

# EMERGENCIAS ARRITMIAS FETALES

Dr. Germán Araneda S.  
Servicio de Pediatría  
Hospital Regional  
Antofagasta

# Arritmias Fetales

Shenker L et al. Fetal Cardiac Arrhythmias. Obstetrical & Gynecological Survey. 34 (8): 561 - 72, 1979.

- Alt. ritmo 1-2% de los embarazos, 10% con significancia clínica
- 15% -20% de las indicaciones de Ecocardiografía fetal son alt.del ritmo
- 63% extrasístoles.
- 12% TSV
- 5% bloqueo A-V

# Auscultación en evaluación obstétrica

---

- Ritmo irregular o latido extra
- taquicardia fetal  
frecuencia cardíaca  
forma de inicio y término
- bradicardia fetal

# Ritmos irregulares

---

- Son menos urgentes

51 fetos con ritmo irregular:

49 normal

1 flutter con bloqueo A-V variable

1 TPSV

# Técnica de evaluación

---

- ECG
- Ecocardiografía fetal :
  - modo M
  - doppler pulsado

# Bradiarritmias

- BRADICARDIA SINUSAL :
- frecuencia cardíaca menor de 100 por min.
- CAUSAS :
  - hipoxia
  - Síndrome de QT largo
  - c. congénita
  - intoxicación
- sin etiología la evolución es favorable

# Bloqueo A-V completo

- 50% Inmune, con corazón estructuralmente normal
- disociación A-V
- frecuencia auricular de 110 -160 x min.
- frecuencia ventricular de 40-80 x min.
- Lupus clínico o subclínico, Anticuerpos antiRo o anti La
- mayor de 18 a 20 sem de EG
- puede asociarse miocarditis
- Tto con dexametasona o plasmaferesis con éxito muy dudoso

# Bloqueo A-V completo

---

- 50% cardiopatía estructural
- lesión compleja que afecta la parte central del corazón
- isomerismos auriculares
- defectos atrioventriculares
- muy mal pronóstico

# Taquicardia

---

Sinusal :distress fetal

fc 200 x min

infección

Taquiarritmias: TPSV

flutter auricular

taquicardia ventricular

# Taquicardia supraventricular

---

- 90% son por reentrada
- 15% presentan WPW al nacer
- fc 240 por minuto.
- Tienden a ser incesantes
- terminan con extrasistoles
- pueden provocar hidrops fetal

# Tratamiento depende:

- Dg. preciso de trastorno de ritmo
- presencia de cardiopatía congénita
- riesgo de tto.intrauterino v/s parto
- riesgo y beneficio tto.in útero
- apropiado monitoreo materno y fetal
- consentimiento informado
- conjunto obstetra, perinatólogo y cardiólogo pediatra

# Hidrops fetal depende de:

---

- Frecuencia de la arritmia
- presión hidrostática
- presión oncótica
- foco de inicio de la taquicardia en a. izq.

# Extrasistoles fetales

- Extrasístoles -auricular
  - nodal
  - ventricular
- La mayoría son benignos  
riesgo potencial de tener taquicardia sostenida (0.4%)  
1200 fetos con extrasistoles: 5 TPSV -4 fetales  
-1 neonatal (WPW)
- Evitar drogas estimulantes
- auscultación 1 vez a la semana

# Tratamiento del Hidrops:

---

- Hospitalizado
- monitoreo ECG materno y FC fetal
- ELP, función hepática y renal materna
- vía transplacentaria o venosa umbilical
- inducción de madurez pulmonar

# Drogas:

---

## Digoxina

- más de 200 años de experiencia
- segura durante el embarazo
- ampliamente disponible, bajo costo
- inótropo positivo
- fácil de medir nivel plasmático
- 60% de éxito
- dosis: 1 mg ( 0.5/ 0.25/0.25/0.25)
- mantención 0.5 a 1 mg/día
- nivel plásmatico 1.5-2 ng/ml

# Tratamiento Hidrops:

---

Segunda línea:

- Flecainide
- Quinidina
- Amiodarona

# Flutter:

---

- Menos frecuente y de más difícil manejo
- de asocia a cardiopatía, con dilatación AD.
- Frecuencia auricular de 450x min.y bloqueo A-V 2x1.
- Puede asociarse a TSV.
- Tto: digoxina, flecainide, procainamida, amiodarona.

# Taquicardia ventricular

- Poco frecuente y de difícil manejo
- corazón estructuralmente normal
- difícil dg al tener conducción retrógrada V-A
- usualmente bien tolerada, no se asoc a hidrops
- FC alrededor de 200x min.
- 75% no se tratan
- Tto lidocaína umbilical y mexiletine materno.