



Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Arritmias en pediatría

VINCENT C. THOMAS • SESHADRI BALAJI



Arritmias en pediatría

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Arritmias en pediatría

Vincent C. Thomas

*Pediatric Cardiologist and
Electrophysiologist Medical Safety Officer
Johnson & Johnson
Irvine, CA, United States*

Seshadri Balaji

*Professor
Department of Pediatrics, Division of Cardiology
Oregon Health and Science University
Portland, OR, United States*



ELSEVIER



ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Arrhythmias in Children

Copyright © 2022 by Elsevier, Inc. All rights reserved.

ISBN: 978-0-323-77907-4

This translation of *Arrhythmias in Children*, by Vincent C. Thomas and Seshadri Balaji, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier, Inc.

Esta traducción de *Arrhythmias in Children*, de Vincent C. Thomas y Seshadri Balaji, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier, Inc.

Arritmias en pediatría, de Vincent C. Thomas y Seshadri Balaji

© 2022 Elsevier España, S.L.U.

ISBN: 978-84-1382-230-3

eISBN: 978-84-1382-356-0

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra. Con el único fin de hacer la lectura más ágil y en ningún caso con una intención discriminatoria, en esta obra se ha podido utilizar el género gramatical masculino como genérico, remitiéndose con él a cualquier género y no solo al masculino.

Revisión científica:

Francisco Javier Pérez-Lescure Picarzo

Unidad de Cardiología Infantil. Servicio de Pediatría

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Profesor Asociado. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos I

David Crespo Marcos

Unidad de Cardiología Infantil. Servicio de Pediatría

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Profesor Asociado. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos I

María Teresa Fernández Soria

Unidad de Cardiología Infantil. Servicio de Pediatría

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Profesor Colaborador Docente. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos I

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B 6005-2022

Impreso en España

Prefacio

El manejo de un paciente pediátrico con arritmia puede ser intimidante. Los latidos cardiacos rápidos, la afectación cardiaca o el resultado potencialmente grave crea una sensación de inquietud en el profesional sanitario. *Arritmias en pediatría* fue escrito para abordar el reto que suponen estas preocupaciones y proporcionar un método simple y lógico para el manejo del paciente pediátrico con arritmias. El público al que se dirige este libro es el personal sanitario que trabaja en primera línea con estos pacientes, incluidos pediatras, médicos de familia, médicos de urgencias, enfermeras, residentes y estudiantes de Medicina. Aunque quienes se están formando o han recibido formación en cardiología pediátrica también pueden beneficiarse de la lectura de este texto, este libro no ofrece la acostumbrada revisión detallada y extensa que ofrecen otros textos de electrofisiología pediátrica.

El objetivo principal de este texto es proporcionar una visión de la mente del electrofisiólogo pediátrico cuando se encuentra con escenarios clínicos habituales. Cada capítulo comienza con un caso clínico que representa nuestras experiencias clínicas más comunes en las que un profesional sanitario consulta a un electrofisiólogo pediátrico. El lector encontrará inmediatamente después de la presentación del caso clínico un apartado del capítulo titulado *Impresión inicial*. Estos párrafos están escritos intencionadamente como un «monólogo interior» con un lenguaje coloquial y emotivo para proporcionar una sensación de cómo un experto en la materia ve la situación. Fue escrito para proporcionar al lector una visión de las impresiones iniciales y sin filtrar de un electrofisiólogo pediátrico para provocar pensamientos sobre los próximos pasos, qué buscar y cuándo preocuparse.

El libro está dividido en *Primer año de vida, Infancia y Adolescencia* para ilustrar las arritmias y los síndromes arrítmicos más comunes por edad. La última sección del libro es *Circunstancias especiales*, en la que se presentan casos clínicos de arritmia específicos de estados patológicos y menos frecuentes para el médico general. El lector observará que las tres primeras secciones tienen una estructura similar en sus capítulos, mientras que la última sección se centra en casos específicos. En las tres primeras secciones, el apartado *Impresión inicial* suele ir seguido de una tabla de diagnósticos diferenciales ordenados por probabilidad, en función de la presentación clínica desde el punto de vista del electrofisiólogo. Los diagnósticos diferenciales pueden ser muy amplios y, aunque deben ser inclusivos, el contexto del escenario clínico es clave. En los capítulos en los que se conoce el diagnóstico, la tabla de diagnósticos diferenciales se sustituye por una tabla relacionada con el tema. A continuación, se incluyen los apartados *Anamnesis y exploración física, Pruebas diagnósticas y Plan de actuación*. El lector observará que en varios capítulos la exposición se desvía del caso clínico a un tema de electrofisiología general para realizar un examen más profundo. Los lectores pueden encontrar útil para su aprendizaje la revisión en profundidad sobre la interpretación de electrocardiogramas pediátricos (v. cap. 8), la ablación cardiaca (v. cap. 9), el síncope en adolescentes (v. caps. 16 a 18) o las controversias sobre los electrocardiogramas de cribado (v. cap. 11). En la sección final del libro, *Circunstancias especiales*, el capítulo termina con un apartado

Impresión inicial más amplio en el que se exponen los detalles del caso clínico, ya que las preguntas planteadas son directas y se conoce el diagnóstico subyacente.

Esperamos sinceramente que este libro ayude a desmitificar las arritmias en los niños al proporcionar ideas clave para el manejo de los pacientes. Aprender cuándo hay que preocuparse y cuándo no es el primer paso de todo tratamiento de arritmias en pediatría. Esperamos que las lecciones aprendidas gracias a este texto contribuyan a sus esfuerzos por proporcionar una atención de calidad, segura y compasiva a nuestros pacientes.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Agradecimientos

Vincent C. Thomas

Mi más sincero agradecimiento:

A mi esposa y mis hijos, por su amor y apoyo incondicionales.

A mis padres, por inculcarme los valores de la fe y el trabajo duro.

A mis hermanos y el resto de la familia, por sus palabras de aliento.

A mis mentores y colegas, por su orientación y sabios consejos.

Y a mis pacientes y sus familias, por permitirme formar parte de sus vidas y por las lecciones que me han dado.

Seshadri Balaji

Dedicado a mis padres Parvathavardhini Seshadri y Venkatraman Seshadri.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Índice de capítulos

SECCIÓN 1 Primer año de vida

CAPÍTULO 1	Recién nacido con bradicardia.....	3
	Caso clínico	3
	Impresión inicial	3
	Anamnesis y exploración física	4
	Pruebas diagnósticas	5
	Plan de actuación	6
CAPÍTULO 2	Neonato de la UCIN que presenta extrasístoles en el monitor cardíaco.....	9
	Caso clínico	9
	Impresión inicial	9
	Anamnesis y exploración física	10
	Pruebas diagnósticas	10
	Plan de actuación	11
CAPÍTULO 3	Lactante a término con taquicardia persistente	15
	Caso clínico	15
	Impresión inicial	15
	Anamnesis y exploración física	16
	Pruebas diagnósticas	18
	Plan de actuación	20
CAPÍTULO 4	Lactante de 2 meses que acude a urgencias con taquicardia, inquieto e incapaz de comer.....	23
	Caso clínico	23
	Impresión inicial	23
	Anamnesis y exploración física	24
	Pruebas diagnósticas	25
	Plan de actuación	26

CAPÍTULO 5	Lactante de 4 meses en la consulta de pediatría con extrasístoles en la auscultación.....	31
	Caso clínico	31
	Impresión inicial	31
	Anamnesis y exploración física	32
	Pruebas diagnósticas	32
	Plan de actuación	34
CAPÍTULO 6	Lactante de 9 meses con episodios recurrentes de taquicardia supraventricular a pesar del tratamiento médico	35
	Caso clínico	35
	Impresión inicial	35
	Anamnesis y exploración física	36
	Pruebas diagnósticas	37
	Plan de actuación	38
SECCIÓN 2 Infancia		
CAPÍTULO 7	Niño de 2 años que acude a urgencias tras un episodio de pérdida de consciencia y cianosis	43
	Caso clínico	43
	Impresión inicial	43
	Anamnesis y exploración física	44
	Pruebas diagnósticas	46
	Plan de actuación	46
CAPÍTULO 8	Niño de 3 años con frecuencia cardiaca baja en reposo observada por su pediatra.....	47
	Caso clínico	47
	Impresión inicial	47
	Anamnesis y exploración física	48
	Pruebas diagnósticas	48
	Plan de actuación	52
CAPÍTULO 9	Niña de 7 años que acude a urgencias con taquicardia supraventricular recurrente	53
	Caso clínico	53
	Impresión inicial	53
	Anamnesis y exploración física	54
	Pruebas diagnósticas	55
	Plan de actuación	56
	Lecturas recomendadas	60

CAPÍTULO 10	Niña de 6 años con frecuencia cardiaca ligeramente elevada de forma persistente	61
	Caso clínico	61
	Impresión inicial	61
	Anamnesis y exploración física	62
	Pruebas diagnósticas	63
	Plan de actuación	63
CAPÍTULO 11	Niño de 8 años con TDAH que acude a la consulta de cardiología con un ECG para solicitar una «autorización cardiológica» para iniciar el tratamiento con estimulantes	67
	Caso clínico	67
	Impresión inicial	67
	Anamnesis y exploración física	68
	Pruebas diagnósticas	71
	Plan de actuación	72
	Impresión inicial (<i>continuación</i>)	73
	Lecturas recomendadas	73
CAPÍTULO 12	Niño de 11 años cuyo padre ha muerto recientemente con 40 años de edad	75
	Caso clínico	75
	Impresión inicial	75
	Anamnesis y exploración física	76
	Pruebas diagnósticas	77
	Plan de actuación	78
	Lecturas recomendadas	78
CAPÍTULO 13	Niño de 7 años asintomático que en un ECG realizado en un reconocimiento médico presenta síndrome de Wolff-Parkinson-White	79
	Caso clínico	79
	Impresión inicial	79
	Anamnesis y exploración física	80
	Pruebas diagnósticas	83
	Plan de actuación	83
	Lecturas recomendadas	84

SECCIÓN 3 Adolescencia

CAPÍTULO 14	Adolescente de 15 años con ingesta intencionada de medicación para el corazón de su abuelo.....	87
	Caso clínico	87
	Impresión inicial	87
	Anamnesis y exploración física	88
	Pruebas diagnósticas.....	88
	Plan de actuación	89
	Digoxina.....	89
	Betabloqueantes	89
	Bloqueantes de los canales de calcio.....	90
	Bloqueantes de los canales de sodio	90
	Bloqueantes de los canales de potasio.....	90
	Lecturas recomendadas.....	91
CAPÍTULO 15	Adolescente de 16 años con contracciones ventriculares prematuras observadas durante la práctica de deporte.....	93
	Caso clínico	93
	Impresión inicial	93
	Anamnesis y exploración física	94
	Pruebas diagnósticas.....	95
	Plan de actuación.....	95
CAPÍTULO 16	Niña de 13 años con síncope mientras hacía cola en el comedor escolar	99
	Caso clínico	99
	Impresión inicial	99
	Anamnesis y exploración física	100
	Pruebas diagnósticas.....	101
	Plan de actuación	101
CAPÍTULO 17	Corredora de <i>cross</i> de 14 años que presenta un síncope durante una carrera	103
	Caso clínico	103
	Impresión inicial	103
	Anamnesis y exploración física	104
	Pruebas diagnósticas.....	106
	Plan de actuación	106

CAPÍTULO 18	Deportista de 16 años que sufre un síncope durante una competición	107
	Caso clínico	107
	Impresión inicial	107
	Anamnesis y exploración física	108
	Pruebas diagnósticas	109
	Plan de actuación	111
	Lecturas recomendadas	112
CAPÍTULO 19	Adolescente de 17 años que acude a urgencias por notar un ritmo cardiaco «irregular»	113
	Caso clínico	113
	Impresión inicial	113
	Anamnesis y exploración física	114
	Pruebas diagnósticas	115
	Plan de actuación	115
	Lecturas recomendadas	117
SECCIÓN 4 Circunstancias especiales		
CAPÍTULO 20	Evaluación materno-fetal que revela un feto con ritmo anómalo	121
	Caso clínico	121
	Impresión inicial	121
	Lecturas recomendadas	123
CAPÍTULO 21	Lactante de 3 meses con bloqueo cardiaco completo tras una cirugía por un canal aurículoventricular	125
	Caso clínico	125
	Impresión inicial	125
CAPÍTULO 22	Lactante de 4 meses en postoperatorio de comunicación interventricular con taquicardia ectópica de la unión	129
	Caso clínico	129
	Impresión inicial	129
CAPÍTULO 23	Niña de 10 años con marcapasos que está mareada y tuvo un episodio de síncope	133
	Caso clínico	133
	Impresión inicial	133
	Lecturas recomendadas	135

CAPÍTULO 24	Niño de 11 años reanimado tras un síncope repentino, al que se le encuentra un QT largo en el ECG.....	137
	Caso clínico	137
	Impresión inicial	137
	Lecturas recomendadas.....	140
CAPÍTULO 25	Niño de 12 años con miocardiopatía hipertrófica que acude a urgencias por un síncope.....	141
	Caso clínico	141
	Impresión inicial	141
	Lecturas recomendadas.....	143
CAPÍTULO 26	Niña de 13 años con tetralogía de Fallot reparada con frecuentes contracciones ventriculares prematuras.....	145
	Caso clínico	145
	Impresión inicial	145
	Lecturas recomendadas.....	147
CAPÍTULO 27	Paciente de 15 años que se presenta tras una reanimación exitosa con un DEA.....	149
	Caso clínico	149
	Impresión inicial	149
	Lecturas recomendadas.....	151
CAPÍTULO 28	Adolescente de 16 años con un DCI que recibió una descarga	153
	Caso clínico	153
	Impresión inicial	153
	Lecturas recomendadas.....	156
CAPÍTULO 29	Joven de 22 años con antecedentes de paliación de Fontan que se presenta con una leve elevación de la frecuencia cardiaca....	157
	Caso clínico	157
	Impresión inicial	157
	Lecturas recomendadas.....	160
	Índice alfabético.....	161

Primer año
de vida

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

1

Recién nacido con bradicardia

1

Caso clínico

Llamo desde la sala de neonatos y soy la enfermera encargada hoy. Tengo un recién nacido de 1 día de vida que en la auscultación presenta una frecuencia cardíaca lenta. He contado un pulso medio de 90 latidos por minuto (lpm). El neonato tiene buen aspecto y parece que hace bien las tomas. He llamado a la pediatra y vendrá a ver al bebé esta tarde después de su consulta, pero me ha pedido que le llame. ¿Hay algo que deba preocuparme?

Impresión inicial

Como ante cualquier arritmia, lo primero que debe valorarse es el estado clínico del paciente. En esta situación, ¿la bradicardia está afectando a la capacidad de este recién nacido para vivir, es decir, para mantener el metabolismo homeostático, comer y ganar peso? Un paciente que no está acidótico, que puede alimentarse y que está ganando una cantidad adecuada de peso resulta menos preocupante y no suele requerir una intervención inmediata. Una vez que he establecido que el paciente está clínicamente bien, necesito entender el ritmo e identificar algún tipo de trazado, mejor realizado con un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones. La causa más común por la que un electrofisiólogo atiende a un recién nacido con bradicardia es la bradicardia sinusal, que a menudo es un signo de problemas distintos al del diagnóstico. Mientras el paciente esté clínicamente estable, se tiene tiempo para realizar un estudio.

Diagnóstico diferencial
Probable
Bradicardia sinusal <ul style="list-style-type: none"> - Secundaria a pausas respiratorias o apnea - Secundaria a medicamentos administrados a la madre
Posible
Extrasístoles auriculares bloqueadas Bradicardia sinusal secundaria a hipotermia inducida
Infrecuente
Hipotiroidismo congénito (bradicardia sinusal) Bloqueo cardiaco congénito Síndrome de QT largo (bradicardia sinusal, bloqueo auriculoventricular 2:1) Síndrome del seno enfermo o síndrome de heterotaxia (isomerismo auricular izquierdo) secundario a cardiopatía congénita

Anamnesis y exploración física

La anamnesis es primordial en el estudio de un recién nacido con bradicardia. Aunque pueda parecer contradictorio, dado que la evolución fuera del vientre materno es corta, la anamnesis debe incluir lo que ocurrió antes y después del parto. Ante todo, ¿cuál es el estado clínico del paciente? Esta debe ser siempre la primera preocupación en cualquier caso de arritmia y debe orientar la toma de decisiones y las acciones. Cualquier indicio de inestabilidad debido a la bradicardia puede requerir una actuación inmediata con la consulta de un cardiólogo pediátrico y, preferiblemente, de un electrofisiólogo pediátrico. En el caso de un paciente clínicamente estable, la anamnesis puede ayudar a dilucidar el diagnóstico. La mayoría de los casos de bradicardia neonatal se deben a una bradicardia sinusal (fig. 1.1). Las causas de la bradicardia sinusal pueden incluir problemas relacionados con la respiración, como la apnea del prematuro y/o las pausas respiratorias. La bradicardia sinusal también puede ser el resultado de la medicación administrada durante o después del parto. La bradicardia durante la vida fetal puede sugerir una insuficiencia del flujo sanguíneo procedente de la placenta o una predisposición genética subyacente, como una cardiopatía congénita o un síndrome de QT largo. También puede sugerir una arritmia subyacente, como extrasístoles auriculares bloqueados (figs. 1.2 y 1.3). La arritmia ectópica más común observada en el recién nacido normal son las extrasístoles auriculares. En el neonato con bloqueo cardiaco congénito, hay una mayor incidencia de lupus materno, por lo que debe recogerse este antecedente.

En la exploración física, la mayoría de los neonatos con bradicardia estable no presentan alteraciones significativas en las constantes vitales. Las pausas en la respiración que provocan bradicardia deben vigilarse y documentarse. La cianosis o la saturación baja de oxígeno pueden sugerir una cardiopatía congénita subyacente. El aspecto general debe incluir una perfusión adecuada con ausencia de cutis reticular en un neonato clínicamente estable. El hallazgo de soplos, junto con bradicardia, puede sugerir una cardiopatía congénita. La irregularidad del ritmo en la auscultación puede ser indicativa de extrasístoles auriculares bloqueados.

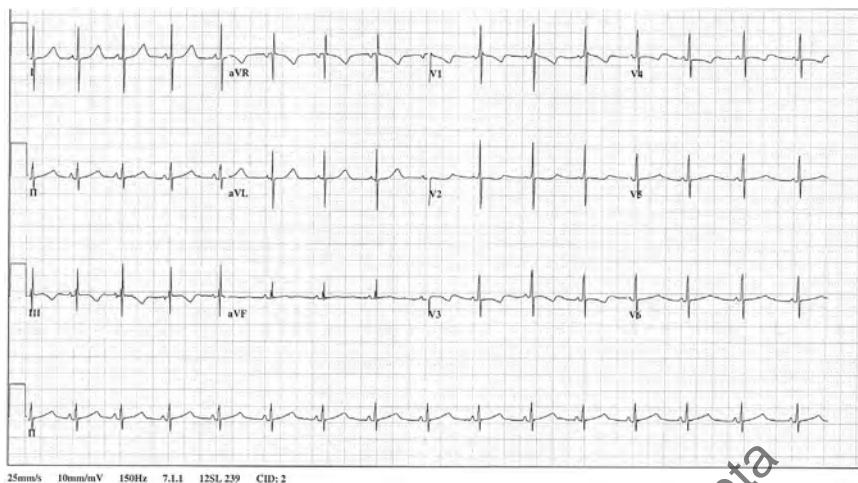


FIGURA 1.1 Bradicardia sinusal en un lactante.

El ECG muestra un ritmo bradicárdico en torno a 95 lpm en un recién nacido. Hay ondas P claras con conducción 1:1 y un vector apropiado para la bradicardia sinusal. Esta bradicardia sinusal se debe a la medicación administrada a la madre antes del parto.

Pruebas diagnósticas

La prueba principal para detectar bradicardia en el recién nacido es el ECG, por lo que debe ser la primera prueba que se solicite. Si la bradicardia aparece de forma intermitente, ha de realizarse la monitorización continua del neonato, preferiblemente con un sistema que permita registrar el cambio de ritmo y que pueda capturar

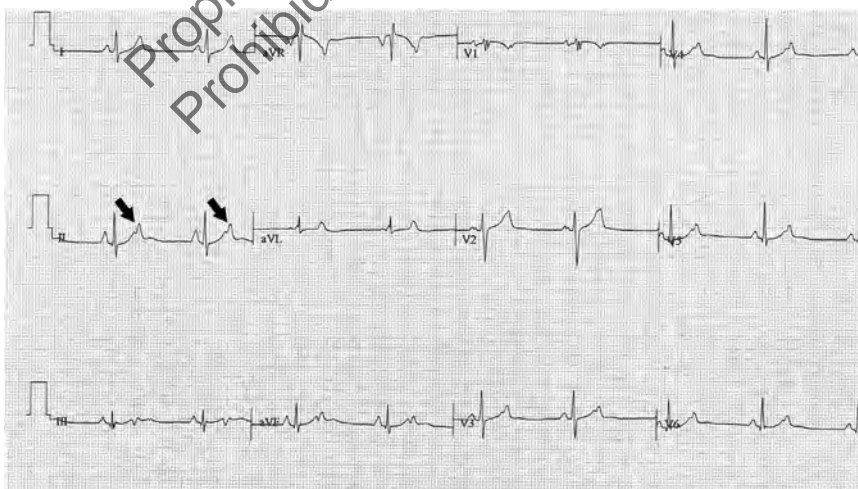


FIGURA 1.2 Extrasístoles auriculares bloqueadas.

El ECG muestra extrasístoles auriculares (*flechas*) que coinciden con la onda T y no son conducidos al ventrículo, lo que da lugar a una reducción de la frecuencia cardíaca.

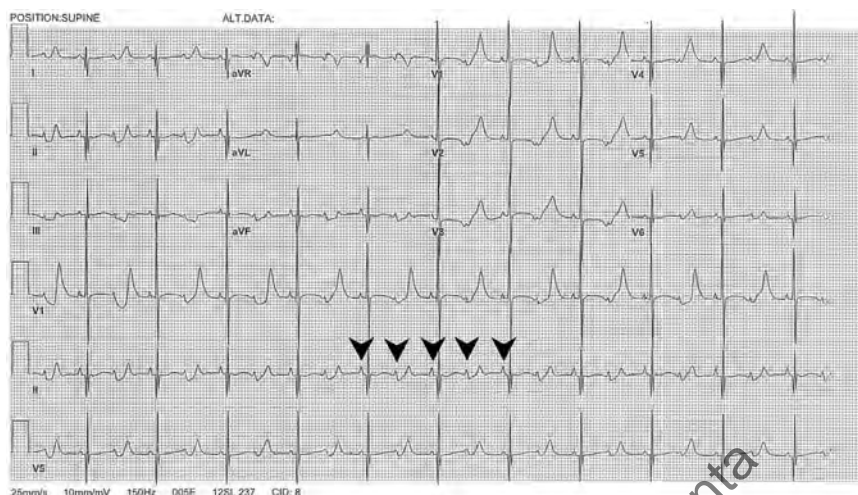


FIGURA 1.3 Síndrome de QT largo con bloqueo auriculoventricular 2:1 en un recién nacido.

El ECG muestra un ritmo sinusal con un intervalo QT muy prolongado que ocasiona una conducción 2:1 del ritmo sinusal (*puntas de flecha*) y un ritmo ventricular bradicárdico. Los hallazgos de conducción 2:1 debidos al síndrome de QT largo en el recién nacido son muy preocupantes y conllevan un mal pronóstico.

una tira de ritmo de una o varias derivaciones. Si no existe un sistema de este tipo en el entorno hospitalario, puede usarse, en su lugar, un monitor Holter, aunque requiere tiempo para su interpretación y la actuación se retrasaría al menos 24 h. Si existen dudas clínicas sobre una posible cardiopatía congénita, debe realizarse un ecocardiograma para evaluar la anatomía cardíaca. En caso de sospecha de bloqueo cardíaco congénito, pueden medirse los anticuerpos lúpicos maternos (anti-SSA, anti-SSB). El hipotiroidismo congénito se descarta de forma rutinaria en el cribado neonatal en EE. UU. y debe ser evaluado en caso de sospecha.

Plan de actuación

Como se indicó anteriormente, el estado clínico del paciente es esencial para establecer el tratamiento de las arritmias. En un escenario en el que el paciente no está clínicamente bien, a menudo se requiere una intervención inmediata. Se recomienda encarecidamente la consulta inmediata con cardiología. Los tratamientos recomendados pueden incluir medicamentos cronotrópicos (p. ej., adrenalina, isoproterenol, atropina) o estimulación temporal. Esta última puede realizarse mediante la inserción transvenosa de un electrocatéter en el ventrículo derecho que se conecta a un marcapasos temporal. En situaciones de emergencia, la estimulación temporal puede llevarse a cabo mediante la colocación de una derivación de un desfibriladores-cardioversor estándar del hospital y utilizarse siempre con la sedación adecuada, ya que la estimulación externa puede ser bastante dolorosa.

Algunas notas sobre la estimulación cardíaca externa. En primer lugar, asegúrese siempre de que los estímulos están creando realmente un latido conducido y no solo la apariencia de uno en el monitor cardíaco. La evaluación de la frecuencia de

perfusión puede medirse de diversas formas, como la auscultación, la palpación del pulso central o el uso de un pulsioxímetro para calcular la frecuencia. En segundo lugar, se debe conocer el desfibrilador-cardioversor del hospital y cómo configurar los ajustes adecuados. Este equipo hospitalario que salva vidas suele utilizarse en emergencias verdaderas en las que el tiempo es esencial y no debe introducirse por primera vez cuando un paciente experimenta una arritmia que pone en peligro su vida. Tenga en cuenta que un desfibrilador externo automático como el que se utiliza en lugares públicos *no* permite una configuración para la estimulación externa.

Lo más habitual es que el paciente que presenta bradicardia en el periodo neonatal tenga una bradicardia sinusal y esté clínicamente estable. La bradicardia suele ser un signo de sedación, medicación materna o, posiblemente, problemas respiratorios. Mientras que las dos primeras son autolimitadas y suelen resolverse con el tiempo, los problemas respiratorios pueden tratarse con oxígeno o aire suplementario, especialmente en el caso de neonatos prematuros. La bradicardia sinusal se observa casi siempre en neonatos prematuros en los que se ha inducido hipotermia para protección neurológica. El ECG a menudo muestra un intervalo QT prolongado y suele resolverse una vez que se revierte la hipotermia.

En algunos casos, la bradicardia puede deberse a extrasístoles auriculares bloqueados en los que el latido auricular no es conducido al ventrículo, lo que da lugar a una frecuencia más baja. Las extrasístoles auriculares constituyen una de las arritmias más comunes en el recién nacido y a menudo son benignas, sin repercusión clínica. Entre los signos sugestivos de benignidad de las extrasístoles auriculares están la morfología de onda P única, la ausencia de taquicardia auricular mantenida y un corazón estructuralmente normal. La mayoría de las veces se observan en pacientes con corazones estructuralmente normales, aunque un ecocardiograma puede ser útil para descartar una cardiopatía congénita. En raras ocasiones, lo que puede parecer una extrasístole auricular puede reflejar un único latido de reentrada supraventricular. Estos tipos de «latidos en eco» acaban detectándose como rachas cortas de taquicardia supraventricular en la monitorización continua. El manejo de los recién nacidos con extrasístoles auriculares benignos no requiere tratamiento médico y, por lo general, se les monitoriza y la mayoría de los casos se resuelven por sí solos a los 6 meses de edad.

En raras ocasiones, los recién nacidos pueden tener presentaciones más insidiosas de enfermedades complejas que se manifiestan como bradicardia; en tales casos, se recomienda consultar con un cardiólogo pediátrico. El hipotiroidismo congénito puede presentarse como bradicardia sinusal, y el tratamiento adecuado debería normalizar el ritmo. Las cardiopatías congénitas, especialmente las entidades con isomerismo auricular izquierdo, pueden presentarse con un ritmo de escape auricular o de unión bajo debido a la falta de un verdadero nodo sinusal (fig. 1.4). La mayoría de las veces el isomerismo auricular izquierdo se acompaña de otros defectos cardíacos estructurales y suele presentarse con cardiopatía cianótica. Los recién nacidos con síndrome de QT largo pueden presentar bradicardia en la vida fetal, que puede deberse a una bradicardia sinusal o a un bloqueo de conducción auriculoventricular 2:1. Deben evaluarse minuciosamente los antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca y el diagnóstico suele establecerse con pruebas genéticas.

El bloqueo cardíaco congénito en recién nacidos suele descubrirse en la vida fetal debido a la bradicardia (fig. 1.5). En el tratamiento suele participar un equipo formado por un obstetra, un perinatólogo, un neonatólogo, un cardiólogo fetal y un electrofisiólogo pediátrico. En raras ocasiones, se puede descubrir que un recién

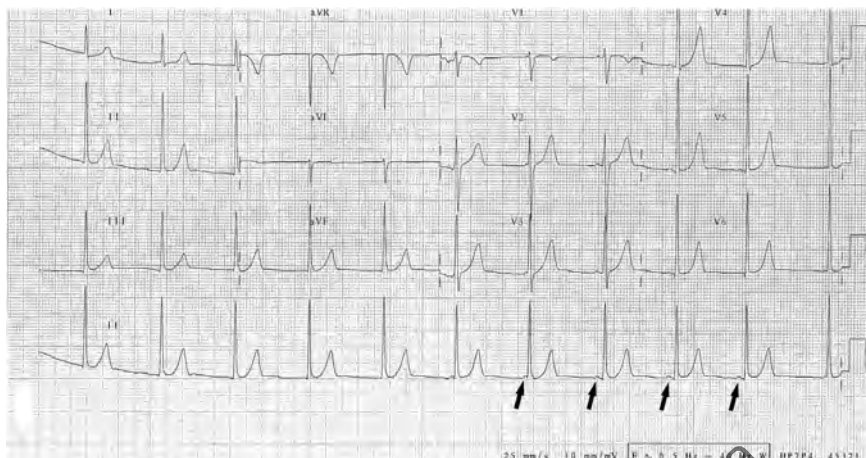


FIGURA 1.4 Ritmo de unión.

El ECG muestra un ritmo de unión acelerado justo por encima de la frecuencia del nodo sinusal. Hacia el final de la tira de ritmo, hay ondas P sinusales (*flechas*) que se aceleran por encima de la frecuencia de la unión, asumiendo así el ritmo dominante.

nacido tiene un bloqueo cardíaco congénito después del parto, y el tratamiento dependerá de la estabilidad clínica del paciente. Por lo general, el primer paso es la observación cuidadosa y la determinación de la necesidad de un marcapasos en función de los síntomas, la frecuencia cardíaca media, las pausas prolongadas en el ritmo cardíaco y la presencia de una cardiopatía congénita. Se recomienda encarecidamente la consulta temprana con un electrofisiólogo pediátrico.

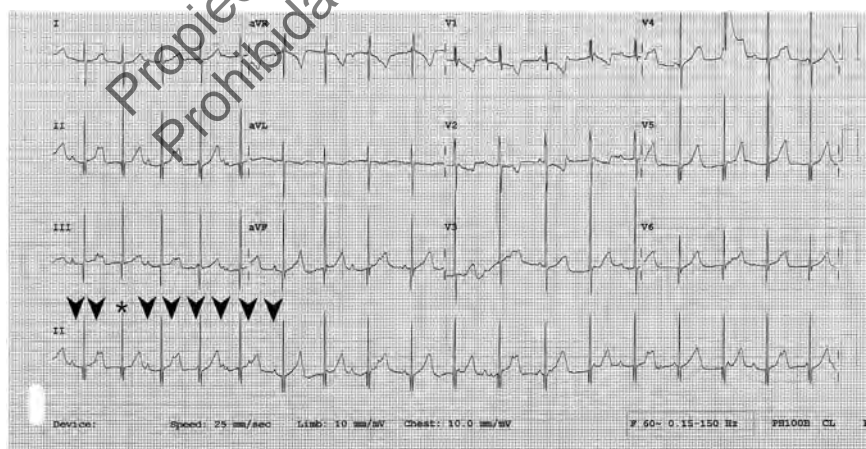


FIGURA 1.5 Bloqueo cardíaco congénito.

El ECG muestra un bloqueo cardíaco congénito con un ritmo de escape de la unión de aproximadamente 110 lpm. La frecuencia sinusal está determinada por la frecuencia de las ondas P (*puntas de flecha*) que descarga a través de la frecuencia de unión a aproximadamente 165 lpm. La onda P puede estar oculta dentro del QRS (*asterisco*).