

Embolismo de líquido amniótico: urgencia vital.

Autores: Fernández Gómez, Verónica; Ibáñez Jiménez, Rocío.
Matronas en el Servicio Andaluz de Salud



Introducción

El embolismo de líquido amniótico es una de las urgencias obstétricas con la tasa de mortalidad más elevada: entre el 20 y el 60%. Para su diagnóstico se tienen en cuenta los siguientes criterios clínicos:

- Hipotensión aguda o paro cardíaco.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Coagulopatía.
- Signos y síntomas agudos de comienzo durante el trabajo de parto o fase expulsiva, cesárea abdominal o en la primera media hora postparto.

Palabras Clave: Embolia de líquido Amniótico; Coagulación intravascular diseminada; Mortalidad materna; Embarazo.

Objetivos

Conocer los factores de riesgo y signos clínicos tempranos, para establecer un diagnóstico de sospecha y poder orientar de la forma más adecuada el manejo terapéutico de estas pacientes en el menor tiempo posible.

Metodología

Se realiza tras una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Cochrane Plus, Pubmed, sCielo, Cinhal, Medline y Cuiden. Utilizando para ello las palabras claves (Embolia de líquido Amniótico; Coagulación intravascular diseminada; Mortalidad materna; Embarazo) y limitando la elección a los últimos 5 años.

Resultados

Se describen una serie de factores comunes predisponentes, como son: la edad avanzada, multiparidad, feto muerto, estimulación con oxitocina, desprendimiento prematuro de placenta, inducción del trabajo de parto, sexo masculino del feto, cesárea, parto instrumental, placenta previa y trauma cervical. No existen datos determinantes de relación directa pero se conoce que para el desarrollo del ELA (Embolismo Líquido Amniótico) debe producirse un paso de líquido amniótico a la circulación materna (en cantidad suficiente, ya que a pequeña escala suele existir siempre) para lo cual, deben estar rotas las membranas y se debe haber establecido un gradiente de presión entre el amnios y la circulación venosa materna.

Los signos clínicos tempranos son la hipotensión y la hipoxia/ disnea. En la hipotensión materna que puede llevarnos al paro cardíaco, la matrona debe mantener una tensión arterial adecuada, con administración de fluidos y agentes vasopresores, siendo necesario para ello canalizar una vía periférica, a poder ser de gran calibre. La hipoxia o disnea, o ambas, se controlan administrando oxigenoterapia; la intubación no siempre es necesaria, aunque el servicio de anestesia debe avisarse en cuanto se sospeche la embolia de líquido amniótico.

Una vez establecido el cuadro, es de vital importancia una coordinada y rápida actuación de todo el equipo sanitario, para evitar o actuar rápidamente en la parada cardíaca:

Pedir ayuda y comenzar la Reanimación:

A. Vía aérea: Intubar si ésta no está asegurada

B. Ventilación: Uso de PEEP

C. Circulación: Dos vías venosas de grueso calibre, Optimizar la Saturación de O₂, Drogas vasoactivas y Masaje cardíaco

A ello se suma un problema extra, el feto. Se debe realizar cesárea lo antes posible para extraer el feto. Su compromiso va a depender del tiempo transcurrido de la embolia y del grado de éxito en la reanimación materna.

Conclusiones

El diagnóstico de ELA se basa en criterios clínicos. No existen factores de riesgo claramente identificados para su desarrollo. Por lo tanto, una actuación rápida ante dicha situación, puede salvar la vida tanto de la mujer como del feto, por eso, es muy importante dar importancia a cualquier signo o síntoma que la mujer refiera, por muy leve que sea.

Bibliografía

- Knight M, Berg C, Brocklehurst P, Kramer M, Lewis G, Oats J, et al. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: a review and recommendations. BMC Pregnancy Childbirth 2012;12:7.
- Kramer MS, Rouleau J, Liu S, Bartholomew S, Joseph KS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Amniotic fluid embolism: incidence, risk factors, and impact on perinatal outcome. BJOG 2012;119:874–9.
- Pacheco LD, Saade GR, Costantine MM, Clark SL, Hankins GD. Massive transfusion protocols in obstetrics. Am J Perinatol 2013;30:1–4.