasométricos: PaCO₂ 40-60mmHg, pH>7,25 y lactato <3mmol/L. Tras la intervención la paciente es trasladada a la UCI neonatal, donde se consigue la extubación a los 3 días. Conclusiones: Se decide presentar este caso al tratarse una intervención poco frecuente y con un complejo manejo no solo de la hemodinámica sino también de la monitorización neonatal.

PV-079. Abordaje anestésico en el síndrome de noonan

Aina Prieto Clos¹; Natàlia Aragonès Panades¹; Judit Saludes Serra¹; Francisco Estevan Perez¹; Pedro Lázaro Cebolla¹

¹Hospital Universitari Joan XXIII

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Noonan es una enfermedad genética que afecta al crecimiento y desarrollo, causando anomalías neuro-cardio-facio-cutaneas. Debido a la genética heterogénea y variación fenotípica puede asociarse y confundirse con otros síndromes, debiendopltantear asociación con hipertermia maligna. También por sus rasgos cráneo-facio-cervicales pueden presentarí a aérea difícil. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Niño de 2 años y 10Kg con síndrome de Noonan se interviene de primer tiempo de Stephens-Fowler por criptorquidia. Premedicación con midazolam y fentanilo intranasales. Canalización de vía periférica 24G. Monitorización básica, BIS y temperatura esofágica. Inducción con propofol, fentanilo y rocuronio, ventilación HAN-I, intubación con GlideScope® al primer intento, TET n°4. Se realiza bloqueo TAP ecoguiado con levobupivacaína 0,25% 3mL. Mantenimiento anestésico con propofol 8-10mg/kg/h y remifentanilo 0,1-0,3mcg/kg/min. Procedimiento y edución sin incidencias. **DISCUSIÓN:** La asociación entre síndrome de Noonan e hipertermia maligna es leve, pero al asociarse y confundirse con otros síndromesque tienen una fuerte asociación debemos evitar los desencadenantes (succinilcolina y halogenados).La anestesia locorregional y/o total endovenosa con monitorización de temperatura y capnografía son opciones seguras. Nosotros elegimos premedicar con midazolam y realizar una TIVA asociada a infiltración escrotal. Por los rasgos cráneo-fascio-cervicales: inestabilidad atlantoaxoidea, cuello grueso y amplio y mal oclusión dental, pueden presentar ventilación e intubación difícil y debemos tratarlos dentro de dicho algoritmo. **CONCLUSIÓN:** El síndrome de Noonan requiere una estrategia anestésica específica, utilizando algoritmos de ventilación e intubación difícil y la prevención de la hipertermia maligna realizando una anestesia libre de desencadenantes.

PV-080. Ventilación unipulmonar efectiva en lactante mediante la colocación de bloqueador bronquial extraluminal

María Freire Daporta¹; Ignacio Lozano Lozano¹; Gorka Ojinaga García¹; Joanes Ros Bernaola¹; Izaskun Grijalba Ipiñazar¹

¹Hospital Universitario de Cruces

Introducción: Presentamos el caso de un lactante de 11 meses que presenta un secuestro pulmonar intralobar y al que se le realiza una lobectomía inferior derecha. Dicha cirugía precisa una anestesia general con ventilación unipulmonar izquierda para su realización. La dificultad en este caso reside en que, debido a la edad del paciente, no es posible utilizar tubos de doble luz ni bloqueadores bronquiales intraluminales. **Método:** Tras la inducción anestésica introducimos el bloqueador bronquial mediante laringoscopia directa para después colocar el tubo endotraqueal del mismo modo. A través del tubo endotraqueal introducimos un fibrobroncoscopio y, bajo visión del mismo, colocamos el bloqueador bronquial en bronquio derecho e hinchamos el balón previo al inicio de la cirugía. **Resultados:** Se produjo un colapso total del pulmón derecho permitiendo realizarse la cirugía sin incidencias. **Conclusiones:** Debido al pequeño número de cirugías que precisan ventilación unipulmonar en lactantes no existe consenso sobre cuál es la mejor técnica para conseguirla. La técnica de colocación de bloqueador bronquial previo a la intubación y recolocación bajo visión fibrobroncoscópica es segura y eficaz, presentando ventajas como la posibilidad de ventilación a través del tubo orotraqueal en caso de desaturación durante la recolocación del bloqueador y la posibilidad de recolocación en caso de moverse el mismo al colocarse al paciente en decúbito lateral.

PV-081. Manejo anestésico del niño con tetralogía de fallot no corregida para cirugía no cardíaca

Marta Campos Wals¹; Marta Sáez Parejo¹; Abigail Villena Rodríguez¹; Alba Hernández Rico¹; Luciano Del Valle Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La Tetralogía de Fallot no corregida (TFNC) es una cardiopatía congénita cianósica que puede cursar con crisis hipoxémicas graves, especialmente durante el primer año de vida, hasta la cirugía correctora final. Estas crisis, son producidas por el aumento súbito del cortocircuito derecha- izquierda. A menudo, requieren la realización de medidas paliativas como puente a la cirugía correctora definitiva. **Presentación del caso:** Paciente de 6 meses, con TFNC y crisis hipoxémicas recurrentes. Se propone intervención urgente para colocación de stent en el infundíbulo de la arteria pulmonar, para disminuir la frecuencia de las crisis. Se induce anestesia general con midazolam y ketamina, priorizando estabilidad hemodinámica y resistencia vascular sistémica (RVS). Asimismo, se empleó perfusión de noradrenalina para mantener la poscarga sistémica y minimizar el cortocircuito intracardiaco. El procedimiento se realizó sin complicaciones hemodinámicas. La colocación del stent resultó en mejoría inmediata de la oxigenación

arterial y estabilización clínica. Tras el procedimiento fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos sin incidencias. Conclusión: La anestesia en pacientes con TFNC requiere un enfoque fisiopatológico riguroso, priorizando no aumentar el cortocircuito derecha-izquierda. Para este fin, se deben utilizar fármacos que preserven las RVS y mantengan una adecuada postcarga. Además de, utilizar maniobras para evitar la VC pulmonar hipóxica. Este caso refleja la eficacia de una estrategia anestésica bien estructurada y basada en objetivos fisiopatológicos para el abordaje de cardiopatías congénitas no corregidas.

PV-082. Esplenectomía laparotómica en un niño con esferocitosis hereditaria: un verdadero desafío anestesiológico

Giulia De Santis¹; Isabel Pingarrón Hernández²; Soraya Fuentes Cano²; Paloma Recio González-Muriel²; Gemma Yusta Martín²

¹Arcispedale Sant'Anna, Cona (Ferrara, Italia); ²Hospital Universitario de Salamanca

La esferocitosis hereditaria es una patología genética rara caracterizada por una mayor fragilidad de la membrana de los glóbulos rojos que los predispone a hemólisis extravascular. En los casos más graves, la esplenectomía puede ser uno de los tratamientos propuestos. Presentamos el manejo anestesiológico de un paciente pediátrico con esferocitosis hereditaria grave sometido a esplenectomía. Un paciente de 12 años con esferocitosis hereditaria grave fue sometido inicialmente a una esplenectomía laparoscópica que fue convertida a laparotomía. Los principales objetivos anestesiológicos intraoperatorios fueron el control de las pérdidas sanguíneas, el mantenimiento de la hidratación y una adecuada oxigenación. Se prestó especial atención a la prevención de la hipotermia para evitar la vasoconstricción y el estasis circulatorio esplácnico asociado, que podrían favorecer la destrucción eritrocitaria. Se realizó anestesia general balanceada asociada a la inserción de un catéter epidural, útil tanto para el control del dolor como para favorecer la estabilidad hemodinámica y prevenir condiciones de estasis venosa y reducción de la oxigenación hepática. La intervención se llevó a cabo sin complicaciones. El paciente mantuvo parámetros estables y no presentó signos de crisis hemolítica. También el curso postoperatorio fue normal. La esplenectomía laparotómica en un niño con esferocitosis hereditaria representa un verdadero desafío anestesiológico. La experiencia presentada demuestra que, con una estrategia anestésica planificada y personalizada, es posible lograr resultados exitosos sin complicaciones.

PV-083. Estado actual del consentimiento informado en anestesia: resultados de una encuesta multicéntrica en España

Marta López Viñals¹; Gastón Echaniz Barbero¹; Carme Roqueta Alcaraz¹; Juan Jose Lázaro Alcay¹; Marina Perelló Riera¹

¹Hospital Sant Joan de Dèu

Introducción / Objetivo: El consentimiento informado (CI) es esencial en anestesia por sus implicaciones legales, éticas y clínicas. En pediatría, su obtención adecuada adquiere especial relevancia debido a la participación de padres o tutores. Este estudio tuvo como objetivo analizar el estado actual del CI en anestesia en hospitales españoles, especialmente en Cataluña, identificando variabilidad y áreas de mejora. **Métodos:** Se diseñó una encuesta online anónima y voluntaria dirigida a anestesiólogos de diferentes centros en España. Recogió información sobre el tipo de CI utilizado, frecuencia, responsables, formación, aspectos legales y barreras percibidas. Se analizaron 180 respuestas mediante estadística descriptiva. **Resultados:** El 72 % de los encuestados usa mayoritariamente el CI escrito; un 33 % también emplea el verbal según el contexto. El uso sistemático del CI escrito se da en el 78 % de los casos. Solo el 42 % dispone de modelos específicos por técnica anestésica. El 57 % ha recibido formación formal sobre CI y un 60 % conoce sus implicaciones legales. Las principales barreras identificadas fueron la falta de tiempo, la limitada comprensión del paciente o familia y obstáculos organizativos. Como mejoras, se propusieron la firma electrónica, obligatoriedad de la visita preanestésica y refuerzo de la autonomía del paciente/familia. **Conclusiones:** El estudio revela una práctica heterogénea del CI en anestesia en hospitales españoles. La necesidad de formación, individualización y digitalización del proceso de CI es evidente. Estos hallazgos apoyan la necesidad de protocolos homogéneos que aseguren la calidad asistencial y el cumplimiento normativo.

PV-084. Valoración de la experiencia de la visita preanestésica telemática en un hospital pediátrico mediante el net Promoter score (NPS)

Marta López Viñals¹; Lorena Gómez Diago¹; Manuela Benítez Gómez¹; Montserrat Serrano Bolumar¹; Beatriz Rogel Juárez¹

¹Hospital Sant Joan de Dèu

Introducción: La visita preanestésica es clave para garantizar la seguridad y calidad en anestesiología pediátrica. Con el objetivo de mejorar la accesibilidad, reducir desplazamientos innecesarios y mantener la excelencia asistencial, se implementó un modelo de visita preanestésica telemática en nuestro hospital. Este estudio analiza su valoración mediante el Net Promoter Score (NPS) durante 2024 y 2025. **Metodología:** Se recopilaban encuestas de satisfacción posteriores a visitas preanestésicas telemáticas

realizadas entre enero de 2024 y abril de 2025. Se calculó el NPS global, su evolución mensual y los motivos asociados a cada tipo de respuesta (promotores, pasivos y detractores). Además, se analizaron cualitativamente los comentarios libres, categorizando temáticas y sentimientos. Resultados: El NPS global aumentó de 79,4 en 2024 a 85,3 en 2025. El porcentaje de promotores se incrementó (del 84 % al 86 %) y los detractores disminuyeron significativamente (de 4,8 % a 0,8 %). Los factores más valorados fueron la atención profesional (81 %), el trato recibido y la información proporcionada. Las áreas de mejora más mencionadas fueron el tiempo de espera y la coordinación entre servicios. La mayoría de los comentarios tuvieron un tono positivo o muy positivo (>70 %). Conclusiones: La visita preanestésica telemática ha sido muy bien valorada por las familias en el ámbito pediátrico, con mejora sostenida del NPS y alto nivel de satisfacción respecto a la atención, el trato y la información recibida. El análisis cualitativo ha permitido detectar oportunidades de mejora y refuerza la viabilidad de este modelo asistencial.

PV-085. Manejo perioperatorio de craneosinostosis

**Sira Gómez Navarro¹; María Eugenia García Durruti¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹;
Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Estibaliz López González¹**

¹Hospital Universitario Cruces

Introducción: La craneosinostosis es una malformación congénita en la que se produce una fusión prematura de una o más suturas craneales. Tiene una incidencia de 1 en 2.000-2.500 recién nacidos vivos. Se recomienda tratamiento quirúrgico antes de los 12 meses de edad. **Método:** A propósito de un caso se expone el manejo intraoperatorio de la craneosinostosis. **Caso:** Se presenta el caso de una paciente de 15 meses con escafocefalia que es intervenida mediante suturectomía sagital y osteotomías biparietales y remodelación con lactosorb. En la inducción anestésica, destacar la necesidad de cambio a TET de menor calibre. Se realiza bajo anestesia general con TIVA y monitorización estrecha con ECG, SatO₂, BIS, NIRS y sonda de T^a rectal. Se lleva a cabo una monitorización hemodinámica invasiva mediante arteria radial en ESI con 24G; y se canalizan dos VVP 24G y 22G en extremidades inferiores dado el alto riesgo de hemorragia severa. La intervención requiere de una posición forzada del paciente por lo que se pone especial énfasis en la prevención de úlceras por decúbito. En el intraoperatorio se administra ácido tranexámico 100mg seguido de una perfusión de 2mg/kg/h de forma preventiva y se infunden hemoderivados a 10ml/kg. Permanece estable hemodinamicamente y respiratoriamente. Es extubada en el quirófano sin incidencias y trasladada a la UCI pediátrica. **Conclusiones:** Los principales riesgos de esta intervención son la hemorragia aguda, la VAD asociada o no a síndromes y el embolismo aéreo. El conocimiento de estos riesgos y el adecuado manejo perioperatorio ayudan a prevenir posibles complicaciones.

PV-086. Hernia paraesofágica + Dilatación gástrica masiva

Aida González Magdalena¹; Sonsoles Úbeda Mata¹; Anna Berbís Sánchez¹; Raúl Ibáñez Martínez¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Niño 10 años síndrome por mutación en TAF 1 con bacteriemia asociada a catéter, con dolor abdominal y náuseas, observando contenido bilioso por PEG. Antecedente de intervención en febrero 2025 de hernia de hiato, se realiza radiografía tórax, observando hernia paraesofágica, se decide intervención quirúrgica. Desde 2021 múltiples episodios de obstrucción intestinal por estenosis pilórica, hipomotilidad y dilatación gástrica masiva, portador de gastrostomía desde 2022. Intervenido previamente de Nissen y piloroplastia. **MÉTODO** En estudio por microcefalia, sin antecedentes de VAD, se realiza intubación mediante laringoscopia directa pala nº2 tubo 5: Cormack – Lehane I. Monitorización de constantes, temperatura y monitor Massimo, mantenidos en rango. Mantenimiento anestésico con propofol y remifentanilo en pciv. Se inserta catéter epidural en T10, se encuentra espacio epidural a 1cm mediante técnica pérdida de resistencia con SSF, se deja catéter a 6cm. Test de aspiración negativa. Se usa catéter en intraoperatorio, administrando bolos Levobupivacaina 0.125% según necesidades. Se retira CVC por bacteriemia, se coloca otro ecoguiado mediante técnica Seldinger en VYD. Se coloca SNG por distensión gástrica masiva. Se realiza plicatura de hemidiafragma izquierdo y se fija colon transversal a ligamento gastrocólico. Tras la intervención el paciente es trasladado a UCI pediátrica intubado y monitorizado. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES** Importante llevar a cabo técnicas para control del dolor intra y postoperatorio, como el catéter epidural. En niños sindrómicos considerar la posibilidad de VAD y plantear diferentes planes de actuación. Considerar el compromiso respiratorio que puede suponer la hernia por compresión pulmonar, la presencia de RGE aumentado.

PV-087. Anestesia en paciente pediátrico con síndrome de Allan-Herndon-Dudley y sospecha de hipertermia maligna: abordaje seguro para orquidopexia bilateral

Alba María Iglesias del Valle¹; Francisco Javier Castillo Bonillo¹; Álvaro Martínez Bordajandi¹; Pilar Pérez Gea¹; Miriam Martínez Lorenzo¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas Almería

Introducción: El síndrome de Allan-Herndon-Dudley (SAHD) es una enfermedad rara ligada al cromosoma X, caracterizada por retraso neurológico severo y alteraciones del metabolismo tiroideo. Su asociación con hipertermia maligna (HM) no está claramente establecida, pero puede generar dudas en el manejo anestésico. **Método:** Varón de 4 años diagnosticado de SAHD, programado para orquidopexia bilateral. En la hoja de preanestesia constaba “riesgo de hipertermia maligna” sin antecedentes anestésicos previos ni historia familiar compatible. Ante la rareza del caso, se realizó una revisión

bibliográfica, sin hallarse una asociación documentada entre SAHD y HM. Se optó por realizar un manejo con agentes halogenados (sevorane) y rocuronio. Resultados: La intervención transcurrió sin incidencias, sin signos de inestabilidad hemodinámica ni aumento de temperatura. El postoperatorio fue favorable. Conclusiones: El temor a una posible HM en pacientes con enfermedades neuromusculares es común, aunque no siempre justificado. En el caso del SAHD, no existe evidencia que relacione esta patología con un mayor riesgo de HM. No obstante, ante la duda y en ausencia de información clara, es prudente adoptar estrategias anestésicas conservadoras. Este caso subraya la importancia de la revisión individualizada de cada paciente con enfermedades raras. Debido a que no se confirmó el riesgo de HM y en la bibliografía revisada no se encontró referencia a incidencias tras el uso gases halogenados, se optó por usarlos, promoviendo este manejo como una técnica anestésica segura, que permitió realizar la cirugía sin complicaciones, minimizando de esta manera los riesgos y reforzando el valor del análisis bibliográfico previo.

PV-089. Manejo anestésico para cirugía de reparación de atresia de esófago. Estudio retrospectivo

Juan García Coronel¹; Beatriz Rodríguez Sánchez¹; Lucía Álvarez Baena¹; María Lourdes Barragán González¹; Marta García Navlet¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: La atresia esofágica (AE), con/sin fístula traqueoesofágica, requiere corrección quirúrgica en los primeros días de vida, con una elevada tasa de complicaciones y mortalidad (1). El objetivo de este estudio es analizar el manejo anestésico intraoperatorio y la evolución durante los primeros 30 días postoperatorios. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de AE en nuestro hospital pediátrico entre 2012 y 2023. Se recogieron datos epidemiológicos, quirúrgicos, anestésicos y clínicos durante los primeros 30 días postoperatorios. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial de la muestra. **Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes. El 53 % eran recién nacidos a término y el 26 % prematuros tardíos, con un peso medio de 2,4 (\pm 0,8) kg. El tipo de AE más frecuente fue el tipo III (80%). El abordaje quirúrgico más empleado fue la toracotomía (56%). Se utilizó catéter caudal ascendido en el 46% de los pacientes. La duración de ventilación mecánica postoperatoria presentó una mediana de 5 (RIC: 2,9) días. Las principales causas de destete prolongado fueron respiratorias (42 %), quirúrgicas (35 %) y hemodinámicas (23 %). La mitad de los pacientes (52%) presentaron síndrome de abstinencia, siendo significativamente más frecuente en pacientes sin caudal (79 % vs. 25 %, $p < 0,001$). No hubo complicaciones atribuibles al catéter caudal. **Conclusiones:** La reparación quirúrgica de la AE supone un desafío anestésico por la fragilidad del neonato y la limitada bibliografía publicada al respecto. El uso de catéter caudal ascendido podría mejorar el control del dolor y reducir complicaciones postoperatorias como el síndrome de abstinencia.

PV-090. Manejo anestésico perioperatorio en cirugía de fémur corto congénito

Estibaliz Lopez Gonzalez¹; Itxaso Calvo Santibañez¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Sira Gomez Navarro¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹

¹Hospital Universitario Cruces

Introducción: El fémur corto congénito tiene una incidencia de 1 de cada 50.000 nacidos vivos. Se presenta un caso de anestesia en cirugía de Brown modificada por Paley realizada para proporcionar una extremidad funcional para conseguir adaptación protésica. **Método:** Se exponen estrategias de manejo anestésico en un caso de cirugía de fémur corto congénito. **Resultados:** Paciente de 5 años y 16 kg, con fémur corto congénito izquierdo tipo 3A. Abordaje quirúrgico circunferencial a la altura de ingle, con extensión proximal para extirpación proximal de fémur corto, osteotomía pélvica y rotación de extremidad de 180°. El reto anestésico deriva del control del dolor y manejo hemodinámico. Se administró analgesia multimodal, combinando, primer escalón, con morfina 2mg intravenosa, perfusión continua de remifentanilo, y a través de catéter epidural L2-L3 fentanilo 20mcg y ropivacaína 0.2% en bolos de 3ml horarios. Se realizó monitorización hemodinámica invasiva avanzada, temperatura y diuresis. Se administró ácido tranexámico y 170ml de concentrado de hematíes, guiados por seriación de hemoglobina en gasometría en point of care. Tras extubación se trasladó, sin dolor y estable a UCI pediátrica. Allí permaneció 3 días, recibiendo analgesia de primer escalón y perfusión continua epidural (ropivacaína y fentanilo), sin opiáceos intravenosos. **Conclusiones:** La monitorización hemodinámica invasiva y la comunicación con los traumatólogos, permite optimizar los cambios hemodinámicos en cirugía ortopédica sin isquemia, dónde la estimación del sangrado es difícil. La analgesia multimodal, combinando analgesia epidural con analgesia intravenosa, es eficaz en el manejo del dolor en paciente pediátrica sometida a cirugía ortopédica mayor.

PV-091. Manejo perioperatorio de esplenectomía laparoscópica en niño con anemia de células falciformes

Estibaliz Lopez Gonzalez¹; Maria Eugenia Garcia Durruti¹; Sira Gomez Navarro¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹

¹Hospital Universitario Cruces

Introducción: La anemia de células falciformes (ACF) tiene una prevalencia de 1.200 casos en España. Los desencadenantes de una crisis aguda incluyen hipoxemia, deshidratación, dolor e hipotermia, fenómenos que pueden aparecer durante el periodo perioperatorio. **Método:** A propósito de un caso se expone el manejo perioperatorio en paciente pediátrico con ACF. **Resultados:** Paciente de 4 años y 18 kg de peso con ACF. Múltiples ingresos por crisis hemolíticas y secuestros esplénicos, que condicionaban shock hipovolémico por lo que se decidió esplenectomía laparoscópica. Preoperatoriamente, presentaba HbS 38% con Hb 10,6 mg/dl por lo que no fue necesario eritroaféresis, ni transfusión. Se aseguró

adecuada hidratación intravenosa preoperatoria con suero glucosalino a 60ml/h. El manejo anestésico intraoperatorio estuvo dirigido a evitar crisis agudas derivadas del procedimiento. Para control analgésico, tras la inducción anestésica, se realizó epidural caudal con 10 ml de ropivacaína 0.2% y morfina 3 mcg/kg. Se combinó con analgesia intravenosa, con paracetamol y perfusión de remifentanilo a 0.2 mcg/kg/min. Se previno la hipotermia con manta térmica y monitorización de temperatura central. Se aseguró adecuada ventilación y oxigenación con FiO₂ al 50%. Permaneció hemodinámicamente estable durante toda la intervención. Se extubó en quirófano y se trasladó a la UCI pediátrica donde permaneció 24h, con buen control analgésico sin necesidad de rescates. Nueve días después recibió el alta hospitalaria, sin complicaciones postoperatorias. Conclusiones: El estricto control del dolor postoperatorio con analgesia multimodal, mantenimiento de normotermia, adecuada oxigenación y estabilidad hemodinámica a nivel perioperatorio, ayuda a prevenir las crisis agudas en pacientes con ACF.

PV-092. Repercusión del desflurano en el cambio climático: mito o realidad

Sofía Rubín Alduán¹; Pascual Sanabria Carretero²; Inés Cuberta González²; David Martínez Escudier¹; Francisco Reinoso Barbero³

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal; ²Hospital Universitario La Paz; ³Hospital Universitario la Paz

Introducción: El cambio climático es impulsado por gases de efecto invernadero (GEI), con un aumento global de temperatura estimado en 1.5 °C. El sector sanitario representa el 5% de las emisiones totales de GEI, y los gases anestésicos suponen el 10% de las hospitalarias. El desflurano ha sido criticado por su presunto alto impacto ambiental y se ha propuesto su prohibición. Método: El impacto de los anestésicos volátiles se mide en Potencial de Calentamiento Global (GWP), que compara su efecto con el del CO₂. El desflurano posee un GWP-100 de 2590, lo que indica que podría ser 2590 veces más potente que el CO₂. No obstante, este valor no considera otros factores como estructura molecular, vida media atmosférica y concentración. Resultados: Aunque el desflurano tiene un GWP alto, su vida media atmosférica es de solo 14 años (frente a cientos del CO₂) y su concentración es mínima: 0,30 partes por trillón (ppt), frente a los 411 millones de ppt del CO₂. Además, su eficiencia radiativa es muy baja (0,00014 Wm⁻² contra 1,68 Wm⁻² del CO₂). Esto se traduce en una contribución real al calentamiento global 12.000 veces menor que el CO₂. Incluso con uso sostenido durante 100 años, solo se estimaría un aumento de temperatura de 0,00015 °C. Conclusiones: Aunque es deseable reducir emisiones, el impacto climático del desflurano es insignificante comparado con otras fuentes hospitalarias de GEI. Su uso racional con bajos flujos y técnicas de captura con filtros de carbón activo pueden minimizar aún más su huella ambiental.

PV-093. Anestesia para supraglotoplastia en un neonato: a propósito de un caso

Cristina Pallarés Fernández¹; Alberto Izquierdo Guerrero¹; Silvia López Galera¹; Elena Dina¹

¹Hospital Universitario Parc Taulí

INTRODUCCIÓN La cirugía de vía aérea pediátrica es una intervención compleja y de alto riesgo que precisa un manejo anestésico que garantice el acceso quirúrgico manteniendo una oxigenación y ventilación eficaz. Una patología frecuente (especialmente en neonatos prematuros) es la laringomalacia, que consiste en un colapso inspiratorio de estructuras supraglóticas. Si se asocia a síntomas graves puede requerir manejo quirúrgico mediante supraglotoplastia. **CASO CLÍNICO** Neonato a término diagnosticado de laringomalacia severa y traqueomalacia que se interviene de supraglotoplastia con 18 ddv y 4165g. Monitorización con electrocardiograma, pulsioximetría, tensión arterial no invasiva. Inducción anestésica: midazolam 0.5mg, ketamina 5mg, fentanilo 4mcg. Atropinización para manejo de secreciones y 1mg dexametasona. Mantenimiento con propofol 4mg/kg/h. Administración de lidocaína 1% sobre cuerdas previo a introducción de broncoscopio rígido para resección de mucosa redundante. Mantenimiento de ventilación espontánea durante el procedimiento (80 minutos). Oxigenoterapia administrada mediante conexión a broncoscopio rígido y por cánula oral. Nebulización de adrenalina al finalizar e inicio de oxigenoterapia alto flujo a 8L/min FiO₂ 60%. Evolución correcta con alta a domicilio a los 24 ddv y seguimiento durante 3 meses con nasofibrolaringoscopias flexibles en consultas con visualización de la evolución. **CONCLUSIONES** El manejo anestésico para cirugía de vía aérea en pediatría continúa siendo un reto, especialmente en este grupo etario. Evitar la relajación muscular permite la visualización en tiempo real del resultado quirúrgico, siendo interesante el mantenimiento de la ventilación espontánea. Hacen falta más estudios y consenso sobre el manejo anestésico en neonatos para este tipo de cirugías.

PV-094. Parálisis cerebral infantil; experiencia en huse en el implante y uso de bomba intratecal de baclofeno

Adrian Arnau Garcia¹; Leire Canibe Galiana¹; Alvaro Vázquez López-Cepero¹; Herman Ribera Leclere¹; David Fabián Gonzalez¹

¹Hospital Universitario Son Espases

La parálisis cerebral es un trastorno neurológico que afecta el movimiento, la postura y el equilibrio, siendo la espasticidad uno de los síntomas más frecuentes. Requiere un enfoque terapéutico multidisciplinar que puede incluir desde tratamientos conservadores hasta intervenciones quirúrgicas complejas. Se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil, espasticidad severa y dolor, con antecedentes de múltiples cirugías ortopédicas. Ante la escasa mejoría con tratamientos previos, se propone la realización de un test de baclofeno intratecal mediante catéter para valorar la

posible colocación de una bomba intratecal. El paciente, de 16 años, fue diagnosticado también con encefalopatía epiléptica y sospecha de disfagia a líquidos. Se realizaron intervenciones quirúrgicas de corrección ósea en miembros inferiores y columna, con resultados mixtos. El test de baclofeno intratecal consistió en la colocación de un catéter desde el espacio L4-L5 hasta T1, con administración de 75 y 100 mcg de baclofeno, evidenciándose una clara mejoría en la escala de Ashworth. Tras el test positivo, se inició tratamiento con baclofeno intratecal, aumentando progresivamente la dosis hasta 200 mcg/día en modo flexible, con notable reducción de la espasticidad y del dolor, permitiendo además disminuir la medicación oral y analgésica. Se concluye que el test de baclofeno intratecal mediante catéter es una técnica segura y eficaz en pacientes pediátricos con espasticidad severa, siendo una herramienta útil dentro del abordaje terapéutico integral de la parálisis cerebral

PV-095. Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para cirugía de escoliosis pediátrica. Estudio observacional retrospectivo

Álvaro León Moscat¹; Lucía Álvarez Baena¹; María Arellano Pulido¹; Raquel Arellano Pulido¹; Beatriz Cabeza Martín¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción El manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a cirugía correctora de escoliosis congénitas o secundarias requiere un enfoque multidisciplinar dada la alta prevalencia de comorbilidades asociadas, que pueden requerir una optimización preoperatoria con múltiples visitas al hospital (REF). Este estudio tuvo como objetivo describir los resultados de la aplicación de nuestro protocolo ERAS, que incluye la creación de la consulta preoperatoria multidisciplinaria, en cirugía de escoliosis pediátrica. **Métodos** Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes pediátricos sometidos a cirugía de escoliosis entre 2024 y 2025. Las variables estudiadas incluyeron datos demográficos, optimización preoperatoria, técnica anestésica, manejo hemodinámico intraoperatorio, necesidades transfusionales totales, complicaciones postoperatorias y días de ingreso. **Resultados** Se estudiaron 14 pacientes. La mediana de edad fue 14.5 años (rango intercuartílico (RIQ)= 12.5-15.8) y peso 47 kg (RIQ= 35.5-52.6). La indicación quirúrgica más frecuente fue escoliosis neurológica e idiopática por igual. Todos los pacientes fueron valorados en consulta multidisciplinaria. En todos los pacientes se realizó fluidoterapia guiada por objetivos, se administró ácido tranexámico 10 mg/kg y perfusión a 5 mg/kg/h y se empleó el recuperador de sangre intraoperatoriamente. Se administró morfina intratecal a todos los pacientes entre 3.5-8 mcg/kg (mediana 6.35 mcg/kg). La mediana de días de ingreso en REA/UCIP fue 1 día (RIQ=1-3) y de estancia hospitalaria 7 días (RIQ= 6-8.75) **Conclusiones** En nuestra experiencia, el protocolo ERAS en cirugía de escoliosis asocia una reducción en el número de visitas preoperatorias así como un alta hospitalaria precoz.

PV-096. VAD en paciente con distrofia muscular por déficit de merosina

Gorka Najarro Ajuria¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Estibaliz López González¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹; Sira Gómez Navarro²

¹Hospital universitario Cruces; ²Hospital universitario Cruces

INTRODUCCIÓN: El manejo de la vía aérea difícil en pacientes con distrofias musculares requiere una estrategia anticipada, dada la debilidad muscular, la restricción ventilatoria y el riesgo elevado de complicaciones respiratorias que presentan. La distrofia muscular por déficit de merosina, se trata de una entidad autosómica recesiva que cursa con hipotonía muscular generalizada con posterior evolución a contracturas musculares asociado habitualmente a escoliosis. Así mismo nuestra paciente presentaba también retrognatía y macroglosia. **MÉTODO:** Exponer el manejo de vía aérea difícil y abordaje anestésico en pacientes con distrofia muscular por déficit de merosina. **RESULTADOS:** Paciente de 13 años que acude para realización de funduplicatura de nissen laparoscópica y gastrostomía. Se decide IOT en despierto tras topicalización de la vía aérea mediante nebulizaciones de lidocaína al 5%. Para mejor tolerancia se acompaña con perfusión de dexmedetomidina en bolo de 1 mcg /kg/hr y posteriormente a 0,5 mcg/kg/hr junto con remifentanilo a 0,1 mcg/kg/min. Realizamos first look con un airtraq y se procede a IOT sin incidencias. Se contraindican los relajantes musculares despolarizantes y se recomienda una técnica anestésica total intravenosa (TIVA) y así se realizó. **CONCLUSIONES:** Una correcta evaluación de la VAD y preparación del caso con varios planes anestésicos que nos permitan seguir avanzando en caso de intentos fallidos de intubación es fundamental para el abordaje de los pacientes con VAD de manera exitosa. El conocimiento de las peculiaridades de estos pacientes es clave para una correcta selección farmacológica.

PV-097. Abordaje anestésico en estenosis esofágica por ingesta de cáusticos

María Eugenia García Durruti¹; Nahikari Gonzalo Rebollo¹; Sira Gómez Navarro¹; Deiba Anwar Nadir Parveen¹; Estibaliz López González¹

¹Hospital universitario Cruces

INTRODUCCIÓN: La estenosis esofágica causada por agentes cáusticos es una complicación crónica que ocurre tras la ingestión accidental de sustancias corrosivas. Nuestro paciente originario de Guinea Bissau presentaba una estenosis esofágica cervical y torácica que tras múltiples dilataciones esofágicas, colocación de stent había recidivado por lo que se decide intervención quirúrgica. **MÉTODOS:** Exponer el manejo anestésico de la cirugía de resección esofágica con varios abordajes, incluyendo el abordaje torácico requiriendo ventilación unipulmonar. **RESULTADOS:** Varón de 13 años, 21 kg, que se somete a cirugía de resección esofágica con tres abordajes; cervical, torácico y abdominal. Primeramente se colocó catéter epidural torácico alto T5-T6, monitorización standard de la ASA y monitorización hemodinámica avanzada posteriormente se procedió a la realización

de anestesia general total intravenosa (TIVA) con propofol y remifentanilo empleándose así mismo dexmedetomidina en perfusión. Se procede a IOT mediante laringoscopia directa objetivándose C-L: I colocándose un tubo de doble luz nº 28 izquierdo. Se comprueba con el fibrobroncoscopio y se procede a la canalización de arteria radial y vvc de acceso periférico. Por último se realizó bloqueo cervical superficial ecoguiado como técnica analgésica para el abordaje cervical con ropivacaína 7,5 mg/ml administrando un volumen de 5 ml. Así mismo se administraron analgésicos de primer escalón como ibuprofeno y paracetamol. La ventilación unipulmonar transcurrió sin incidencias. **CONCLUSIONES:** La planificación de los casos complejos con el equipo quirúrgico es esencial para la planificación anestésica, así como el abordaje multimodal analgésico para asegurar una correcta analgesia intra y postoperatoria a nuestros pacientes.

PV-098. Desafíos y manejo anestésico en la distrofia miotónica de Steinert pediátrica: reporte de dos casos clínicos

Francisco Estevan Pérez¹; Violeta Farre Nebot¹; Daniel Gómez Chamorro ¹; Judit Saludes Serra¹

¹Hospital Universitario Joan XXIII

INTRODUCCIÓN La distrofia miotónica de Steinert, es una enfermedad genética que presenta desafíos anestésicos, requiriendo una evaluación preoperatoria cuidadosa por sus manifestaciones musculares y extramusculares, así como por su sensibilidad aumentada a fármacos y estímulos que pueden inducir crisis miotónicas. **MÉTODOS** Presentamos los casos de dos hermanas afectadas del síndrome de Steinert de 3 y 6 años que iban a ser intervenidas de adenoidectomías y drenajes timpánicos bilaterales. Tras la valoración preanestésica, se propuso realizar anestesia general. Para canalizar la vía periférica se aplicó crema anestésica y sedación con midazolam intranasal. Se realizó inducción de secuencia rápida con Propofol, fentanilo y rocuronio. Como mantenimiento anestésico se empleó perfusión de propofol y de remifentanilo. En la monitorización aparte de la estándar, incluimos capnografía, TOF, BIS y temperatura rectal. Una vez finalizado el procedimiento se revirtió el bloqueo neuromuscular (sugammadex) y se extubó a las pacientes sin incidentes. **RESULTADOS** Se trata de dos casos en los que una cirugía de baja complejidad puede asociar graves complicaciones. En consenso con el servicio de Otorrinolaringología, se optó por modificar el régimen ambulatorio inicial, por ingreso hospitalario para control postoperatorio. El periodo perioperatorio transcurrió sin incidentes, gracias a la estricta vigilancia implementada y a la cuidadosa evitación de fármacos y estímulos conocidos por su asociación con crisis miotónicas. **CONCLUSION** El desarrollo y la progresión de esta enfermedad pueden verse influenciados tanto por el estrés quirúrgico como por las técnicas anestésicas empleadas, por lo que resulta fundamental un adecuado manejo en el periodo perioperatorio.

PV-099. ¿Broncoespasmo o tubo endotraqueal en bolsón traqueal residual?: a propósito de un caso

Fernando Piñero Martínez¹; Liena Izquierdo López¹; Francisco Javier Marqués Asín¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: En pacientes con antecedentes de cirugía traqueoesofágica deben considerarse alteraciones anatómicas residuales como causa de complicaciones ventilatorias. Presentamos el caso de un lactante con antecedente de atresia esofágica tipo III corregida quirúrgicamente, que sufrió un evento respiratorio grave inicialmente interpretado como broncoespasmo y que resultó ser una colocación errónea del tubo endotraqueal en un bolsón traqueal residual. **Métodos y resultados:** Se describe el caso de un paciente varón de 13 meses con asociación VACTERL incompleta y antecedentes de cirugía esofágica y cardiopatía congénita, programado para cirugía urológica bajo anestesia general. Tras intubación orotraqueal con videolaringoscopia, presentó desaturación rápida, hipoventilación, aumento de presiones en vía aérea y capnografía casi nula. Ante la seguridad de no haber sido una intubación fallida en esófago por haber usado la videolaringoscopia, se optó por el diagnóstico de broncoespasmo aplicando su tratamiento correspondiente. La intervención se suspendió ante la dificultad para mantener una correcta ventilación y el paciente ingresó en cuidados intensivos. La fibrobroncoscopia realizada al día siguiente mostró la malposición del tubo endotraqueal en un bolsón traqueal residual, derivado de la reparación previa de la atresia esofágica, explicando así la ventilación ineficaz y la presentación clínica similar al broncoespasmo (imagen disponible). **Conclusiones:** En pacientes con cirugía traqueoesofágica previa, deben anticiparse alteraciones anatómicas residuales como causa de obstrucción respiratoria intraoperatoria. La fibrobroncoscopia precoz es esencial ante una evolución atípica para confirmar la correcta posición del tubo y evitar complicaciones graves.

PV-100. Bloqueo paravertebral vs epidural en resección de sarcoma costal pediátrico: Seguridad y Eficacia

Raúl Ibáñez Martínez¹; Esther Romero Vargas¹; Sonsoles Úbeda Mata¹; Jose María Milián Martínez¹; Aiyan Nedjatin Daraktchiev Rosillo¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción/Objetivo: Las comorbilidades en pediatría oncológica complican el manejo anestésico, especialmente el uso de técnicas locorregionales cuando se asocia con plaquetopenia ($< 100.000/\mu\text{L}$). En este caso comparamos catéter paravertebral (BPV) vs. epidural (AED) enfocados en eficacia y seguridad. **Desarrollo:** Contexto clínico: Paciente de 13 años con resección de sarcoma costal. Plaquetopenia moderada ($12.000/\mu\text{L}$) contraindica AED por riesgo de hematoma epidural. Realizamos BPV ecoguiado con 9 ml de levobupivacaína 0.25% + dexmedetomidina ($1 \mu\text{g}/\text{kg}$), con colocación de catéter post-resección para evitar interferencia quirúrgica. **Evidencia científica:** - Eficacia analgésica: Existe una amplia evidencia de la efectividad y seguridad del BPV, en comparación a la AED,

en cirugía torácica en adultos¹. En pediatría, su uso en cirugía renal o abdominal demuestra que el BPV ofrece analgesia equivalente o mayor, un menor consumo postoperatorio de opioides, una ratio de bloqueos fallidos menor, así como, una mayor satisfacción parental^{2,3}. - Seguridad: las guías ASRA/ESRA contraindican el AED en coagulopatías significativas por el riesgo de hematoma espinal; en contraste, el BPV, al ser una técnica periférica, implica menor riesgo hemorrágico. Otras complicaciones relevantes del AED incluyen infección e hipotensión (más frecuente en mayores de 8 años). El BPV, aunque asociado a neumotórax y toxicidad sistémica (mayor en lactantes), presenta una incidencia significativamente menor de complicaciones pulmonares, retención urinaria, náuseas/vómitos e hipotensión⁴. Conclusiones: El BPV ecoguiado supone una alternativa segura a la AED en pacientes pediátricos con coagulopatías, con menor riesgo hemorrágico y analgesia equivalente, a falta de estudios específicos en esta población. BIBLIOGRAFÍA 1. Baidya DK, Khanna P, Maitra S. Analgesic efficacy and safety of thoracic paravertebral and epidural analgesia for thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014;18(5):626–35. 2. Narasimhan P, Kashyap L, Mohan VK, Arora MK, Shende D, Srinivas M, et al. Comparison of caudal epidural block with paravertebral block for renal surgeries in pediatric patients: A prospective randomised, blinded clinical trial. *J Clin Anesth.* 2019;52:105–10. 3. Tug R, Ozcengiz D, Güneş Y. Single level paravertebral versus caudal block in paediatric inguinal surgery. *Anaesth Intensive Care.* 2011;39(5):909–13. 4. Davies RG, Myles PS, Graham JM. A comparison of the analgesic efficacy and side-effects of paravertebral vs epidural blockade for thoracotomy--a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth.* 2006;96(4):418–26.

PV-101. TET pediátrico: ¿Confiamos en la edad o en lo que vemos?

Anna Sala Segura¹; Paula Vera Sabater¹; Daniel Agudelo Torres¹; Concepción Pérez Torralba¹; Alberto Frances Ribera¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Introducción: El tamaño del tubo endotraqueal (TET) en pediatría es clave para evitar complicaciones como fuga aérea o trauma laríngeo. La fórmula de Cole [(edad / 4) + 3,5] es una referencia habitual, aunque no contempla variaciones anatómicas individuales. El videolaringoscopia McGrath permite valorar visualmente el ajuste del tubo en la glotis, lo que podría optimizar su elección. **Objetivo:** Comparar el TET estimado por la fórmula modificada de Cole con el seleccionado mediante videolaringoscopia McGrath en niños de 1 a 8 años. **Material y método:** Estudio prospectivo en 30 pacientes pediátricos intubados de forma electiva con McGrath. Se registraron edad, sexo, TET estimado por fórmula y el calibre finalmente utilizado tras visualización glótica. **Resultados:** La media del TET por fórmula fue 4,56 mm (DE: 0,69) y por McGrath 4,87 mm (DE: 0,68) ($p < 0,0000001$). El coeficiente de concordancia de Lin fue 0,86. La diferencia media fue de +0,31 mm, con límites de acuerdo entre -0,15 y +0,77 mm. En 24 pacientes McGrath seleccionó un TET mayor; coincidió en 5 y fue menor en 1. En todos los subgrupos de edad, McGrath eligió calibres superiores ($p = 0,00001$). **Conclusión:** La fórmula de Cole modificada presenta

buena concordancia con McGrath, y los límites de acuerdo indican una variabilidad clínicamente razonable. No obstante, la fórmula de Cole tiende a infraestimar el calibre óptimo del TET. La visualización glótica directa con videolaringoscopia permite una selección más precisa y segura, especialmente en pacientes pediátricos pequeños.

PV-103. Monitorización de la profundidad anestésica y control del dolor en una sala de hemodinámica pediátrica

Sergio Sánchez-Palencia Taboada¹; Hugo Ahern Espinosa¹; Cristina del Río Peña¹; Laura Fernández Benítez¹; Diego Domínguez Flores¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: La monitorización de la profundidad anestésica en menores de 3 años es compleja y es controvertida debido a diferencias en el EEG respecto a adultos. En neonatos predominan ondas delta, y llegados los 2 años el EEG se asemeja al adulto durante la anestesia, aunque requieren mayores dosis de sevoflurano. El cierre percutáneo del ductus arterioso persistente (DAP) es algésico, por ello empleamos el monitor CONOX pediátrico para optimizar la anestesia y analgesia en un niño. **Método:** Monitorizamos a un niño de 23 meses sometido a cierre percutáneo de DAP usando ECG, presión arterial, pulsioximetría y CONOX (qCON para profundidad anestésica y qNOX para analgesia). Realizamos una inducción anestésica suave con sevoflurano y medicamentos intravenosos, manteniendo ventilación mecánica y ajustando dosis según valores de qCON y qNOX para controlar la anestesia y analgesia. **Resultados:** Tras la inducción, el qCON descendió a valores compatibles con un correcto nivel anestésico, aumentando las ondas delta. Durante el procedimiento, ajustamos las dosis para mantener un qCON entre 48-63 y un qNOX entre 34-44, sin signos clínicos de dolor ni alteraciones hemodinámicas. Se logró reducir la administración de opioides en un 50% respecto a lo habitual. **Conclusiones:** El CONOX pediátrico demostró coherencia con la clínica, permitiendo un control más preciso de la anestesia y analgesia en un niño cercano a 2 años. La lectura sistemática del EEG procesado permitió un adecuado ajuste farmacológico. El uso del qNOX para guiar analgesia resultó prometedor para ajustar y reducir el uso de opiáceos.

PV-104. Rotura traqueal iatrogénica en pediatría: Un riesgo latente relacionado con la intubación endotraqueal

María Trincado Cobos¹; Pascual Sanabria Carretero¹; María Velayos López¹; Luis Castro Parga¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción: La rotura traqueal iatrogénica asociada a intubación en pediatría es una complicación poco frecuente pero grave. Suele estar relacionada con situaciones de urgencia, uso de fiadores o estiletes, intubaciones dificultosas, reintubaciones, tubos de doble luz y bloqueadores endobronquiales. **Métodos:** Revisión retrospectiva de casos en el Hospital Infantil La Paz entre 2009 y 2025. **Resultados:** Se registraron 5 casos (edad media: 6 años), todos con rotura en la pars membranosa. Los síntomas más comunes fueron enfisema subcutáneo (5 casos), neumomediastino (4), neumotórax unilateral/bilateral (2/3) y distrés respiratorio (2). El diagnóstico se confirmó mediante radiografía, broncoscopia, broncografía y TAC. Tres pacientes requirieron drenaje pleural, dos ventilación mecánica >48 h y uno ECMO venoarterial >48 h. Ningún caso precisó reparación quirúrgica; se optó por manejo conservador en cuidados críticos. Se empleó ventilación no invasiva (oxígeno de alto flujo en gafas nasales) o ventilación mecánica protectora (presiones limitadas, volumen corriente óptimo y PEEP ajustada). Posteriormente, se utilizó CPAP endotraqueal con tubo de menor calibre y sin neumotaponamiento, acompañado de alto flujo en pacientes con respiración espontánea. **Conclusiones:** La rotura traqueal asociada a la anestesia, especialmente con uso de fiadores y tubos de doble luz, es posible. El tratamiento conservador con soporte ventilatorio de bajas presiones y sin neumotaponamiento permite el “reposo traqueal” y favorece la consolidación de la lesión.

PV-105. Manejo anestésico durante reintervención fístula traqueoesofágica en un caso de vacterl incompleta

Cristina Garrido González ¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Introducción / objetivo: Neonata con regurgitación, polipnea, cianosis y desaturación postprandial. Se diagnostica fístula traqueoesofágica tipo H, CIV y riñón ectópico, compatible con asociación VACTERL incompleta. Se plantea un abordaje multidisciplinar entre cirugía pediátrica, digestivo y neumología, con planificación anestésica cuidadosa. El objetivo fue tratar la patología de base minimizando riesgos respiratorios e infecciosos, evitando intubación orotraqueal, y adaptándose a la complejidad del caso mediante coordinación estrecha entre especialidades y uso óptimo de los recursos disponibles. **Métodos:** A los 21 días, se suspende una primera intervención por desaturación, requiriendo intubación orotraqueal. Se coloca SNG transpilórica para favorecer la ganancia ponderal. A los 56 días, se realiza cirugía por vía cervical con ligadura de la fístula. Postoperatorio complicado con neumonía, necesitando VMI. Se confirma recidiva de la fístula, programando nueva intervención a los 5 meses. Bajo sedación profunda con

sevofluorano, premedicación con atropina y dexmedetomidina 1 mcg/kg seguido de perfusión 0.3 mcg/kg/min + remifentanilo 0.05 mcg/kg/min, se mantiene ventilación espontánea. Se visualiza el orificio fistuloso por endoscopia digestiva, se coagulan los bordes con argón y se cierra con clip hemostático. Posteriormente, se instila lidocaína al 1% sobre cuerdas vocales bajo visión CMAC, seguida de fibrobroncoscopia flexible con cauterización del poro traqueal con ácido tricloroacético. Resultados: Procedimiento sin complicaciones, con estabilidad hemodinámica y respiratoria. Alta a domicilio al día siguiente, tolerando nutrición enteral sin incidencias. Conclusión: El objetivo fue tratar la refistulización sin intubación, minimizando complicaciones respiratorias e infecciosas, destacando la importancia de la colaboración interdisciplinar y planificación en casos complejos.

PV-106. Anestesia segura en epidermólisis bullosa: análisis clínico y protocolo de manejo perioperatorio

Maria Soledad Huélamo Toro¹; Paula Prieto Simancas¹; Blanca García Arnaiz¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

La epidermólisis bullosa (EB) es una enfermedad genética rara que provoca una extrema fragilidad cutáneo-mucosa. Nuestro objetivo es describir la población con EB del Hospital La Paz y proponer un protocolo de manejo anestésico. Presentamos un estudio retrospectivo (2000-2024), incluyendo 214 pacientes. La mediana de edad fue 17 años, siendo el 54,5% mujeres. El subtipo más frecuente fue EB distrófica (63%), también el más común en contexto quirúrgico, seguido de EB simple (31%). Las complicaciones más relevantes para la valoración preoperatoria fueron: prurito (63,1%), infecciones locales (56,5%); dolor (54,7%), anquiloglosia (36%), microstomía (35,5%), disfagia (38%), estenosis esofágica (27,6%); pseudosindactilia (36%). Objetivamos complicaciones graves como la miocardiopatía dilatada (5,6%) carcinoma escamoso (10,3%) y glomerulonefritis (0,02%). Las cirugías para corrección de pseudosindactilias y colocación de gastrostomías fueron las más frecuentes. El manejo anestésico requiere la prevención de nuevas ampollas por fricción. Se recomienda el uso de electrodos sin adhesivo, materiales de fijación siliconados, manguito de TA acolchado y evitar aspiración orofaríngea, sondas esofágicas o vesicales. Suelen presentar malos accesos venosos con requerimiento de ecografía. Aunque la anestesia general es la más utilizada, la ventilación espontánea puede ser útil en procedimientos breves. La ventilación no suele ser problemática pero se debe prever una vía aérea difícil, con el uso de videolaringoscopia/fibrobroncoscopia, TET de menor calibre sin neumotaponamiento y lubricación de dispositivos. Las mascarillas laríngeas pueden inducir lesiones. Es fundamental evitar la agitación con premedicación y analgesia adecuada. Como conclusión, el manejo anestésico de EB debería realizarse en centros especializados mediante un enfoque multidisciplinar.

PV-107. Ventilación unipulmonar en el paciente pediátrico. Estudio retrospectivo

Beatriz Rodríguez Sánchez¹; Elena Castrodeza Azorín¹; Lucía Álvarez Baena¹; Irene Hidalgo García¹; Mónica Hervías Sanz¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: La ventilación unipulmonar (VUP) en pacientes pediátricos presenta desafíos específicos derivados del reducido tamaño de las vías respiratorias y la disponibilidad limitada de dispositivos adaptados. El objetivo de este estudio es describir el manejo intraoperatorio de la vía aérea para lograr un adecuado bloqueo pulmonar. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardiotorácica con VUP en nuestro hospital entre 2022 y 2025. Se recogieron datos epidemiológicos, relacionados con la técnica quirúrgica y con el manejo de vía aérea, así como complicaciones asociadas a dicho manejo. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de la muestra. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes. La edad y el peso presentaron una mediana de 6 años (RIC 4, 9) y 20 kg (RIC 14,25), respectivamente. La indicación quirúrgica más frecuente fue el cierre de comunicación interauricular mediante toracotomía (47%). La técnica más empleada para el bloqueo pulmonar (82%) fue la intubación endotraqueal (tubo nº4.5-5.5) con bloqueador (Univent® 5 Fr), siendo la técnica exclusiva en niños <8 años. El 50% de los bloqueadores se dispusieron de forma extraluminal. El tubo de doble luz se empleó únicamente en niños >8 años, representando el 45% de las técnicas de aislamiento en ese grupo de edad. El fibrobroncoscopio más utilizado fue de 3.5mm. Se registraron complicaciones (bloqueo ineficaz y malposición del bloqueador) en 6 pacientes (17%). **Conclusiones:** El manejo anestésico para la VUP en pediatría debe incluir una evaluación cuidadosa del árbol traqueobronquial y la selección adecuada del dispositivo de aislamiento pulmonar y fibrobroncoscopio.

PV-108. Masas mediastínicas en pediatría: un reto en el manejo anestésico

Adriana Eldabe Díez¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Claudia Cuesta¹; Pilar Durán de La fuente¹; Francisco Reinoso-Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción: Las masas mediastínicas, especialmente las anteriores, generan compresión anatómica respiratoria y cardiovascular, aumentando la morbilidad perioperatoria sobre todo en población pediátrica. La anestesia, supone un reto para el anestesiólogo, por la posibilidad de obstrucción total o parcial del árbol traqueobronquial. Frecuentemente, se agrava tras la inducción anestésica por colapso de la vía aérea si dicha masa se encuentra distal al tubo endotraqueal. **Métodos:** Recogimos casos en el H. Infantil La Paz durante los últimos 5 años. Realizamos inducción anestésica en posición semisentada, en ventilación espontánea, videolaringoscopia, aplicamos lidocaína

periglótica-endotraqueal con atomizador, intubación orotraqueal en ventilación espontánea, guiado mediante fiador-estilete, introduciendo tubo anillado de tamaño según mm de paso en la zona obstructiva (determinado en la prueba de imagen preoperatoria). Al utilizar tubo menor diámetro, permite superar “tramo de colapso”, siendo necesario prolongarlo en parte proximal con tramo de tubo para alargar el mismo. Es una metodología original del centro. Resultados: Recogimos 25 casos con masas mediastínicas de localización anterior. La edad media fue de 9 años (1 y 15 años). En el 80% el origen de masa fue linfoproliferativa. El 40% presentaban compresión bronquial y/o traqueal, en ningún caso compresión > 70% de la luz del árbol respiratorio. No registramos eventos críticos intraoperatorios, ni imposibilidad de ventilar o avanzar tubo endotraqueal. Conclusiones: El compromiso de la vía aérea es el reto principal, la intubación en ventilación espontánea, la elección del tubo endotraqueal que permita deslizarse por “tramo de colapso” es el pilar fundamental del éxito en el manejo anestésico.

PV-109. Implementación de un protocolo multidisciplinar para el manejo perioperatorio del paciente pediátrico oncológico: una experiencia en hospital terciario

Irene Subirana Carpi¹; Lourdes Barragán González ¹; Irene Hidalgo García¹; Marta García Navlet ¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Los pacientes pediátricos con patología oncológica requieren múltiples procedimientos anestésicos a lo largo de su enfermedad, tanto quirúrgicos como diagnósticos, en contextos clínicos de alta complejidad. En respuesta a esta necesidad, los servicios de Anestesiología y Reanimación Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Oncología del Hospital Universitario Infantil Gregorio Marañón han desarrollado e implementado un protocolo ERAS® específico para esta población. Este protocolo estandariza el manejo perioperatorio de procedimientos como punciones lumbares, aspirados y biopsias de médula ósea, colocación de accesos venosos centrales (CVC, PICC, port-a-cath) y cirugías mayores como resecciones tumorales. A través de un enfoque multidisciplinar, se establecieron criterios clínicos, analíticos y de monitorización adaptados a las particularidades de estos pacientes, incluyendo consideraciones hematológicas, infecciosas y nutricionales. La coordinación interdepartamental ha permitido optimizar los circuitos asistenciales, reducir los eventos adversos y mejorar la seguridad perioperatoria. Se diseñaron formularios estandarizados para estructurar la comunicación entre el anestesiólogo y el oncólogo responsable del paciente, facilitando la planificación anticipada y segura de cada procedimiento. Se ha contemplado el desarrollo futuro de herramientas para la monitorización de resultados y el seguimiento de indicadores de calidad. Esta experiencia demuestra que la implementación de un programa ERAS® adaptado al paciente oncológico pediátrico es factible, segura y beneficiosa, siempre que exista un compromiso institucional y una colaboración fluida entre equipos.

PV-110. Manejo anestésico en el cierre de fístula broncopleuraleal con adhesivo tisular en una niña con neumonía necrotizante

Ignacio Lozano Lozano¹; María Freire Daporta¹; Gorka Najarro Ajuria¹; María Eugenia García Durruti¹; Gorka Ojinaga García¹

¹Hospital Universitario de Cruces

Introducción/Objetivo: La fístula broncopleuraleal persistente es una complicación grave de la neumonía necrotizante en niños. Presentamos el manejo anestésico de una paciente pediátrica sometida a fibrobroncoscopia y cierre de fístula con adhesivo tisular (GLU-BRAND), bajo control fluoroscópico, evitando así una lobectomía. **Métodos:** Niña de 6 años (25 kg), asmática, ingresada en UCIP por neumotórax derecho y empiema bilateral. Tras dos pleurodesis con Tissucol, persistió la fístula broncopleuraleal. Se planificó fibrobroncoscopia con aplicación de adhesivo en el bronquio posterior del lóbulo superior derecho. Se realizó anestesia general intravenosa, con intubación orotraqueal mediante laringoscopia directa. La elección de un tubo endotraqueal de 6,5 mm fue clave para permitir un canal de trabajo adecuado durante la broncoscopia. Durante el procedimiento, guiado por cirugía pediátrica y radiología intervencionista, se aplicó el adhesivo con control fluoroscópico. Se prestó especial atención a la ventilación durante las desconexiones, ajustando parámetros para minimizar fugas y garantizar una oxigenación adecuada. **Resultados:** El cierre de la fístula fue exitoso. La paciente permaneció 24 horas en UCIP, sin fuga aérea ni complicaciones respiratorias. El drenaje torácico se retiró al tercer día postoperatorio y fue dada de alta el quinto día. **Conclusiones:** El éxito del procedimiento dependió en gran parte del manejo anestésico: elección del tubo, control ventilatorio y coordinación multidisciplinar. Esta técnica representa una alternativa eficaz y menos invasiva frente a la cirugía resectiva en niños.

PV-111. Manejo anestésico en la laringomalacia grave: revisión retrospectiva de once casos sometidos a supraglotoplastia

Adrián Hernández Moya¹; Saúl Astray Gómez¹; María Blanco Crespo¹; Sonia Garcés Sánchez¹; María Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Descripción/objetivos: La laringomalacia es la causa más frecuente de estridor congénito. En sus formas graves puede producir apneas y fracaso de la alimentación, requiriendo intervención quirúrgica mediante supraglotoplastia. El objetivo de este trabajo es describir el manejo anestésico en una serie de 11 lactantes con laringomalacia grave, analizando las técnicas utilizadas, el manejo de la vía aérea y las complicaciones postoperatorias. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se incluyeron 11 pacientes menores de 12 meses con diagnóstico de laringomalacia grave, intervenidos quirúrgicamente entre 2016 y 2025. Se recopilaron variables clínicas, anestésicas, quirúrgicas y postoperatorias a partir de los registros asistenciales. **Resultados:** La edad media fue de 2,86 meses. Todos los pacientes fueron ASA III-IV. La inducción anestésica

fue inhalatoria en 1 paciente, intravenosa en 1 y combinada en 9. En 1 caso (9%) se presentó intubación difícil, con necesidad de intubación nasal apoyándose del fibrolaringoscopio. Se mantuvo mediante sevoflurano en el 100% de los pacientes, con ventilación espontánea en 2 de ellos. La extubación se realizó en quirófano en 5 pacientes, 5 se trasladaron a la UCI pediátrica (UCIP) intubados y uno con traqueotomía. La estancia media en UCIP fue de 11,8 días. Del total de los pacientes registrados, 2 de ellos precisaron de reintubación y traqueotomía posterior. Conclusiones: La laringomalacia grave plantea un reto anestésico relevante. La planificación individualizada, la preservación de la ventilación espontánea y la anticipación del manejo de la vía aérea difícil son fundamentales para minimizar complicaciones y mejorar los resultados clínicos.

PV-112. Coagulopatía en el neonato pretérmino: a propósito de un caso

Daniel Amoros Ruiz¹; Concepcion Perez Torralba¹; Paula Vera Sabater¹; Anna Sala Segura¹

¹Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante

Introducción: Los neonatos, especialmente los pretérminos, presentan un riesgo elevado de sangrado debido a la inmadurez del sistema hemostático. El concepto de hemostasia del desarrollo describe la maduración progresiva del sistema de coagulación desde la etapa fetal hasta la vida adulta. Se estima que el 25% de los neonatos ingresados en UCIN experimentan algún tipo de hemorragia, y hasta un 11% sangrado severo. **Caso clínico:** Neonato de 24 semanas de gestación y 710 g, nacido por cesárea ante preeclampsia materna. Al cuarto día de vida se diagnostica enterocolitis necrotizante, indicándose cirugía urgente. Durante la intubación se observa sangrado importante, iniciándose transfusión empírica de plasma fresco congelado (PFC) y concentrado de hematíes, que se amplía intraoperatoriamente por hemorragia difusa. A las 72 h se obtiene el primer perfil de coagulación: fibrinógeno en el límite inferior y Quick 62%, por lo que se administra fibrinógeno. Como complicaciones, desarrolla hemorragia intracerebral grado IV al día 4 y hemoperitoneo al día 7. El día 9 recibe la última transfusión de PFC, estabilizándose el sangrado tras resolución de la sepsis. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz de la coagulopatía y la instauración de un tratamiento dirigido, frente a un enfoque empírico, son claves para evitar complicaciones graves en neonatos críticos. Las pruebas tromboelastográficas, aunque no aprobadas formalmente en población neonatal, han demostrado utilidad para diagnosticar y orientar el manejo hemostático de forma individualizada y eficiente.

PV-113. Picc port, un dispositivo del que se pueden beneficiar nuestros pacientes pediátricos

Cristina Gonzalez Serrano¹

¹*HU Donostia*

Presentamos el primer caso en nuestro centro de un paciente oncológico pediátrico al que se le coloca un dispositivo PICC-port para la administración de quimioterapia como alternativa al Port-a-cath convencional. Mujer 16 años, 45 kg, sarcoma de Ewing metastásico; candidata a Port-a-cath para la administración de quimioterapia. Se plantea la colocación de un dispositivo PICC-port en el antebrazo. El dispositivo PICC-port aúna las ventajas de un PICC y un Port-a-cath evitando al mismo tiempo los inconvenientes que pueden tener ambos dispositivos. Ventajas del PICC Port: Abordaje ecoguiado de vena profunda del antebrazo (axilar o basilica) Posicionamiento de punta de catéter mediante ECG intracavitario se evitando la necesidad de fluoroscopia. Colocación del puerto en un bolsillo situado en la cara interna del antebrazo evitando el perjuicio estético del Port-a-cath sobre el tórax. Puerto de pequeño tamaño. En casos seleccionados se podría colocar/retirar bajo local con sedación. Limitaciones del PICC-port: Tamaño más pequeño 5F requiere vena de calibre adecuado para evitar trombosis. Limitado a los pacientes pediátricos de mayor tamaño hasta que se desarrolle la tecnología para los niños más pequeños. Conclusiones: El PICC-Port es un dispositivo de acceso venoso prolongado del que se pueden beneficiar nuestros adolescentes y preadolescentes de mayor tamaño que aporta además de las ventajas de un Port-a-cath o un PICC una mayor facilidad para su colocación además de menos trauma estético.

PV-114. Manejo anestésico en las displasias osteocartilaginosas: a propósito de un caso con condrodisplasia punctata

Adrián Hernández Moya¹; Saúl Astray Gómez¹; Alicia Díaz Ruz¹; Sonia Garcés Sánchez¹; Maria Pilar Argente Navarro¹

¹*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia*

Introducción: La condrodisplasia punctata es un trastorno congénito raro asociado a calcificación prematura de estructuras esqueléticas y dismorfias faciales, que alteran la vía aérea del paciente pediátrico y dificultan su manejo. Método: Se describe el caso de un paciente pediátrico de 10 años con diagnóstico en la infancia temprana de condrodisplasia punctata tipo 1 ligada al cromosoma X (mutación ARSE), remitido a nuestro hospital para evaluación quirúrgica por amigdalitis recurrente. Resultado: En la valoración preanestésica presentaba rasgos faciales dismórficos (hipertelorismo, depresión de la raíz nasal, puente nasal aplanado), retraso del crecimiento y evidencia radiográfica de calcificaciones en el anillo traqueal. La tomografía computarizada (TC) con reconstrucción 3D reveló calcificaciones parciales en tráquea, observándose estrechamiento en el primer anillo traqueal (6,6 mm). Se realizó inducción inhalatoria con sevoflurano, manteniendo

ventilación espontánea. Se preparó material y plan de vía aérea difícil ante rigidez cervical y características morfológicas. Se consiguió la intubación exitosa con videolaringoscopia pediátrica y soporte con fibrobroncoscopio flexible Vathin®; con tubo con balón 5.0mm. La anestesia se mantuvo con sevoflurano y remifentanilo. Extubación segura en quirófano y vigilancia en UCIP durante 24 horas sin incidencias. Conclusión: Las displasias osteocartilaginosas pueden presentar dismorfias craneofaciales que configuren una vía aérea difícil, lo que requiere un enfoque individualizado. La planificación preoperatoria, la preservación de la ventilación espontánea y el uso de videolaringoscopia y fibrobroncoscopio fueron fundamentales para evitar complicaciones y mejorar la seguridad anestésica en estos casos.

PV-115. Análisis de las causas de suspensión de quirófanos en el bloque quirúrgico infantil de un hospital de tercer nivel

Lucía Rubio Arbiol¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Francisco Reinos Barbero¹; Rafael Antonio García Malaver¹; Alfonso Murillo Juliá¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción La cancelación de procedimientos quirúrgicos programados incrementa las listas de espera, eleva los costes sanitarios y a la sociedad por permiso laboral, genera insatisfacción en los familiares, puede comprometer la evolución clínica del paciente. En el ámbito pediátrico, las infecciones respiratorias intercurrentes constituyen la principal causa de suspensión quirúrgica. **Objetivo** Evaluar un periodo desde 2007-2024, las causas de cancelación en un BQ pediátrico de un hospital terciario, diseño de estrategias de mejora y análisis evolutivo de las medidas implantadas. **Métodos** Implementación de envío de SMS recordatorio con información breve y precisa sobre aspectos perioperatorios y evaluación de un algoritmo de apoyo a la decisión clínica ante una infección respiratoria en pacientes pediátricos candidatos a cirugía programada. **Resultados** Las infecciones respiratorias intercurrentes, seguido de suspensiones por trasplante y que el paciente no acude, constituyen la principal causa de suspensión quirúrgica, constituyen >80% de las causas de suspensión y sobre las que fue necesario diseñar estrategias de mejora. La aplicación del algoritmo de decisión para las infecciones intercurrentes y el envío de un SMS recordatorio de la cirugía los días previos, permitió una disminución progresiva en la tasa de cancelaciones quirúrgicas, pasando del 20% en 2007 al 6% en 2024. **Conclusiones:** El SMS recordatorio y la implementación del algoritmo clínico para el manejo de infecciones respiratorias en el contexto quirúrgico pediátrico reduce significativamente la tasa de suspensiones. Esta estrategia optimiza la gestión de recursos, minimiza los costes asociados y mitiga el impacto negativo del retraso quirúrgico en la salud infantil.

PV-116. RCP neonatal

Luis Arrondo Mínguez¹; Inés Cuberta González¹; Laura Vázquez Martínez¹; Juan José Correa Barrera¹; Blanca Gómez Del Pulgar Vázquez¹

¹Hospital Universitario De Torrejón

A propósito de un caso: RCP neonatal en pretérmino en cesárea emergente
Introducción: La reanimación cardiopulmonar en neonatos representa una de las intervenciones más críticas en el campo de la Anestesia. El objetivo de este caso es recordar la importancia de conocer y aplicar correctamente el algoritmo específico de RCP neonatal, el cual difiere significativamente del de adultos. **Métodos:** para ello se revisaron las guías y los algoritmos actualizados de reanimación neonatal y pediátrica y se evaluó la efectividad de los cursos de formación continuada en esta materia. **Resultados:** en el caso que nos atañe, se realiza una cesárea emergente por bradicardia sostenida y sospecha de pérdida de bienestar fetal. Nace un recién nacido sin esfuerzo respiratorio e hipotónico con FC <60 lpm, por lo que se inicia VPPI con FiO₂ al 100% durante los primeros 30s con descenso progresivo hasta FiO₂ del 50%. Además, se realiza masaje cardiaco durante 2 minutos, aspiración de secreciones claras e intubación a los 4 minutos de vida con TET 2´5, recuperando FC >100lpm. Apgar 3/4/7 y se traslada a Unidad Neonatal con VMI. **Conclusiones:** queda evidente que, tras la aplicación de estas guías y recomendaciones, la reanimación fue exitosa. A pesar de que la mayoría de los anestesiistas tiene más interiorizada la RCP en adultos, es fundamental no descuidar la preparación en RCP neonatal ya que una intervención oportuna y adecuada puede marcar la diferencia en la supervivencia y calidad de vida del neonato para el resto de su vida.

PV-117. Adaptación en tiempo real en anestesia neonatal: monitorización no invasiva tras isquemia transitoria secundaria a canalización de acceso arterial

Marta Gimenez Garcia¹; Vanessa Martín Álvarez²; Ana Paz Aparicio²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ²Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción: La canalización de un acceso arterial es una práctica habitual en la anestesia pediátrica de procedimientos complejos, sin embargo, en neonatos y lactantes, esta técnica puede presentar dificultades técnicas con la aparición de complicaciones vasculares que obligan a replantear la estrategia de monitorización invasiva. **Métodos:** Presentamos el caso de un lactante de 2 meses intervenido para reparación de hernia diafragmática congénita izquierda. Tras la inducción anestésica, se intenta la canalización de la arteria humeral izquierda sin éxito. A continuación, se canaliza la arteria radial izquierda, pero tras su fijación se observa palidez en los dedos 1º, 2º y 3º de la mano y se

pierde la pulsioximetría, retirándose el catéter. Se decide entonces intentar canalización de la arteria humeral derecha, logrando su acceso, pero se objetiva nuevamente palidez en la mano derecha. Ante la recurrencia del fenómeno isquémico y tras valorar el riesgo-beneficio, se decide no continuar con la canalización arterial. Como alternativa, se complementa la monitorización con oximetría cerebral y renal (NIRS) con buena correlación con la hemodinámica del paciente siendo de utilidad como guía para la toma de decisiones intraoperatorias sin necesidad de monitorización invasiva. Conclusiones: La canalización arterial en lactantes puede presentar complicaciones vasculares incluso cuando se realiza de forma ecoguiada, que deben ser rápidamente reconocidas para evitar secuelas permanentes. Este caso sugiere que, ante dificultades para canalizar un acceso arterial seguro, el uso de herramientas de monitorización no invasiva como la espectroscopia funcional (NIRS) puede ser una alternativa válida para mantener una vigilancia hemodinámica adecuada.

PV-118. Manejo anestésico de craniotomía en paciente pediátrico despierto

Cristina Rodríguez Oliva¹; Maria de los Angeles Escobar Reyes²; Gaston Echaniz Barbero²; Marta Pousibet Almazán¹; Leyre Perez Hernández¹

¹Hospital General de Valencia; ²Hospital Sant Joan de Deu

Varón diestro de 12 años, con antecedentes de epilepsia con debut a los 9 años, caracterizada por crisis diarias de 1 a 20 minutos consistentes en acúfenos, afasia motora, flexión cefálica hacia la izquierda y automatismos manuales. La causa se atribuyó a una malformación cavernosa congénita en la región temporal izquierda. Se realizó resección completa del cavernoma y estereoelectroencefalografía con termocoagulación, identificando el foco epileptógeno, secundario a cicatriz del sangrado del cavernoma, en las áreas 21 y 22 de Brodmann (área de Wernicke). Dado que persistía epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico y a la termocoagulación, se indicó cirugía de resección de la zona epileptógena con el paciente despierto para preservar funciones del lenguaje. Se planificó cuidadosamente la fase despierta con apoyo del equipo de neuropsicología y trabajo social, además de familiarización con el quirófano, anestesiólogo y equipo quirúrgico. Durante el procedimiento, se utilizó anestesia intravenosa total (TIVA) con mascarilla laríngea, monitorización invasiva y bloqueo del cuero cabelludo. Tras alcanzar el plano quirúrgico, se despertó al paciente con remifentanilo a dosis bajas para mantener sedación consciente. Se realizaron pruebas de comprensión del lenguaje con acompañamiento de la neuropsicóloga durante toda la fase despierta, así como potenciales corticocorticales y mapeo funcional, permitiendo resección completa sin déficits neurológicos. Posteriormente, se indujo de nuevo anestesia general para hemostasia y cierre. La resonancia magnética postoperatoria confirmó la resección completa sin complicaciones. El paciente despertó en quirófano, fue trasladado a UCI y evolucionó sin incidencias, logrando remisión completa de las crisis epilépticas y reincorporación escolar.

PV-119. Importancia de la monitorización BIS en la detección de variantes hemodinámicas - A propósito de un caso

María Trincado Cobos¹; Pilar Morán Martín¹; Kevin Stephen Acosta Velásquez¹; Rafael García Malaver¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Presentamos el caso de un paciente varón de 7 años politraumatizado tras traumatismo abdominal por pisada de caballo, con hemorragia activa secundaria a un pseudoaneurisma de la arteria hepática izquierda. Destacamos el papel fundamental de la monitorización de la electroencefalografía (EEG) intraoperatorio, en este caso por monitorización de índice biespectral (BIS), en la detección precoz de alteraciones hemodinámicas durante el manejo anestésico. El paciente se encontraba inicialmente estable, con un índice de trauma pediátrico de 8 puntos. Fue trasladado para realizar el procedimiento de embolización por radiología intervencionista. Tras la inducción, sufrió un episodio de hipotensión severa con signos de hipoperfusión cerebral detectados en el BIS, evidenciados por un patrón EEG de ondas lentas con una alta tasa de supresión. La rápida intervención con fluidoterapia, vasopresores y hemoderivados permitió la recuperación clínica y electroencefalográfica, observándose una restauración del patrón BIS (presencia de ondas alpha y beta). El pseudoaneurisma fue embolizado exitosamente, cesando el sangrado. Este caso subraya la utilidad del BIS más allá de la monitorización de la profundidad anestésica, actuando como herramienta sensible para detectar eventos críticos como la hipoperfusión cerebral en tiempo real. La visualización continua del EEG y del espectrograma de densidad permitió correlacionar el estado hemodinámico con la actividad cerebral, facilitando decisiones clínicas inmediatas. Por tanto, aboga por el uso de parámetros de EEG en su conjunto como la frecuencia de borde espectral y el registro de canales.

PV-120. Broncografía intraoperatoria para identificar lesión pulmonar con gran fuga aérea

Carlota Méndez Dumas¹; Isabel Rodríguez De La Iglesia¹; Pilar Moran Martin²; Pascual Sanabria Carretero²; Francisco Reinoso Barbero²

¹hospital Ramon Y Cajal; ²hospital Infantil La Paz

INTRODUCCIÓN: Las rupturas traqueobronquiales y pulmonares con fuga aérea provocan enfisema mediastínico, neumotórax y fístulas broncopleurales. Son complicaciones perioperatorias producidas por manipulación del árbol traqueobronquial, dehiscencia de sutura y barotrauma, que aumentan la morbilidad. Para su diagnóstico son necesarias pruebas de imagen precisas. **MÉTODOS:** Presentamos un caso de un paciente de 1 año y 3 meses diagnosticado de malformación adenomatosa quística que precisó lobectomía por videotoracoscopia. En el postoperatorio inmediato se observó significativa fuga aérea, que precisó cirugía por fracaso de manejo conservador. Se determinó la lesión

pulmonar causante de la fuga aérea mediante broncografía intraoperatoria. Dicha técnica ofrece alta precisión, sin embargo, su empleo es poco conocido. RESULTADOS Mediante anestesia general inhalatoria, se realizó broncografía con contraste guiada por fibrobroncoscopia, administrando 300mg de iomeron (1ml). Se identificó la fuga a nivel del LSD mediante Rx escopia. Posteriormente se procedió a intubación selectiva del bronquio principal izquierdo (TETbi) mediante tubo endotraqueal con balón 3.5mmDI alargado con fragmento tubo 4.5mmDI, para realizar la cirugía mediante VATS. Se programó ventilación controlada por presión; perfusión de Noradrenalina para mantener adecuada presión arterial y relación V/Q; e hipotermia inducida (34°C), para disminuir consumo de O₂ y producción CO₂. Tras su reparación, se retira TETbi a posición traqueal, se realizó reclutamiento pulmonar y se constató ausencia de fugas en respirador. CONCLUSIÓN La broncografía es una forma precisa para determinar de forma inmediata el origen de la fuga aérea, utilizada a pie de cama, sin necesidad de desplazar al paciente para realizar otras pruebas de imagen.

PV-121. Supraglotoplastia: ¿Ventilación espontánea o anestesia general?

Sonsoles Úbeda Mata¹; Marina Arnalte Téllez¹; Anna Berbis Sánchez¹; Nekane Romero García¹; Rosa Herrera Castro¹

¹Hospital Clínico de Valencia

La laringomalacia es una alteración congénita caracterizada por una hiperlaxitud de las estructuras laríngeas. La consecuencia es el prolapso del tejido supraglótico; siendo una de las causas principales de estridor inspiratorio en niños. El diagnóstico se obtiene por fibrobroncoscopia. Cuando el colapso laríngeo produce afectación respiratoria o dificultades alimentarias, el tratamiento es quirúrgico (supraglotoplastia). Se presenta el caso de una lactante de 6 meses y 5.5 kg, diagnosticada de laringomalacia severa con necesidades crecientes de oxigenoterapia. Tras nasofibrobroncoscopia en UCI, se objetivó una epiglotis tubular con colapso inspiratorio e hipertrofia mucosa de los aritenoides que succiona durante la inspiración. La supraglotoplastia se realiza en ventilación espontánea con gafas nasales (3L/min), midazolam 0.1 mg/kg (iv) , ketamina 2.5 mg/kg (iv) y propofol 0.5-1 mg/kg según necesidad; manteniendo ventilación espontánea (FiO₂ 32%) durante el procedimiento. Se realizó la laringoscopia con pala Macintosh nº1 y se instiló lidocaína 1% en supraglotis. La cirugía consistió en la exéresis de la mucosa de ambos repliegues aritenoides. La supraglotoplastia es una cirugía compleja debido en este caso, a la corta edad y al campo quirúrgico reducido y compartido con el cirujano, siendo el control de la vía aérea el principal reto junto con las complicaciones respiratorias postoperatorias. En el presente caso se optó por una sedación en ventilación espontánea para asegurar la permeabilidad y dinámica fisiológica de la vía aérea, permitiendo la evaluación in vivo de la obstrucción dinámica y minimizando el riesgo asociado a una intubación orotraqueal en una vía aérea ya comprometida.

PV-122. Paciente pediátrico con síndrome de feingold, ¿a qué me enfrento?

Raúl Ibáñez Martínez¹; Nekane García Pérez ¹; Anna Berbis Sánchez¹; Aida González Magdalena¹; Josep Peñarrocha Martínez¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN El Síndrome de Feingold (SF) es una enfermedad rara (prevalencia menor a 1:1.000.000), asociada a mutaciones en MYCN o MIR17HG, implica microcefalia, displasia esquelética y cardiopatías congénitas. Presentamos sus desafíos anestésicos perioperatorios basados en un caso de cirugía endoscópica nasosinusal por bola fúngica en paciente de 8 años. **DESARROLLO** Manifestaciones Clínicas Relevantes - Craneofaciales: Microcefalia con occipucio prominente, retrognatismo mandibular y paladar hendido. - Gastrointestinales: Atresia esofágica (con/sin fístula traqueoesofágica) o atresia duodenal. La clasificación en subtipos (1 y 2) depende de la presencia o ausencia de estas anomalías, respectivamente. - Neurológicas: Hidrocefalia, epilepsia y discapacidad intelectual de severidad variable. - Cardiovasculares: Defectos de septación y persistencia del conducto arterioso. - Musculoesqueléticas: Talla baja, anomalías digitales (braquimesofalangia, sindactilia), hendidura sagital sacra, bloqueo vertebral C5-C6 y fusión del arco neural en C6-C7. Consideraciones Anestésicas - Vía aérea difícil: Micrognatia y limitación de movilidad cervical (asociada a fusiones vertebrales) incrementan el riesgo de intubación compleja. - Broncoaspiración: Mayor susceptibilidad. - Anestesia regional: No contraindicada, pero la técnica caudal requiere evaluación individualizada ante la posibilidad de anomalías sacras. - Complicaciones hemodinámicas: La distensión gástrica neonatal puede comprometer el retorno venoso, generando hipotensión severa. - Hipertermia maligna (HM): No documentada en literatura asociada al síndrome. **CONCLUSIÓN** El SF demanda un enfoque multidisciplinario centrado en: (1) vía aérea difícil como prioridad absoluta, (2) estabilidad neurocardíaca intraoperatoria, y (3) desmitificación de riesgos no evidenciados (ej. HM). La estandarización de protocolos basados en registros de enfermedades raras es clave para optimizar seguridad. **BIBLIOGRAFÍA** - Carlo LM Marcelis, de P. Feingold Syndrome 1. Nih.gov. University of Washington, Seattle; 2019. - Bissonnette B, Luginbuehl I, Engelhardt T, eds. Síndrome de Feingold. En: Síndromes: reconocimiento rápido e implicaciones perioperatorias. 2.^a ed. Nueva York: Educación McGraw-Hill; 2019

PV-123. Anestesia para cirugía robótica urológica en menores de 3 años: serie de 10 casos

Beatriz Martín Piñeiro¹; Lucía Aragones Quintanero¹; Pablo Enrique Gómez De Castro¹; Pablo Nocete¹; Dolores Méndez Marín¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre

Introducción/Objetivo: La cirugía robótica en población pediátrica menor de 3 años representa un reto anestésico significativo debido a las características fisiológicas de esta franja etaria, las particularidades del neumoperitoneo y la limitación del acceso al paciente. El objetivo de este estudio es describir la experiencia anestésica en 10 procedimientos urológicos robóticos realizados en menores de 3 años, evaluando la seguridad perioperatoria y los resultados clínicos inmediatos y a largo plazo. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 10 pacientes menores de 36 meses sometidos a cirugía urológica robótica. Se recogieron variables demográficas, tipo de intervención, técnica anestésica, monitorización, incidencias intraoperatorias, manejo postoperatorio y evolución clínica. El análisis fue descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** La edad media fue de 10 meses, con un peso medio de 10,6 kg. Los procedimientos incluyeron pieloplastias, reimplantes ureterales, heminefrectomías, nefrectomías totales y diverticulectomías vesicales. Todos los pacientes recibieron anestesia general con intubación orotraqueal. Se logró un manejo estable del neumoperitoneo (presión ≤ 10 mmHg). No se registraron complicaciones anestésicas intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. La duración media de la cirugía fue de 195 minutos. 7 pacientes ingresaron en la UCIP. La estancia media hospitalaria fue de 3,2 días. El seguimiento ambulatorio a 3 meses no evidenció secuelas relacionadas con la anestesia. **Conclusiones:** La cirugía robótica urológica en menores de 3 años puede realizarse de forma segura bajo anestesia general, siempre que se cuente con una planificación cuidadosa, monitorización adecuada y un equipo experimentado. Esta serie respalda su viabilidad con resultados clínicos favorables.

PV-124. Proyecto de implementación de APP en la visita preoperatoria pediátrica en cirugía mayor ambulatoria

Anabel Jiménez Carrión¹; Alicia Melero Mascaray¹; Teresa Franco Castanys¹; Beatriz Del Val Villanueva¹; David Valencia Royo¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN La telemedicina ha experimentado un gran auge desde la pandemia Covid-19. Presentamos un proyecto de implementación de una APP para móvil en la visita preanestésica pediátrica de reciente instauración en nuestro centro. **2- OBJETIVOS** - Optimizar tipo de visita preanestésica (cuestionario a través de APP, telefónica o presencial) - Evitar suspensiones el día de la intervención. - Facilitar a las familias la información y empoderarlas en el proceso quirúrgico. **3- MATERIAL Y MÉTODOS** Utilizamos la APP eSalut, desarrollada por el ICS y vinculada a la historia clínica del paciente, como

plataforma de comunicación bidireccional entre las familias y los profesionales. En el momento de inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica se dio acceso a APP a uno de los progenitores. En la APP incluimos diversos cuestionarios: 1- De salud inicial. Screening para decidir el tipo de visita preanestésica a realizar. 2- De salud 48h antes de la IQ. 3- De salud 24 h después de la IQ. 4- Encuesta de satisfacción Que son revisados y valorados por enfermería. También se incluye la presentación del equipo médico, circuito, normas de ayuno, información sobre las técnicas anestésicas, consentimiento informado y enlace a tour virtual 360º de quirófano de Nixi for Children. 5- CONCLUSIONES Con la App se ha conseguido optimizar el tipo de visita preanestésica, reduciendo el número de visitas telefónicas y presenciales. Además de mejorar el acceso a la información de las familias.

PV-125. El acompañamiento parental en la inducción anestésica: un nuevo paradigma en la excelencia sanitaria

Claudia Cuesta González-Tascón¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Diego Gil Mayo²; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital universitario La Paz; ²Hospital universitario Ramón y Cajal

Introducción Los niños son especialmente vulnerables al entorno quirúrgico, manifestando estrés, llanto y taquicardia intensos que se correlacionan con agitación y trastornos conductuales postoperatorios. La presencia parental en quirófano durante la inducción anestésica (PPIA) permite a un familiar acompañar al paciente durante la IA, disminuye intensamente el estrés y agitación, además de tener una excelente acogida por los acompañantes al participar en el proceso sanitario. **Método** El programa PPIA fue implementado en nuestro centro en 2019 tras los resultados de un estudio observacional en 638 niños. En la actualidad más de 10 centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (CAM) se han unido a la iniciativa, existiendo un fuerte apoyo desde la Consejería para que la iniciativa se instaure en toda la red sanitaria de la CAM, secundario a los grandes beneficios para el paciente y su bajo ratio coste/beneficio. **Resultados y Conclusión** En la actualidad en nuestro centro está extendido al 100% de procedimientos con anestesia pediátrica: tratamientos, exploraciones, cirugías, urgencias, trasplantes, y cirugía cardíaca. La PPIA consigue menor grado de estrés y ansiedad, aumenta hasta 7 veces la cooperación del niño en la IA, disminuye 10 veces la agitación postoperatoria y hasta 2 veces los cambios conductuales postoperatorios. El grupo más beneficiado son los <60 meses, los pacientes con trastornos madurativos y el grupo de oncológicos para radioterapia sometidos a un promedio de 20±10 sesiones con anestesia en un período de 30±5 días. El 99% de los acompañantes lo recomiendan o repetirían si fuese necesario. No se ha determinado ningún efecto adverso.

PV-126. Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral y trastornos múltiples de la coagulación en un paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi: un reto extremo para el soporte hemodinámico anestésico

Consuelo García Cebrián¹; Adrián Hernández Moya¹; María Blanco Crespo¹; Maria Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Introducción / Objetivo: El síndrome de Prader-Willi (SPW) se asocia a un mayor riesgo trombótico por obesidad, hipotonía y alteraciones vasculares, aunque no es habitual encontrar múltiples trastornos hematológicos graves simultáneamente. Presentamos un caso excepcional de tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo bilateral en un paciente pediátrico con SPW, complicado por déficits combinados de antitrombina III y ADAMTS13, que requirió abordaje anestésico intensivo, soporte hemodinámico avanzado y múltiples estrategias de control hemostático. **Métodos:** Paciente varón de 14 años con SPW intervenido de cifoescoliosis severa. En el postoperatorio presentó TEP masivo bilateral confirmado por angio-TC. Fue sometido a dos trombectomías percutáneas y una trombectomía quirúrgica tras parada cardiorrespiratoria, requiriendo ECMO-VA. Se inició perfusión de heparina y se diagnosticó un déficit de ATIII (27%), tratado con reposición. Posteriormente desarrolló complicaciones hemorrágicas y fracaso renal secundario a microangiopatía trombótica, evidenciándose déficit de ADAMTS13. **Resultados:** El paciente presentó eventos trombóticos y hemorrágicos simultáneos: hemoperitoneo, trombosis venosa profunda bilateral, derrame pericárdico y fallo multiorgánico. La combinación de soporte vasoactivo intensivo, ECMO y anticoagulación dirigida permitió estabilizar la función biventricular, respiratoria y renal, consiguiéndose la extubación y alta de UCI sin secuelas relevantes. **Conclusiones:** La coexistencia de TEP masivo, déficit de ATIII y microangiopatía trombótica en un paciente pediátrico supone un desafío clínico sin precedentes. Este caso pone en valor el papel crítico del anestesiólogo en la estabilización hemodinámica, el manejo de la anticoagulación y la toma de decisiones en escenarios de riesgo vital y coagulopatía compleja.

PV-127. Distracción craneofacial con avance monobloc en paciente pediátrico con síndrome de Apert y cardiopatía congénita: desafíos anestésicos y cuidados críticos

Sandra Pandiella Martínez¹; Sergio Batuecas Asensio¹; María del Carmen Baena Navarro¹; Jose Alberto Cabero Pérez¹; Marta Ramos Carrasco²

¹Complejo Asistencial Universitario de León; ²Hospital Universitario Río Hortega

Introducción El síndrome de Apert es una craniosinostosis sindrómica rara causada por mutaciones en el gen FGFR2, caracterizada por malformaciones craneofaciales complejas, sindactilia y frecuentemente asociada a alteraciones respiratorias y cardiovasculares. Estas anomalías suponen un reto significativo para el manejo anestésico y perioperatorio. **Material y métodos** Se presenta el caso de un varón de 6 años con síndrome de Apert, apnea-hipopnea del sueño, hiperreactividad bronquial y complejo cardíaco tipo Shone intervenido de coartación de aorta, sometido a craneotomía con avance monobloc mediante distracción osteogénica externa. La inducción anestésica fue balanceada (sevoflurano, propofol, fentanilo, ketamina, lidocaína, rocuronio) con intubación difícil controlada mediante videolaringoscopia. Se utilizó ventilación controlada (PC-VG), monitorización multimodal y profilaxis farmacológica múltiple. La cirugía se complicó con sangrado severo, precisando transfusión de 500 ml de sangre alogénica y soporte con noradrenalina. **Resultados** En UCIP, el paciente evolucionó inicialmente con ventilación invasiva y sedoanalgesia. A las 36 horas, el intento de extubación fracasó por insuficiencia respiratoria mixta, requiriendo traqueotomía reglada y tratamiento de broncoespasmo. La evolución posterior fue favorable: retiro progresivo de soporte hemodinámico y ventilatorio, buena tolerancia nutricional y recuperación neurológica sin incidencias. Se documentaron infecciones respiratorias tratadas con antibioterapia dirigida. **Conclusiones** Este caso resalta la importancia de una estrategia anestésica individualizada, anticipación de complicaciones respiratorias y coordinación multidisciplinar en pacientes sindrómicos sometidos a cirugía craneofacial compleja. La planificación adecuada permitió un manejo seguro y eficaz, con evolución clínica favorable.

PV-128. Manejo anestésico en paciente pediátrico con distrofia muscular de Duchenne sometido a osteosíntesis femoral

Jose Alberto Cabero Perez¹; Sergio Batuecas Asensio¹; Sandra Pandiella Martínez¹; Irene González Pascual¹; Guillermo Ordax Calvo¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es una miopatía progresiva que conlleva riesgos anestésicos como hipertermia maligna, rabdomiólisis y compromiso cardiorrespiratorio. El manejo debe ser individualizado, evitando agentes desencadenantes y garantizando una analgesia segura y eficaz. **Caso clínico** Paciente masculino de 14 años con DMD confirmada, programado para fijación con clavo

intramedular por fractura femoral. Evaluación preoperatoria con función respiratoria conservada (CVF 100%) y ecocardiograma normal (FEVI 60%). Sin antecedentes de intubación ni soporte ventilatorio. Material y métodos La inducción se realizó por vía intravenosa con propofol, fentanilo y rocuronio, evitando el uso de agentes inhalados y bloqueadores neuromusculares despolarizantes. Se colocó un catéter epidural lumbar para proporcionar analgesia durante el intraoperatorio y el postoperatorio inmediato. La anestesia se mantuvo con infusión continua de propofol y remifentanilo (TIVA), con ventilación controlada mediante presión positiva. Se monitorizó continuamente la profundidad anestésica con BIS, además de capnografía, temperatura, gases arteriales y presión arterial invasiva. El bloqueo neuromuscular fue revertido con sugammadex, permitiendo una extubación segura en quirófano tras recuperación completa. Conclusiones En pacientes con DMD, incluso con función cardiopulmonar preservada, es esencial evitar fármacos de riesgo y aplicar un enfoque anestésico multimodal. El uso de TIVA junto con analgesia epidural permite minimizar complicaciones y optimizar la recuperación. Una evaluación preoperatoria completa y la coordinación multidisciplinaria son claves para un manejo seguro y eficaz.

PV-129. Rotura traqueobronquial iatrogénica tras adenoamigdalectomía pediátrica: desafío diagnóstico y terapéutico

Aida Barceló O'Donnell¹; Aleida Sánchez Losa¹; Mercè Falcó Esteva¹; Fernando Barturen Fernández¹

¹Hospital Universitario Son Espases

Introducción: La rotura traqueobronquial tras intubación endotraqueal es infrecuente pero potencialmente letal. Presentamos un caso de rotura traqueal en un paciente pediátrico tras cirugía electiva, cuya manifestación clínica inicial fue insuficiencia respiratoria con desaturación. La demora en el diagnóstico y desarrollo de complicaciones críticas condicionaron el desenlace final. **Métodos:** Descripción de caso clínico de varón de 11 años (56 kg, 145 cm) sometido a adenoamigdalectomía electiva. Tras extubación presenta laringospasmo severo que requirió reintubación. A los 15 minutos comienza con desaturación y dificultad ventilatoria, que se maneja como reacción anafiláctica severa. Evoluciona de manera tórpida con insuficiencia ventilatoria progresiva y neumotórax bilateral inadvertido que deriva en paro cardiorrespiratorio, precisando maniobras de RCP avanzada (10 minutos) y colocación emergente de drenajes pleurales. **Resultados:** Mediante fibrobroncoscopia se diagnostica de rotura traqueobronquial. Tras fracaso ventilatorio persistente e inestabilidad hemodinámica se opta por instauración de soporte de oxigenación por ECMO veno-venosa como puente a la toracotomía y cierre directo de la lesión; que se pudo retirar a las 48 horas por mejoría hemodinámica. Sin embargo, el paciente fue finalmente diagnosticado de muerte encefálica. **Conclusiones:** Este caso subraya la importancia de incluir el daño traqueobronquial en el diagnóstico diferencial de insuficiencia respiratoria aguda y desaturación. Un reconocimiento precoz previene complicaciones graves. La presentación atípica puede imitar otros cuadros, destacando la necesidad de sospecha clínica ante signos como enfisema subcutáneo.

PV-130. Protocolo “eras” en estenosis hipertrófica del píloro (EHP)

Cristina Angorrilla Rodríguez¹; Abigail Villena Rodríguez¹; Alba Hernández Rico¹; Marta Sáez Parejo¹; Luciano del Valle Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción/Objetivo: La estenosis hipertrófica del píloro es una urgencia médica, no quirúrgica, por lo que se debe priorizar la estabilización clínica del niño antes del tratamiento quirúrgico definitivo. Los protocolos “ERAS” buscan conseguir una recuperación precoz de los pacientes tras una cirugía, así como reducir el estrés y los gastos asociados. El objetivo de este trabajo es presentar el nuevo protocolo ERAS en EHP del hospital HUVR y las diferencias con el protocolo anterior. **Método:** se recogen diferentes datos del estudio PILORMA del HUVR: corrección hidroelectrolítica, sueroterapia, estancia hospitalaria, reintroducción de tolerancia oral, tiempo quirúrgico, plan anestésico, complicaciones y uso de SNG. **Resultados:** se encontraron las siguientes diferencias en el nuevo protocolo con respecto al antiguo: con respecto a la fluidoterapia, se registraron diferencias en el tipo y el tiempo de optimización preoperatoria. Con respecto al uso de SNG, es desaconsejada en el nuevo protocolo, sin registrar aumento de vómitos ni broncoaspiración. No hubo diferencias en el plan anestésico, dejándolo a elección del anesthesiólogo. Las mayores diferencias descritas se encuentran en el postoperatorio: una disminución notable del tiempo hasta la introducción completa de la alimentación, el tipo de alimentación dada y el tiempo hasta el alta, sin registrarse aumento de complicaciones. **Conclusiones:** La introducción de nuevas pautas más actualizadas y basadas en la evidencia en pacientes con EHP de acuerdo con las guías ERAS, han demostrado en nuestro hospital una serie de mejoras, en cuanto a la recuperación y reducción de tiempos en el proceso médico – quirúrgico.

PV-131. Anomalías congénitas del tracto urinario como factor clave en meningitis postoperatoria por *Enterococcus faecalis*: reporte de un caso y revisión clínica

Borja Revuelta García¹; Maria Jose Jimenez Jimenez ²

¹Centro Medico Teknon ; ²Centro Medico Teknon

Introducción: La meningitis postoperatoria tras anestesia caudal es infrecuente, pero puede estar relacionada con infecciones urinarias subyacentes no diagnosticadas, especialmente en presencia de anomalías congénitas del tracto urinario. Este caso destaca la importancia de identificarlas para evitar complicaciones graves. **Caso clínico:** Presentamos un lactante de 2 meses con meningitis por *Enterococcus faecalis* (EF) tras reparación de hernia inguinal con anestesia caudal. A las 72 horas post-cirugía desarrolló fiebre, irritabilidad y diarrea. Las pruebas mostraron leucocitosis, proteína C reactiva y procalcitonina elevadas. Cultivos de orina, sangre y líquido cefalorraquídeo revelaron EF. La resonancia magnética confirmó colecciones higromatosas con desviación de la línea

media; la médula espinal estaba normal. El ultrasonido mostró una posible anomalía congénita del tracto urinario no diagnosticada previamente. Fue diagnosticado con sepsis urinaria y meningitis postoperatoria, tratado con antibióticos de amplio espectro y dado de alta sin déficits neurológicos. Discusión: La detección de una anomalía urinaria no diagnosticada previamente fue clave. La asociación entre anomalías urinarias y meningitis postoperatoria sugiere la necesidad de una evaluación preoperatoria más rigurosa. La ultrasonografía es una herramienta útil para detectar estas anomalías, lo que puede cambiar el manejo y la prevención en bebés sometidos a anestesia caudal o cirugía de hernia. Conclusión: El reconocimiento temprano de anomalías anatómicas urinarias puede prevenir infecciones severas en neonatos y guiar el manejo clínico en procedimientos quirúrgicos y anestésicos

PV-132. Abordaje de la Vía Aérea en paciente con anquilosis de ArticulacionTemporomandibular bilateral

Alejandra González Ruiz¹; José Fabián Pacheco Rodríguez¹; Anand H. Vaswani Dadlani¹; Sandra Martín Monsalve¹; Miguel Ángel Reverón Gómez¹

¹HUNSC

INTRODUCCIÓN La intubación mediante fibrobroncoscopio flexible en paciente despierto es la técnica “gold standard” en los casos de vía aérea difícil (VAD) conocida. su utilización en la población pediátrica resulta especialmente desafiante por sus particularidades. **CASO CLÍNICO** Paciente varón de 16 años, inmigrante de Mali, con una anquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) bilateral, que le imposibilidad abrir bien la boca ni alimentarse correctamente. Se programa para una resección bilateral del bloque anquilótico y colocación de un mantenedor de espacio en la ATM, embolizando previamente de forma profiláctica las arterias maxilares internas para disminuir el riesgo de sangrado. Ante la imposibilidad de realizar intubación convencional, se planifica intubación nasal despierto con fibrobroncoscopio. Aunque nuestro caso se trata de un adolescente, no dejaba de ser un niño, con su componente de ansiedad de carácter multifactorial. **EVOLUCIÓN** El paciente permanece intubado y sedado en REA durante 24h tras la embolización profiláctica, procediendo al día siguiente con la cirugía de resección del bloque anquilótico. Es extubado con buena apertura oral en las siguientes 24h y dado de alta de REA a las 48h. **CONCLUSIONES** La intubación en paciente despierto mediante fibrobroncoscopio flexible debe ser una herramienta imprescindible en nuestra cartera de recursos, y una técnica fundamental en la formación de todo residente de Anestesiología. Requiere de un entrenamiento adecuado, que permita al profesional poder utilizarlo con seguridad en cualquier contexto y en pacientes de cualquier edad, cuando esté indicado.

PV-133. Cirugía de obstrucción traqueal casi total con un Tritube y ventilación controlada por flujo Evone

Miguel José Vargas Oliva¹; Francisco Javier Escribà Alepuz¹; Macarena Almena Marjalizo¹; María Dolores Díaz Saldaña¹; María Pilar Argente Navarro¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe

Describimos el manejo de la vía aérea en una cirugía de obstrucción casi total de tráquea en una adolescente de 14 años que se presentó con una historia de 4 semanas de aumento de la disnea y estridor. La tomografía computarizada reveló una masa traqueal media de etiología desconocida con obstrucción crítica de las vías respiratorias. Durante la intervención se dividió el manejo de la vía aérea en etapas diferentes. Primero aseguramos la vía aérea del paciente con un Tritube (Ventinova, Eindhoven, Países Bajos), en modalidad de ventilación controlada por flujo con el ventilador Evone. Posteriormente, tras resecar la masa se intercambió el primer tubo por un segundo tubo endotraqueal habitual acoplado a la máquina de anestesia. No ocurrió ningún incidente durante la intervención, ni relacionado con el acto quirúrgico ni con el manejo de la vía aérea. Un equipo de otorrinolaringólogos estuvo lavado en todo momento por si fuera necesaria una vía aérea quirúrgica de emergencia. Llegamos a la conclusión de que el Tritube y la ventilación con control de flujo Evone (Ventinova) son útiles para el manejo de la vía aérea en este tipo de intervenciones quirúrgicas.

PV-134. Aerosolterapia a presión positiva mediante circuito Mapleson C modificado: diseño original (Aerosolterapia Anestesia Infantil La Paz)

David Nicolás Prósper Cuesta¹; Pascual Sanabria Carretero¹; Pilar Durán de la Fuente¹; Cristina Muñoz Bueno¹; Francisco Reinoso Barbero¹

¹Hospital Universitario La Paz

Introducción La incidencia de eventos graves en anestesia pediátrica relacionados con la vía aérea son superiores al 3% (principalmente broncoespasmo y croup postextubación) pudiendo amenazar la vida. El menor diámetro de la vía aérea, la hiperreactividad bronquial y la susceptibilidad al croup postextubación suponen un reto. La aerosolterapia es de elección pero presenta limitaciones: no existe dosificador presurizado de adrenalina, los nebulizadores pierden efectividad en posición supino porque requieren verticalidad y los broncodilatadores presurizados a través del TET llegan a alveolos en un 10% de lo administrado. **Método** Se diseñó un dispositivo original de aerosolterapia tipo Jet asociado a una modificación del circuito tipo Mapleson C que permite nebulizar cualquier broncodilatador, aplicar presión positiva continua (CPAP) o intermitente (VPPI), realizar maniobras de reclutamiento y asegurar una distribución homogénea y rápida en bronquiolos terminales puesto que actúa como cámara espaciadora. **Resultados** Nuestra experiencia hospitalaria ha mostrado resultados muy favorables. Se empleó en 35 pacientes en situación grave con SpO₂ menores de 85% (por broncoespasmo o croup

postextubación y diversas cirugías con dificultades de exhalación pulmonar como en el destete de CEC, broncoscopias o cirugías reparadoras de vía aérea) con tasa de eficiencia absoluta. No se ha registrado ningún evento adverso. Conclusiones La administración de broncodilatadores a través del dispositivo modificado (Aerosolterapia Anestesia Infantil La Paz) es eficaz y segura y, mantenida a presión positiva, consigue la broncodilatación, previene el colapso alveolar y facilita el reclutamiento pulmonar. Los excelentes resultados han permitido su implementación en todos los quirófanos y unidad de críticos.

PV-136. PBM en pediatría: propuesta de un modelo institucional de terapia transfusional guiada por objetivos

Maria Dolores Díaz Saldaña¹; Miriam Martinez Gomez¹; Miguel Jose Vargas Oliva¹; Francisco Escriba Alepuz¹; Maria Pilar Argente Navarro¹

¹ La Fe

Introducción: El Patient Blood Management (PBM) es un enfoque proactivo y multimodal para optimizar la oxigenación y reducir transfusiones innecesarias. Su implementación pediátrica aún es heterogénea, a pesar del potencial impacto en seguridad y eficiencia clínica. --**Objetivo:** Desarrollar un modelo institucional de PBM pediátrico liderado por anestesiología, integrando criterios clínicos, hematológicos y hemodinámicos para el manejo perioperatorio integral del paciente infantil. --**Métodos:** Se propone una estrategia estructurada en tres pilares: 1. Optimización preoperatoria: Detección y corrección de anemia con hierro IV, eritropoyetina en casos seleccionados y planificación individualizada. 2. Conservación intraoperatoria: Uso racional de transfusión (algoritmos viscoelásticos TEG/ROTEM), antifibrinolíticos, NIRS y monitoreo hemodinámico avanzado. 3. Manejo postoperatorio dirigido a objetivos fisiológicos, con restricción transfusional basada en signos de perfusión más que en cifras absolutas de hemoglobina. Se incorporan como guías de decisión valores clave: • Índice cardíaco (CI) > 3.5 L/min/m² • Variación de presión de pulso (VPP) < 13% • Relación VO₂/DO₂ < 40% • Diferencia veno-arterial de CO₂ (ΔpCO₂) < 6 mmHg • Índice de reserva de oxígeno (ORi) > 0.2 • Fracción de extracción de oxígeno (ERO₂) < 30% -- **Resultados esperados:** Mejoría en la estabilidad hemodinámica, reducción del uso de hemoderivados, menor incidencia de complicaciones relacionadas a transfusión y mejora en los desenlaces clínicos. --**Conclusión:** La adopción de un modelo estructurado de PBM pediátrico es factible, adaptable a distintos centros, y promueve una práctica anestésica más segura, eficiente y basada en fisiología. Los anestesiólogos pediátricos están en una posición estratégica para liderar su implementación.

PV-137. Manejo anestésico en paciente pediátrica con epidermólisis bullosa distrófica severa para resección de sindactilia: a propósito de un caso

Sara Garate¹; Xenia Carré¹; Ana Juan¹; Loreto Bacariza¹; Alejandra Mirá¹

¹Hospital Sant Joan de Reus

Presentamos el caso de una paciente de 12 años diagnosticada de epidermólisis bullosa (EB) distrófica recesiva generalizada grave, en seguimiento por cuidados paliativos y con varias intervenciones quirúrgicas previas a causa de su enfermedad. Fue propuesta para resección de sindactilia de la mano derecha e injerto de la cara medial del antebrazo. Las EB son un grupo de enfermedades hereditarias, caracterizadas por fragilidad en los tejidos epiteliales y mucosas, con la creación de ampollas ulcerantes ante la mínima fricción. Dada la fragilidad cutánea extrema y la posibilidad de vía aérea difícil por las lesiones de la mucosa oral y apertura bucal limitada, se planificó una estrategia anestésica basada en la sedación profunda en ventilación espontánea y bloqueo del plexo axilar ecoguiado con levobupivacaína 37,5mg. Se realizaron adaptaciones específicas en la temperatura y entorno quirúrgico, incluyendo protección de áreas de contacto y monitorización limitada (saturación de oxígeno y electrocardiograma continuo con protecciones especiales, omitiendo el manguito de tensión arterial). Se realizó inducción inhalatoria con sevoflurano, seguida de perfusión endovenosa de propofol y dexmedetomidina. El bloqueo permitió una analgesia eficaz durante la resección de la sindactilia con necesidad puntual de opioides para el área del injerto no cubierta por el bloqueo. Tras la intervención, fue trasladada a la URPA sin incidencias. Este caso resalta la importancia de una planificación anestésica adecuada e individualizada, priorizando las técnicas locoregionales con una mínima manipulación cutánea y de la vía aérea, así como la adaptación de la monitorización estándar y temperatura para reducir riesgos perioperatorios.

PV-138. Alteraciones cardiovasculares secundarias a la cirugía hipotalámica

Romina Chamorro Fortunato¹; Gádor Iturriaga Oliver¹; Sergio Cabeza Ramos¹

¹Hospital Universitario Puerto Real

INTRODUCCIÓN El hipotálamo participa en la regulación autonómica y cardiovascular para mantener la homeostasis, controlando el tono simpático y parasimpático, la presión arterial y la frecuencia cardíaca. La cirugía implica riesgos de desregulación autonómica. La estimulación de núcleos anterior y paraventricular afectaría al parasimpático, y posteriores al simpático, pudiendo provocar arritmias, bradicardia, taquicardia o paro cardíaco. Durante la ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo (VET) o resección de tumores hipotalámicos, la irrigación con solución salina a presión puede colapsar

arterias perforantes comprometiendo la perfusión del hipotálamo, originando isquemia transitoria, que se reflejaría con cambios hemodinámicos y trastornos del nivel de conciencia con descenso brusco del BIS por reducción global del metabolismo cerebral o pérdida súbita de la función cortical secundaria a disfunción autonómica severa, pudiendo alcanzar valores menores a 20 o actividad isoelectrica. DESCRIPCIÓN DEL CASO Varón de 10 años, diagnosticado de síndrome de hipertensión intracraneal con cefalea y trastornos visuales, portador de derivación ventricular externa. Se interviene de quiste coloide del tercer ventrículo por VET. Durante intraoperatorio, se detectan episodios de bradicardia, taquicardia e hipertensión, que coinciden con aumento de presión intraventricular por irrigación, que da lugar a BIS 0 hasta en cuatro ocasiones. Estas alteraciones fueron transitorias y cedían sin medicación tras disminuir la presión de irrigación. CONCLUSIONES La cirugía hipotalámica presenta un perfil de riesgo cardiovascular elevado debido a la interrelación entre estructuras neurales y funciones autonómicas. Se recomienda la monitorización hemodinámica invasiva y disponibilidad de fármacos vasoactivos y antiarrítmicos, además de la colaboración entre neurocirujanos y anestesiólogos.

PV-139. Psicoprofilaxis para reducir ansiedad preoperatoria en niños

Maria Florencia Chunco¹; Maria Gloria Martínez Fernández¹; Estefania Vall Atero¹; Marco Palumbo¹; Salomon Gloria¹

¹Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

INTRODUCCIÓN La ansiedad actúa como mecanismo psicológico adaptativo ante escenarios de miedos o incertidumbres. Los niños, por estar en desarrollo emocional y conductual, son más vulnerables a sentirla durante el perioperatorio. Este fenómeno se asocia a mayor dolor postoperatorio, dificultad en la inducción anestésica, retraso en la recuperación quirúrgica y estancia hospitalaria más prolongada. Frecuentemente en la consulta de preanestesia tenemos familias con barrera idiomática o niños con trastorno del espectro autista, que ocasiona dificultades en la comunicación e incapacidad para interpretar la información proporcionada, contribuyendo al miedo, ansiedad y aislamiento social. OBJETIVO Tratar de reducir la ansiedad preoperatoria en niños, implementando un programa de psicoprofilaxis, aprobado por el Comité de Calidad institucional. MÉTODO Creamos un póster con fotografías de un perrito de peluche que “vive” todo el proceso perioperatorio (consulta, recepción quirúrgica, inducción anestésica, hasta el alta de URPA). Se facilita el documento hospitalario generado a partir de este póster para su lectura en casa. Para familiarizarlos con el entorno quirúrgico, se les enseña en la consulta elementos relacionados como batas, gorros o máscaras. CONCLUSIÓN Diversos estudios publicados demostraron que los niños experimentan ansiedad en el período perioperatorio y su impacto. Nuestra psicoprofilaxis preoperatoria consiste en dotar a niños y familiares de información comprensible sobre el proceso, mediante un cuento, intentando contribuir a reducir la ansiedad y miedos antes de una intervención. La diversidad cultural hace necesario adquirir habilidades de comunicación ayudados por herramientas prácticas, potenciando la comunicación con niños y familiares.

XV CONGRESO NACIONAL
de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica
del Dolor *Pediátrico*

ORGANIZAN



SEDAR
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN
Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR



PATROCINAN



Baxter

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE



**FRESENIUS
KABI**
caring for life



Medtronic

MutualMédica
La Mutualidad de los Médicos



octapharma



SHQ
MEDICAL GROUP

unir LA UNIVERSIDAD
EN INTERNET

VATHiN
Value Your Health