

Paciente de 34 años de edad embarazada, portadora de reentrada nodal con fracaso en intento de ablación – 2007

Dra. María Emilia Saavedra

Paciente de 34 años de edad, portadora de reentrada nodal con fracaso en intento de ablación, continuó con tratamiento médico (betabloq-diltiazem solos y en combinación) pero persisten las Taquicardias paroxísticas con alta respuesta ventricular, sin descompensación hemodinámica que ceden con adenosina.

Última crisis hace pocos días, posterior a la misma, le confirman embarazo, lo que motiva esta consulta al foro.

¿Puedo continuar con el beta bloqueante aunque no haya sido suficientemente efectivo?

En las probables crisis, considero que puede usarse adenosina sin peligros para el feto, ¿esto es así?

¿Puede el embarazo aumentar el numero de crisis de taquicardia?

Muchas gracias por las respuestas

María Emilia Saavedra

Médica cardióloga

Hospital Zonal Bariloche

Río Negro -Argentina

OPINIONES DE COLEGAS

Es una lástima que no se haya logrado la ablación. Una de las cosas a tener en cuenta cuando se presentan mujeres jóvenes con taquicardias supraventriculares, es que cuando queden embarazadas su tratamiento será mas engorroso, complicado y puede repercutir en el feto. Contestando las preguntas realizadas:

1) Si un beta bloqueante no es efectivo a dosis baja o convencional no usaría dosis altas porque puede tener problemas fetales. Antes cambiaría el tipo de beta bloqueante.

2) La adenosina puede ser usada. Hasta ahora desconocemos que se hayan informado complicaciones del binomio. Antes, probaríamos todas las maniobras vagales y no solo el masaje del seno carotídeo (vómito, defecación, inmersión o paño con agua fría, etc.)

3) Efectivamente el embarazo potencia la ocurrencia de episodios de taquicardia. Fundamentalmente las reentradas en vías accesorias AV pero también las nodales.

Aunque María no lo pregunta ...

4) Como último recurso se puede intentar la ablación en el tercer trimestre. Lo deber realizar un equipo que utilice una técnica mínimamente invasiva, con tiempos mínimos de radioscopía y con protección para el feto.

5) La taquicardia no contraindica el parto por vía baja. Debe estar presente un médico con manejo de estas arritmias.

Saludos:

Alejandro Cuesta

Uruguay

Hola

Para el tratamiento de los episodios agudos de taquiarritmias con QRS estrecho o ancho se pueden usar diferentes fármacos en forma segura para el feto y la madre (por ej. adenosina, digital, betabloqueantes) asimismo si es necesario se puede realizar cardioversión eléctrica) ahora bien ningún fármaco antiarrítmico es totalmente seguro para el tratamiento prolongado de las arritmias y habrá que evaluar el costo beneficio de administrarlos

Con respecto al fracaso en el tratamiento hay que tener en cuenta las variaciones fisiológicas producidas por el embarazo que influyen sobre las dosis a administrar por ej. reducción del volumen intravascular, la reducción de concentración de proteínas plasmáticas etc. etc

Tancrabo un parrafo del articulo

ARRITMIAS y EMBARAZO

Teresa Alberca Vela y col.

Rev Esp Cardiol 1997;50: 749-759

Beta-bloqueantes. Han sido extensamente utilizados durante la gestación en el tratamiento de la hipertensión, la miocardiopatía hipertrófica, la tirotoxicosis, la estenosis mitral y la taquicardia fetal y en general han sido bien tolerados. Los datos sobre retardo en el crecimiento intrauterino, bradicardia, apnea, hipoglucemia e hiperbilirrubinemia no alcanzan significación estadística en estudios de diseño aleatorio.

La mayor experiencia es con el propranolol, pero se han utilizado también atenolol, labetalol y metoprolol, sin efectos adversos sobre el feto. Los agentes cardioselectivos, como el metoprolol y el atenolol, serían los preferidos, al evitarse con ellos el bloqueo de receptores beta-2, responsables de la vasodilatación periférica y la relajación uterina. La concentración en la leche materna es aproximadamente cinco veces más alta que la plasmática. Sin embargo, debido a la relativamente escasa cantidad de leche ingerida diariamente, no se han observado signos de bloqueo beta en el lactante con función hepática y renal normales, por lo que no es necesario interrumpir este tratamiento durante la lactancia. de arritmias fetales. También existe un riesgo potencial de reducción en el flujo sanguíneo uterino. Por estas razones, el verapamilo debería probablemente ser evitado, en especial si se dispone de adenosina. El efecto del diltiazem es menos conocido, pero se le suponen las mismas limitaciones.

Prof. Dr. Jose Fuentes Oro

La Rioja - Argentina

¿Estos episodios responden a verapamilo IV? ¿Estos episodios responden a masaje del seno carotídeo? Esta información es crítica en este momento (mientras la paciente aún está embarazada).

He tenido pacientes a los que entrené en la autoaplicación de masaje del seno carotídeo (MSC), que dio buenos resultados para los episodios infrecuentes. He tenido otros pacientes que estaban tan comprometidos (hemodinámicamente) durante la TRNAV, que aunque podían realizar un MSC adecuadamente durante el ritmo sinusal normal y durante la instrucción, no eran capaces de realizarlo efectivamente durante sus taquiarritmias, y la perfusión disminuida se asociaba con una pérdida de coordinación y venían a la sala de emergencias donde el médico aplicaba el MSC de forma efectiva, terminando la TRNAV.

Si el verapamilo IV funciona para terminar la taquicardia, uno puede entonces intentar el enfoque de la "pastilla en el bolsillo".

Sospecho que la adenosina funcionará, pero no hay un equivalente oral para la misma. Si el verapamilo funciona, hay una preparación oral de verapamilo. En vez de tomar verapamilo o cualquier otra droga (a propósito de beta bloqueantes) sobre una base crónica, la paciente debe llevar unas pocas pastillas en un contenedor pequeño con ella siempre. Cuando surge la taquicardia, aplicar masaje de seno carotídeo. Si esto no resulta efectivo, tomar verapamilo con un poco de agua. Si la taquicardia no cede en 30 minutos (permitiendo un tiempo para la absorción), una vez más intentar masaje carotídeo, que puede funcionar con el bloqueante del canal de calcio ya ingerido, a pesar de que el MSC inicialmente no fuera efectivo. Si aun está presente, entonces ella precisa buscar asistencia en la sala de emergencias.

En lo que respecta al embarazo que puede empeorar las taquiarritmias, hay una correlación con las taquicardias (comúnmente reentrada por el nodo AV) facilitadas por el tiempo del mes asociado con los ciclos hormonales.

Tuve una paciente que perdió su feto por taquicardias incesantes durante su embarazo. Era muy difícil inducir su taquicardia en el laboratorio de EF cuando no estaba embarazada. Atendí a una paciente que, cada mes, comenzaba presentando reentrada por el nodo AV coincidente con el inicio de sus menstruaciones y otra que tenía este problema al finalizar sus menstruaciones.

Una vez que las técnicas de catéter estuvieron disponibles para la ablación del nodo AV (específicamente con la capacidad de mapear y ablacionar la vía crítica, como la vía lenta, de manera que no inducimos bloqueo cardíaco completo y la necesidad de marcapasos - aunque ésta puede ser una complicación potencial siempre con este procedimiento), dejé de jugar el juego de las drogas con estos pacientes, y los derivaba para un procedimiento correcto de ablación. Esto ciertamente es algo que debe considerarse luego de un parto exitoso y antes de que esta mujer se embarace nuevamente. Los siguientes artículos pueden ser de interés:

* Cox JF, Gardner MJ, Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy, Progress in Cardiovascular Diseases, 1993; 36: 137-178

* Tawam M, et al, Effect of pregnancy on paroxysmal supraventricular tachycardia, Amer J Cardiology 1993; 72: 838-840

* Lee SH, et al, Effects of pregnancy on first onset and symptoms of paroxysmal supraventricular tachycardia, Amer J Cardiology 1995; 76: 675-678

* Myerberg RJ, et al, Cycling of inducibility of paroxysmal supraventricular tachycardia in women and its implications for timing of electrophysiologic procedures, Amer J Cardiol 1999; 83: 1049-1054.

Paul

Paul A. Levine, MD, FHRS, FACC (QEPPD)