

Rivera L. Diagnóstico de las taquiarritmias en el paciente pediátrico. Arch Cardiol Mex 2009;79(Supl 2):31-6.

La taquicardia paroxística supraventricular es la arritmia sintomática más frecuente. Si se vuelve sostenida, FC > 200/min, puede sobrevenir una falla ventricular izquierda. Con FC >250/min, puede causar la muerte súbita. Si hay aceleración y desaceleración de la taquicardia se puede tratar de foco ectópico o sinusal. Ante episodios frecuentes de palpitaciones, el estudio indicado es un Holter de 24 horas. Es importante medir la anchura del QRS; en menores de dos años normalmente mide 40 a 60ms. Después se determina si el ritmo es regular o irregular. Si es irregular se debe pensar en fibrilación auricular, flutter auricular de conducción variable o taquicardia auricular multifocal. El "reto" farmacológico se realiza con adenosina; es útil porque permite observar la disociación AV, que sirve para el diagnóstico diferencial con taquicardia auricular.

Si la taquicardia remite con el fármaco es por reentrada AV y reentrada intranodal. Si no remite con el fármaco, y solo desacelera y vuelve a acelerar se trata de una auricular por foco ectópico, de una de la unión AV o de una sinusal. Si persiste sin cambio puede deberse a dosis insuficiente del fármaco. Si con dosis adecuada persiste, se trata de taquicardia ventricular fascicular. En lactantes, una FC mayor de 220/min debe sugerir TSV. Lo mismo en preescolares y escolares con FC mayor de 180/min. Cuando la anchura de QRS es mayor de 80 a 120 ms se trata de una ventricular.

Tratamiento: Si hay inestabilidad hemodinámica se indica cardioversión eléctrica con 0.5-1J/kg. Si hay estabilidad con taquicardia y QRS angosto y características de TSV se deben usar maniobras vagales. Si el paciente tiene

taquicardia y QRS angosto, se emplea adenosina (5 mg/kg/do). Si no hay respuesta se usan betabloqueadores, digoxina, amiodarona (5 mg/kg/do), bloqueadores de los canales de Ca; no se usan en menores de dos años por riesgo de hipotensión y paro cardiaco. Si no hay respuesta, emplear la cardioversión eléctrica. Taquicardia con QRS ancho se considera de origen ventricular, con repercusión hemodinámica usar cardioversión eléctrica. Si hay estabilidad hemodinámica: adenosina (0.1 mg/kg/do), procainamida (15 mg/kg/do), lidocaína (1 mg/kg/do); sulfato de Mg en caso de torsade de pointes.

Dra. Berenice Aguirre-Gómez

Cortés R.J, Cortés D. J, Reyes B, Najar S, Cortés R, De J J, Cano E, De la Torre R, Caldera U, Vargas J, Hernández E, Valadez M, Sánchez J. Primer caso de conducto arterioso persistente cerrado transcáteter en Zacatecas, México. Rev Mex Cardiol 2010;21(2):84-6.

El conducto arterioso persistente (PCA) representa 5 a 10% de las cardiopatías congénitas. El tratamiento definitivo requiere de su cierre. La primera ligadura quirúrgica se llevó a cabo en 1938, y en 1967 se utilizó por primera vez el abordaje cierre del conducto percutáneo, con el empleo de mallas y balón. Más adelante se emplearon sombrillas de serpentín de Gianturco y de liberación controlada. Algunos son elásticos y con memoria para su forma original; por ello una vez liberado, el ocluidor del sistema introductor recupera su forma, como el dispositivo "amplatzer".

Este informe describe el primer caso de PCA cerrado transcáteter en el estado de Zacatecas en una niña de tres años de edad con PCA en quien se utilizó un "amplatzer" de 8 x 6 mm.

El cierre del conducto arterioso persistente transcáteter con "amplatzer" es una técnica que en manos expertas es prácticamente inocua, rápida, y permite reducir días de

hospitalización en terapia intensiva y en piso del paciente que es tratado con cirugía. Se evitan las complicaciones y molestias propias de un postoperatorio.

Dra. Danely Valdovinos-Oregón
RIII Pediatría

Zonana-Nacach A, Conde-Gaxiola ME. Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. Gac Méd Méx 2010;146(3)165-68.

La obesidad es un serio problema de salud que ha aumentado en la última década. Uno de cada tres niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. La prevalencia de obesidad en preescolares mexicanos es de 5.4%, y 38% en escolares. Respecto al peso ideal, las madres perciben a sus hijos con menor peso entre 7 y 10% en niños y niñas, respectivamente, pocos padres se preocupan por el sobrepeso o la obesidad de sus niños. Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar la percepción de la madre acerca del peso de su hijo, sobre la obesidad o sobrepeso. Se evaluaron 525 niños, con edad de 6.4, 51.8% del sexo femenino. El 7.2% tenía antecedentes de enfermedades respiratorias, padecimientos congénitos o quirúrgicos. Promedio del peso 27.8 kg y talla promedio de 119 cm. 1%, 68%, 13.7% y 17.1% de los niños tuvo bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, respecti-

vamente. El promedio de circunferencia de cintura fue de 58.6 cm, 14% tuvo cintura mayor de 71 cm. 17% de las madres percibía a su hijo como gordito; 0.8% consideró la obesidad en su hijo como saludable y 12% respondió que su hijo sería obeso en cinco años. El 26% de las madres con hijos obesos, son obesas; 16% tiene sobrepeso y 8% peso normal. Hubo concordancia entre el peso del niño y la percepción de la madre en 57.5% de los casos, 5 y 37% sobre y subestimaron el peso de sus hijos, respectivamente. De los 72 niños con sobrepeso, 29% de las madres percibió a sus hijos con sobrepeso; 6, 54 y 11% consideró a sus hijos en peso bajo, normal u obesidad respectivamente.

El 52% de las madres de los 90 niños obesos, percibió a sus hijos como obesos; 0, 23 y 24% percibió a sus hijos dentro de bajo peso, normal o sobrepeso, respectivamente. Más del 40% de las madres con niños obesos no relaciona el peso de sus hijos con la comida que consume. La mayoría de las madres cree que su hijo come una cantidad menor de la verdadera. Esta mala interpretación en el tamaño de las porciones de alimentos ocasiona que sobrealimenten a sus hijos. La mitad de las madres encuestadas no percibe el sobrepeso o la obesidad en sus hijos. Un mejor conocimiento por parte de las madres del peso de sus hijos pudiese ser una medida de intervención preventiva en niños obesos.

Dra. Valeria Gómez-Toscano. RIII Pediatría