



# Relato de caso: Posição de catéter umbilical e taquicardia supraventricular

*Autores: Residentes em Pediatria HMIB: Danielle Nardi, Bárbara Lalinka, Moabe Moutinho, Camila Vieira. Médico neonatologista HMIB: Dr. Carlos Zaconeta*  
*Agradecimentos: Dr. Paulo Margotto*

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA**

## INTRODUÇÃO

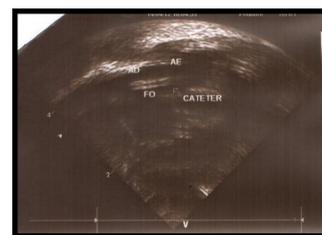
Taquicardia supraventricular é o ritmo resultante de mecanismo anormal originado próximo à bifurcação do feixe de His, causado por foco ectópico(automatismo anormal), arritmia deflagrada ou por reentrada.

## OBJETIVO

Descrever as características clínicas, evolutivas e terapêuticas de um recém nascido que apresentou taquicardia supraventricular confirmada com ECG, visualizada em ecocardiograma e revertida com uso de adenosina.

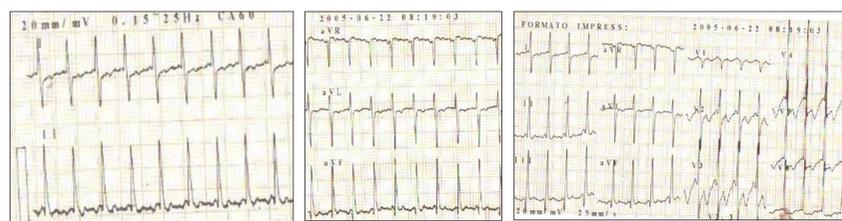
## RELATO DO CASO

Recém-nascido pré-termo(35+5), sexo masculino,nascido de parto cesárea, hipotônico, pálido, aspirado boca, narinas, estômago e feito ventilação com pressão positiva com reanimador neonatal manual (CFR). Mãe com diagnóstico de infecção do trato urinário no segundo e terceiro trimestres de gestação, fez uso de antibiótico até o momento do parto, evoluiu com bolsa rota por 18 horas antes do parto. RN adequado para idade gestacional, peso 2.725 g, com 46 cm de estatura, foi colocado em CPAP nasal (FiO2 40%, PEEP 4) e mantido em hidratação venosa. Submetido a cateterismo umbilical com poucas horas de vida, visualizado em posição alta no r-x tórax, foi tracionado. Repetido r-x tórax que evidenciou catéter ainda em T11-T12. Foi interrogada cardiomegalia pelo raio -x de tórax e solicitado ecocardiograma. RN evoluiu com perfusão lentificada, realizada fase rápida, dobutamina, antibioticoterapia. RN apresentou melhora do desconforto respiratório, saiu do CPAP para o Hood 40%, com menos de 24 horas de vida. No segundo dia de vida, RN evoluiu com piora da perfusão, taquicardia( FC 220-230bpm), pulsos palpáveis, rítmicos, simétricos, porém filiformes. Ecocardiograma: taquicardia supraventricular, visualizado catéter em átrio esquerdo como possível desencadeador; não foi evidenciada cardiomegalia. Catéter tracionado em 2 cm, medição adequada de acordo com ecocardiograma. Administrada adenosina 0,1mg/kg, que reverteu a taquicardia supraventricular, observada redução quase que imediata na frequência cardíaca de 220 para 160 bpm, melhorando também a perfusão. ECG 20 minutos após adenosina verificou ritmo sinusal. RN evoluiu com melhora clínica importante, eupnéico, com boa perfusão após retirada de dobutamina, mantido ATB por 7 dias devido história materna (hemocultura negativa, hemogramas normais).

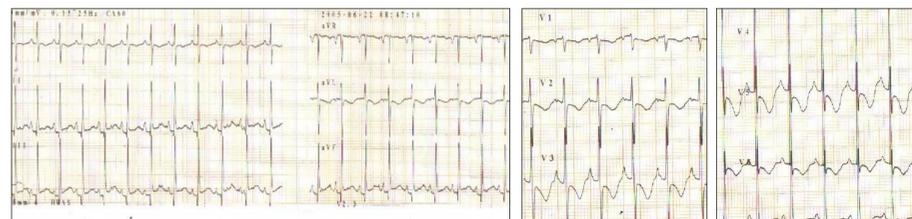


## COMENTÁRIOS SOBRE O CASO

O cateterismo umbilical é um procedimento rotineiro em UTI neonatal, que promove um acesso venoso fácil e seguro para administração de medicação e fluidos, porém apresenta complicações mecânicas e infecciosas que devem ser consideradas. Arritmias cardíacas já foram descritas na literatura, podem ser fatais e requerem tratamento médico imediato. No caso descrito, provavelmente o paciente apresentava uma síndrome de baixo débito devido à taquicardia supraventricular, que levou à perfusão ruim, atribuída erroneamente a uma causa infecciosa. Dessa forma, a dobutamina não poderia agir em benefício do paciente, que melhorou a perfusão logo após administração de adenosina, responsável pela reversão da taquicardia supraventricular em ritmo sinusal por meio de bloqueio da condução do nó atrioventricular.



Taquicardia supraventricular



ECG pós adenosina

## CONCLUSÃO

Este relato mostra que a arritmia cardíaca pode ser resultado de posição intracardíaca de catéter umbilical venoso.

É fundamental ressaltar que a posição adequada do catéter é na junção entre a veia cava inferior e o átrio direito, o que corresponde à ponta do cateter visível entre a nona e décima vértebras torácicas em uma radiografia de tórax, sendo que alguns autores sugerem o ecocardiograma como exame ideal para verificar a posição de catéter.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dunn PM. Localization of the umbilical catheter by post-mortem measurement. Arch Dis Child 1966; 41: 69–75.
2. Greenberg M, Movahed H, Peterson B, et al. Placement of umbilical venous catheters with use of bedside real-time ultrasonography. J Pediatrics 1995; 126: 633–5.
3. Ades A, Sable C, Cummings S, et al. Echocardiographic evaluation of umbilical venous catheter placement. J Perinatologia 2003; 23: 24–8.
4. Wren C. Cardiac arrhythmias in the fetus and newborn. Semin Fetal Neonatal Med 2006; 11: 182–90.
5. Clarke B, Till J, Rowland E, et al. Rapid and safe termination of supraventricular tachycardia in children by adenosine. Lancet 1987; 1: 299–301.