

UN CORAZÓN ACELERADO



Anna M. Baldaquí Baeza (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra. Eva García Cantó (Neonatología)

Motivo de ingreso

RNT (41+3 sg) AEG (Peso 3570 g), varón, 60 hdv, ingresa en UCIN desde planta de Maternidad por **taquicardia**

Antecedentes gestacionales y perinatales

- Raza árabe. Barrera idiomática importante
- Gestación controlada. Diabetes gestacional no insulinizada
- Rotura de membranas tiempo desconocido → inducción → riesgo pérdida bienestar fetal → **cesárea urgente** → Apgar: 9/10

Situación al ingreso

Síntomas y signos

Clínica: asintomático

Constantes:

Taquicardia 300 lpm

Afebril, FR 40

TAM 68/49 mmHg

Relleno capilar <3"

Estabilidad HD

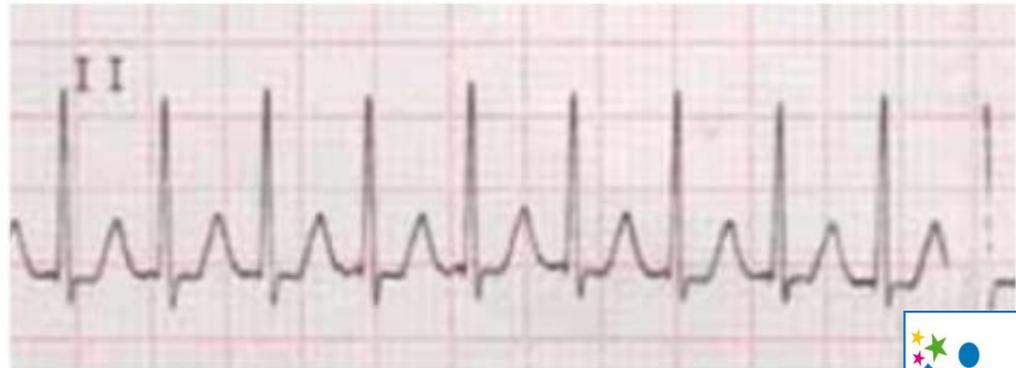
Exploración: normal

Pruebas complementarias

AS: ↑ troponinas y ↑ proBNP

Ecocardiografía: dilatación aurícula izquierda; estructuralmente normal

ECG: taquicardia supraventricular a 300 lpm



Diagnóstico diferencial y tratamiento inicial

Etiología no cardiológica	Etiología cardiaca
Infección Deshidratación Hipoglucemia	Algoritmo diagnóstico arritmias tras reversión



1

Maniobras vagales:
frío en área facial 10 s

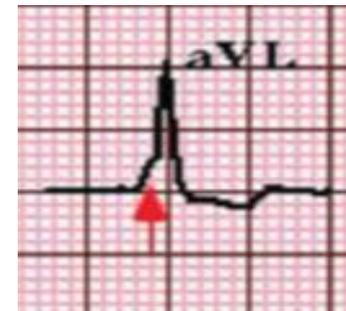
2 **Adenosina:** pauta inicial 0,1 y 0,2 mg/kg vía periférica (MSD), **seguido de:** 2 dosis de 0.2 mg/kg y 2 dosis de 0.3 mg/kg vía central (v. umbilical)

3-5 ml
SSF

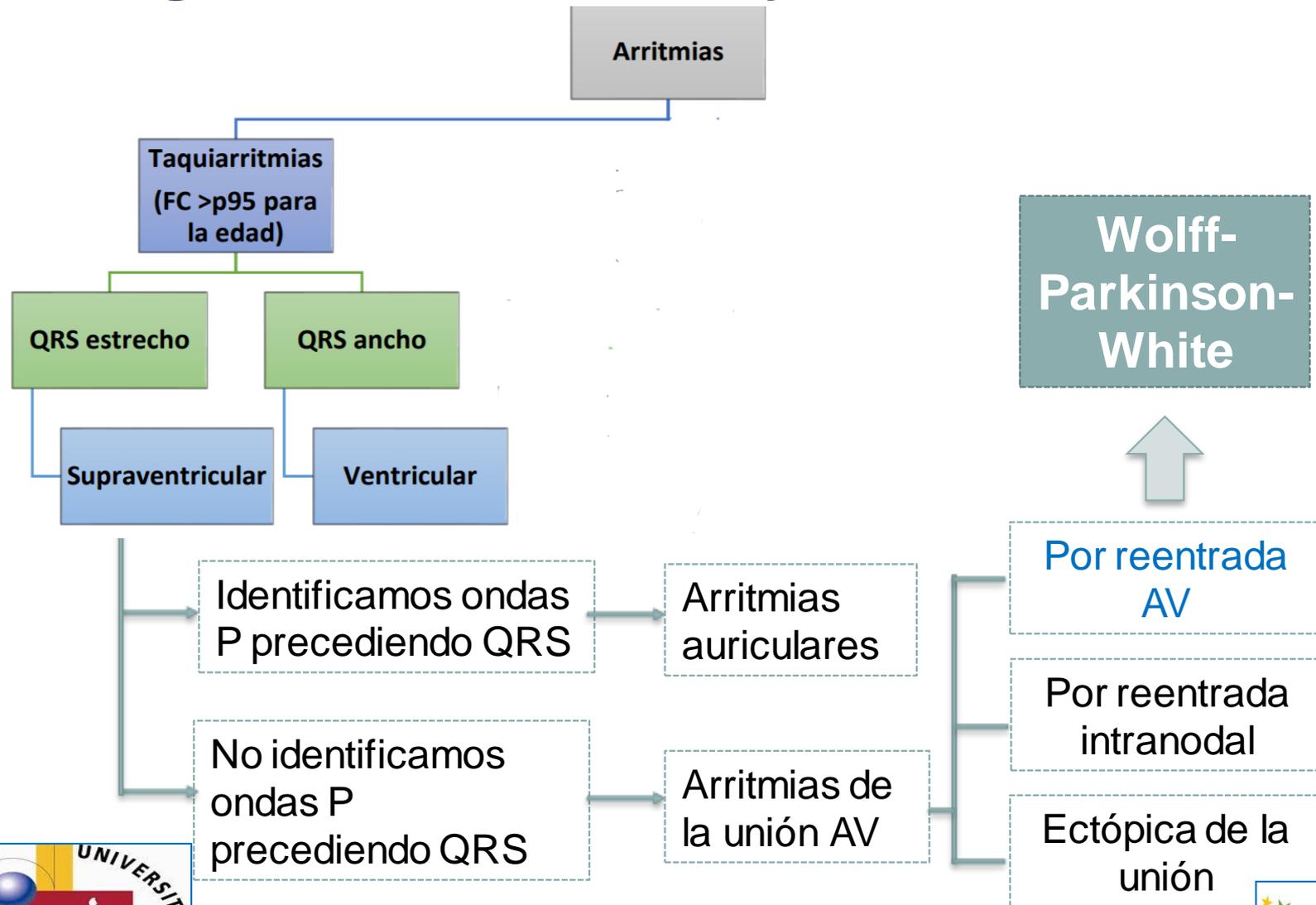
3 **Amiodarona:** 1 bolo 5 mg/kg en 60'

A los 30' revierte la taquicardia

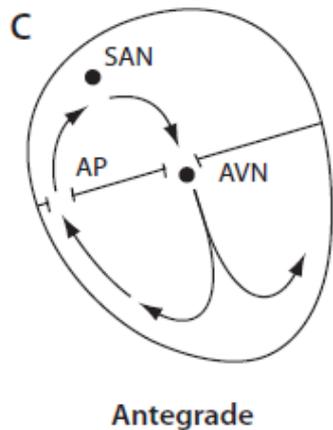
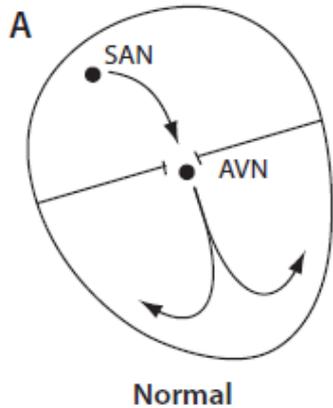
FC 140 lpm, ritmo sinusal, PR 0,05 ms
QRS 0,1 ms, **onda delta**, ST isóeléctrico



Diagnóstico diferencial y tratamiento inicial

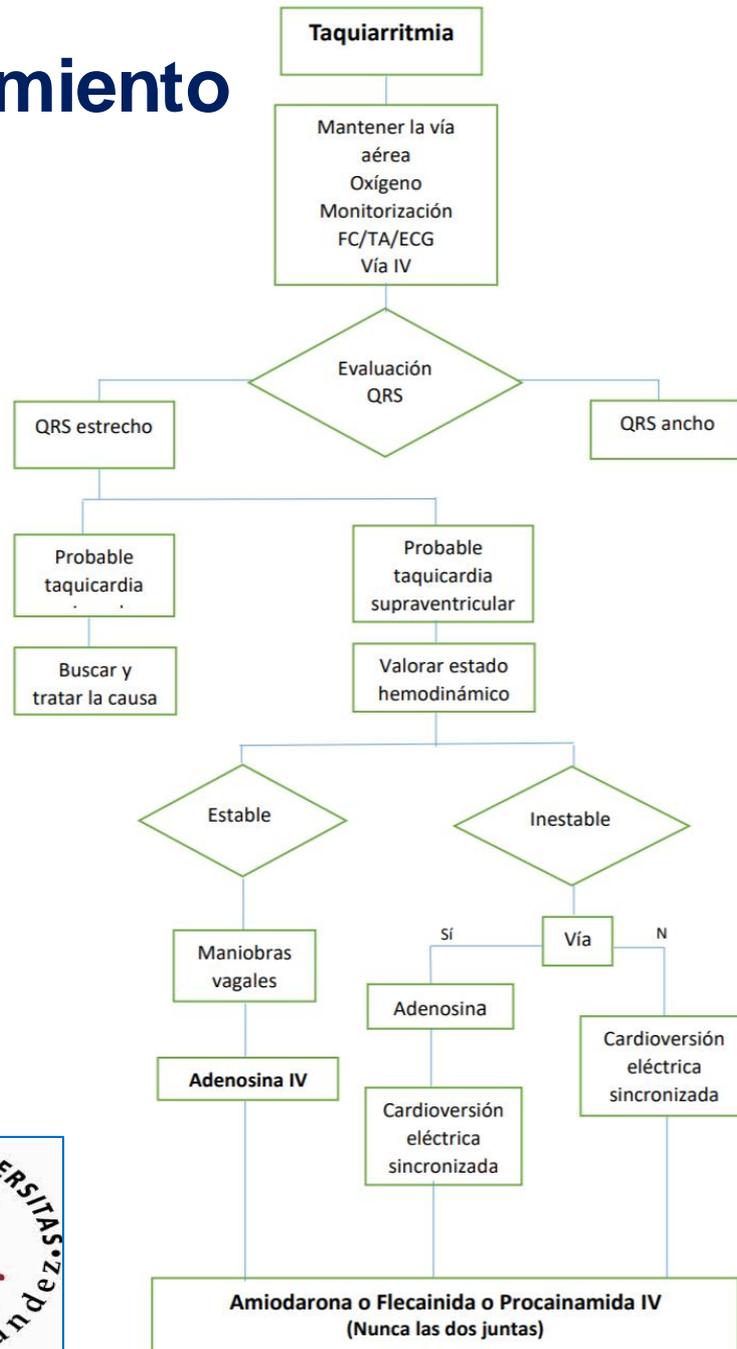


Discusión: Taquicardia supraventricular



- Arritmia **más común** en la infancia: **1/1000**
- Incidencia **bimodal**: <1 año y 7-12 años
- La más frecuente en niños → **reentrada unión AV - S. de Wolff-Parkinson-White**
- Suponen el 80-95% en **neonatos** y el 50 - 60% en niños pequeños
- La mayoría **se resuelven** espontáneamente
- Se recomienda **tratamiento profiláctico** de 6 a 12 meses
- **No** suelen asociar **defectos congénitos cardíacos**

Tratamiento



Maniobras vagales: frío en la cara 10" y/o estimular reflejo nauseoso

Adenosina: ampollas de 6 mg/ 2ml (3 mg/ml)
1º 0,1 mg/kg (máx 6 mg)
2º 0,2 mg/kg (máx 12 mg)
3º 0,3 mg/kg
Vida media 5-10 s, empujar con SSF

Cardioversión eléctrica
1º **choque:** 0,5-1 J/kg
2º **choque:** 2 J/kg
Mantener palas unos seg para choque sincronizado

Evolución posterior y pronóstico

- **A las 12h: 2º episodio** → no responde a m. vagales + 3 dosis Adenosina → Cede con **Amiodarona** (bolo + perfusión)
- **A los 7 días: 3º episodio** → no responde a m.vagales → cede tras 2 dosis de **Adenosina**
- **Tras estabilidad: alta** a los **14 ddv** con **Amiodarona oral**

Conclusiones

1. Las arritmias pueden debutar en el periodo neonatal
2. La **TSV** es la arritmia más frecuente. El s. de Wolff-Parkinson-White supone el 85-90% de los casos neonatales
3. La mayoría de los casos tendrán un corazón estructuralmente normal
4. Tras lograr la reversión el pronóstico general es bueno, con alto grado de resolución entre los 6-12 meses

Bibliografía

1. Rosés F, Till J. Arritmias neonatales. En: Moro M, Vento M. De guardia en Neonatología. España: Editorial Médica Paramericana; 2003. 518-26
2. Hermosura T, Bradshaw WT. Wolff-Parkinson-White syndrome in infants. Neonatal Netw. 2010; 29:215-23
3. Rohit M, Kasinadhuni G. Management of Arrhythmias in Pediatric Emergency. Indian J Pediatr. 2020; 87:295-304
4. Richardson C, Silver ES. Management of Supraventricular Tachycardia in Infants. Paediatr Drugs. 2017; 19:539-51

