

Arritmias fetales

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Las arritmias fetales pueden incluir tanto taquicardias cuanto bradicardias. La frecuencia cardíaca normal fetal es de 120 y 160 lpm. (Algunos autores admiten valores entre 100 y 180lpm). Arritmia fetal ocurre en 1 a 2 % de los embarazos, y es habitualmente benigna y no sostenida. Las arritmias más frecuentes son las extrasístoles auriculares seguidas de las taquicardias supraventriculares sostenidas (55%) o no sostenidas (45%). Las sostenidas pueden ocasionar **hidropesía, prematuridad y morbimortalidad** perinatal. El tratamiento depende de la edad gestacional, la duración, la afectación del feto, el estado materno y el posible riesgo del tratamiento para la madre y el feto. El objetivo es restablecer el ritmo sinusal o disminuir la FC para evitar la disfunción ventricular.

Ortiz-Garrido y col. (1) estudiaron 6.100 gestantes con ecocardiografía fetal modo M y Doppler pulsado 2,7% (165 fetos) presentaron arritmias. La ecocardiografía modo M y con Doppler pulsado es el método de elección en el feto para determinar la **relación auriculoventricular e inferir el mecanismo electrofisiológico**.

Las arritmias encontradas por estos investigadores fueron:

- 1) **Extrasístoles auriculares:** 137 fetos (83%) que no desarrollaron otras arritmias. En el 1-3% de los casos pueden evolucionar a taquicardia supra no sostenida.
- 2) **Taquicardias supraventriculares:** 28 fetos (17%) con: Taquicardia con intervalo VA corto en 17 fetos: 4 con taquicardia no sostenida sin hidropesía que no se trataron; 8 con taquicardias sostenidas sin hidropesía, en los que se administró digoxina oral y se recuperó el ritmo sinusal, y 5 con hidropesía, en los que se administró digoxina y sotalol y cedió la taquicardia en 3, y en los 2 que no respondieron se sustituyó el sotalol por flecainida y, por falta de respuesta, se finalizó la gestación en la semana 36. Al nacimiento se confirmó un síndrome de Wolff-Parkinson-White y se administró adenosina
- 3) **Aleteo auricular:** en 9 fetos 7 sin hidropesía, en los que se administró digoxina y se consiguió una frecuencia adecuada y el parto a término en cinco, y en dos, por falta de respuesta, se añadió sotalol y pasaron ambos a sinusal. En los otros dos, con hidropesía, se administró digoxina y sotalol, y por falta de respuesta se finalizó la gestación en la semana 36. Los siete neonatos con aleteo recibieron cardioversión eléctrica.

4) **Taquicardia con intervalo VA largo** en un feto sin hidropesía, a 190 lpm, que se trató con flecainida y al nacimiento presentó taquicardia sinusal con listeriosis congénita. Las taquicardias sostenidas, con FC > 220 lpm, pueden ocasionar hidropesía fetal, con alta mortalidad 55%..

5) **Taquicardia con disociación auriculoventricular** en un feto de 25 semanas con hidropesía y disfunción ventricular, del que se sospechó taquicardia ectópica de la unión o taquicardia ventricular y se trató con amiodarona, pero falleció intraútero.

La digoxina es el fármaco de elección salvo en caso de hidropesía, que por el edema placentario requiere asociar otro fármaco. Los más usados son flecainida, sotalol y amiodarona, y no existe evidencia para favorecer la administración de uno sobre otro. Digoxina + sotalol, revierten al ritmo sinusal en ≈85% de los casos. En las taquicardias sostenidas sin hidropesía la droga de elección es digoxina oral, 1 mg/día durante 48 horas y disminuir luego a 0,25 mg/día (concentraciones de 0,7-2 ng/ml). Si no existía respuesta a los 7 días, y directamente en los casos con hidropesía, se asocia sotalol en dosis de 80 mg/12 h, durante 3 días, y se aumenta a 160 mg/12 h si no hubiera respuesta.

El tratamiento farmacológico del aleteo tiene por objetivo ocasionar bloqueo parcial del nodo AV, evitando la conducción 1:1 lo que se consigue en 70% de los casos. El sotalol debe iniciarse precozmente.

La taquicardia con intervalo VA largo se trata con flecainida

La TV es muy rara; y puede tentarse propranolol o amiodarona.

La taquicardia con VA corto y el aleteo son las taquiarritmias más frecuentes, y en la mayoría de los casos es posible controlarlas con tratamiento adecuado.

En un caso de sífilis materna la penicilina administrada debe mejorar rápidamente la condición fetal. La sífilis puede causar

- 1) **Aborto espontáneo** cuando el feto muere en la matriz antes de las 20 semanas de embarazo. antes de las 37 semanas de embarazo.
- 2) **Retraso del crecimiento fetal o crecimiento limitado**, (pequeño para la edad gestacional o pequeño para la fecha) y [bajo peso al nacer](#). Ocurre cuando el feto no aumenta el peso que debería antes de nacer
- 3) **Problemas placentarios y con el [cordón umbilical](#)**. La sífilis congénita puede causar que la placenta crezca en gran tamaño y que el cordón umbilical se inflame, lo cual puede ocasionar problemas en la forma en que funcionan para sustentar el feto.
- 4) **[Natimorto](#)**: cuando muere en el matriz después de las 20 semanas de embarazo.
- 5) **Muerte neonatal** cuando muere en los primeros 28 días de vida.

El nacimiento sin vida y la muerte neonatal son más probables cuando no se ha empleado la penicilina como tratamiento. Las señales y los síntomas de la sífilis suceden en etapas a lo largo del tiempo. La etapa en la que esté dependerá si se le hace o no tratamiento.

Sífilis avanzada. Si no se trata la sífilis, puede tener señales y síntomas más adelante en la vida, incluyendo:

- Problemas de vista, como ceguera
- Daño a los órganos internos incluyendo el corazón
- Problemas neurológicos. Estos afectan el cerebro, la médula espinal y los nervios en todo el cuerpo. Puede tener problemas de coordinación, entumecimiento o parálisis. La parálisis sucede cuando no puede sentir ni mover una o más partes del cuerpo. Es posible también que llegue a padecer demencia. Ello ocurre cuando tiene problemas para pensar, recordar, comunicarse y realizar las actividades diarias.

Si tiene sífilis primaria o secundaria, una sola inyección de penicilina por lo general puede curar la infección. Si tiene sífilis latente o avanzada, puede necesitar más de una inyección.

Referencia

1. Ortiz-Garrido A, Cuenca-Peiró V, Conejo-Muñoz L, Picazo-Angelín B, de Mora-Martín M, Zabala-Argüelles JI. Fetal Arrhythmias: Diagnosis, Treatment and Perinatal Outcome. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015 Sep; 68(9):817-9.