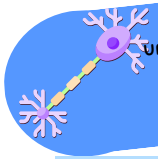
FLUIDOTERAPIA

Para evitar estados de deshidratación iatrogénica, estados catabólicos y discomfort en niños es importante ajustar el *ayuno preoperatorio* y *tolerancia postoperatoria*

HOLIDAY SEGAR (4-2-1) : riesgo de hiponatremia
MEJOR OPCIÓN: REGLA DEL 10 (10ml/kg/h) con soluciones balanceadas + glucosa 1-2% para el mantenimiento intraoperatorio

DOLOR:

Hasta un 70% de pacientes pediátricos postoperados experimentan dolor moderado a severo



La inmadurez del SN puede cambiar el umbral del dolor en la vida adulta e incluso tras presentar 2 semanas de dolor postoperatorio existen posibilidades de que se cronifique.

ESTRATEGIAS

INDIVUDUALIZAR, CONSIDERAR A. REGIONAL, MULTIMODAL
USAR ESCALAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR SEGÚN GRUPO ETARIO (FLACC, PIP-r, FACES, ETC)

EXTUBACIÓN:

Dormido vs Despierto

Cada técnica tiene su indicación pero en el caso de un anestesista generalista que ocasionalmente hace niños lo más recomendable es despierto.

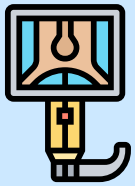
- apertura ocular
- movimientos diferentes a la tos
- movimientos intencionados
- mirada conjugada
- facial grimace (cara de disgusto/enfado)
- End tidal de concentracion de Sevoflurano < 0.2
- Vt 5ml/kg, SPO2> 97%

criterios de extubación despierto

FISIOLOGÍA:

Existe gran variabilidad entre los diferentes grupos etarios.
El uso de ayudas cognitivas para la preparación puede ser una buena estrategia

VÍA AÉREA



La vía aérea en el paciente pediátrico es fácil en la mayoría de los casos, pero puede complicarse tras un mal manejo del paciente y es considerada PONTENCIALMENTE DIFÍCIL

UTILIZACIÓN DEL RELAJANTE NEUROMUSCULAR. Facilita las condiciones de intubación al primer intento, ha disminuido la incidencia de complicaciones y riesgo de laringoespasmo.

UTILIZACIÓN DE VIDEOLARINGOSCOPIO adaptado a la edad del paciente y COMO PRIMERA OPCIÓN en NEONATOS Y LACTANTES.

UTILIZACIÓN DE OXIGENACIÓN APNEICA DURANTE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN NEONATOS, se ha demostrado que con la colocación de gafas nasales a 5L/min el indice de desaturación tras varios intentos de intubación es insignificante.

RIESGO DE LARINGO ESPASMO.
TRATAMIENTO: CPAP
PROPOFOL DOSIS SUBHIPNÓTICAS
SUCCINILCOLINA 1-2MG/KG

Tubo con/ sin neumotaponamiento

Ambos tipos de tubos pueden ser usados con seguridad en > 3años

Tomar en cuenta las recomendaciones del fabricante (utilizar la presión mínima para evitar fugas y máximo 20-30 cmH20) intentando reducir estridor postoperatorio

INFOGRAFÍA JUNIO 2024
RESUMEN CONGRESO
SEDAR, VALENCIA 2024

ELEMENTALES de ANESTESIA PEDIÁTRICA

Dra Karina Sifontes Romero

SEGURIDAD

DEBES CONOCER QUE TIPO DE PACIENTES PUEDES ANESTESIAR:

Todo anestesista generalista esta capacitado para anestesiar niños >3 años, ASA I y II para procedimientos no complejos.
Pacientes menores de 3 años, ASA III ó IV deben ser anestesiados por un ***anestesista experto***

Anestesia pediátrica menos es MÁS

MENOS tiempo anestésico,
MENOS anestesias,
MENOS dosis de anestésicos
en < 3años supone MÁS seguridad