



Steven L. Clark, MD

Jul 10, 2018 Volume: 64 Issue: 7

Obstetrics-Gynecology & Women's Health, Complications of Pregnancy, Maternal Mortality Cardiac, Maternal Mortality Hemorrhage

Fuente: <http://contemporaryobgyn.net>

MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: SÍNDROME ANAFILACTOIDE DEL EMBARAZO

Diagnóstico

En el pasado, el diagnóstico de ASP se hacía comúnmente en el momento de la autopsia cuando se detectaban células escamosas fetales en la circulación pulmonar materna. De hecho, en algunos países, la definición de caso de ASP aún incluye el diagnóstico patológico de células / restos escamosos fetales en la circulación pulmonar materna, a pesar de la clara evidencia de que este hallazgo no es diagnóstico^{2,4,6,8,9}.

Respaldamos la recomendación de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM, por sus siglas en inglés) de que ASP es un diagnóstico clínico y a menudo de exclusión, que implica la eliminación de otras causas más comunes de inestabilidad cardiovascular o coagulopatía materna.

Un panel de expertos de especialidades múltiples que incluye representantes de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal, los Institutos Nacionales de Salud y los Centros para el Control de Enfermedades han publicado un conjunto de criterios diagnósticos para AFE para su uso en el desarrollo y evaluación de estudios de AFE / ASP. Estos criterios se desarrollaron para abordar el problema desde la literatura existente densamente poblada con pacientes que en realidad no tenían ASP. Dichos errores han contribuido a la confusión y el malentendido con respecto a la naturaleza de esta condición, los factores de riesgo y el pronóstico.

La revisión retrospectiva de los casos de sospecha de AFE / ASP por expertos ha encontrado que hasta 50% de los casos codificados como AFE / ASP tienen otros diagnósticos más probables, haciendo particularmente útiles los estudios basados en la población derivados de datos de codificación

administrativa.¹¹ Estos criterios han sido validados; aunque su uso excluirá de manera confiable a las mujeres sin ASP de las bases de datos de investigación, también excluirán a un pequeño número de mujeres con presentaciones atípicas de esta afección¹².

Pronóstico y recurrencia

La mortalidad reportada por ASP / AFE ha disminuido significativamente en las últimas décadas, en parte debido al reconocimiento de la existencia de presentaciones menos graves y atípicas. Informes recientes sugieren una tasa de supervivencia de hasta 80% .¹³ Sin embargo, la fuerte contaminación de los estudios basados en la codificación con pacientes que no tienen esta condición sugiere precaución en la interpretación de dichos datos de mortalidad. En los informes basados en la revisión real de registros médicos por expertos en obstetricia de cuidados intensivos, tanto la incidencia de ASP como las tasas de supervivencia son generalmente más bajas.²¹¹

En mujeres cuya presentación inicial incluye paro cardiopulmonar, el pronóstico sigue siendo deficiente. Después de la recuperación de trastornos hemodinámicos y coagulopatía, muchos pacientes tendrán una lesión pulmonar aguda / síndrome de dificultad respiratoria aguda. La lesión cerebral hipóxica también puede ser sostenida debido a la hipoperfusión grave e hipoxia iniciales. La ecocardiografía puede revelar evidencia de sobrecarga y dilatación del ventrículo derecho, hipertensión de la arteria pulmonar y disfunción contráctil del ventrículo izquierdo.¹⁴⁻¹⁶ No se conoce el riesgo de recurrencia con ASP, sin embargo, hasta la fecha no se han reportado recidivas. Dada la aparente interacción rara y única entre el paciente y el antígeno específico del feto involucrado en esta condición, no se esperaría la recurrencia con un feto diferente.

Estrategias de manejo

Cuando se enfrenta al colapso cardiopulmonar periparto repentino o sospecha de ASP, el rol inicial del obstetra es reconocer las diversas etiologías posibles. Si se sospecha ASP en base a la tríada de hipoxia, hipotensión y coagulopatía, además del tiempo en el momento del parto, el primer paso es proporcionar una reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad.

El tratamiento es principalmente de apoyo. Un importante paso simultáneo es pedir ayuda a los miembros del equipo, incluidos los socios de enfermería, obstetricia o expertos en medicina materno-fetal, el personal de anestesia, el personal de cuidados intensivos y el banco de sangre. El desplazamiento uterino lateral izquierdo, o en un feto potencialmente viable (≥ 23 semanas de gestación) durante los esfuerzos de reanimación pueden aumentar la precarga cardíaca y mejorar la efectividad de la RCP mediante el alivio de la presión de la vena cava inferior causada por el útero grávido. La intubación probablemente será necesaria para el soporte respiratorio continuo. Incluso antes de los signos

clínicos de hemorragia, recomendamos notificar al banco de sangre y quizás activar un protocolo transfusional masivo si la sospecha de ASP es alta ya que al menos el 80% de estas mujeres desarrollarán DIC.⁴ Basado en la presunta patofisiología de ASP, se ha propuesto un novel régimen de atropina, ondansetrón y ketorolac.¹⁷

Aunque la supervivencia con el uso de este régimen se ha descrito y puede ser razonablemente incorporada en los enfoques de tratamiento estándar para el ASP, su eficacia real es incierta.

La Amniotic Fluid Embolism Foundation, una colaboración única entre instituciones privadas y académicas, se ha establecido tanto para ayudar a los pacientes y las familias que se han encontrado con ASP como para promover los esfuerzos de investigación. La información sobre la participación en un registro nacional en curso de casos ASP también está disponible a través del sitio web de la fundación, en <https://www.afesupport.org/>.

Divulgaciones:

El autor informa que no hay conflictos de intereses potenciales con respecto a este artículo.

References:

1. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, et al. Pregnancy-related mortality surveillance-- United States, 1991--1999. *MMWR Surveill Summ.* 2003;52:1-8.
2. Clark SL. Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol.* 2014;123:337-48.
3. Ecker JL, Solt K, Fitzsimons MG, MacGillivray TE. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 40-2012. A 43-year-old woman with cardiorespiratory arrest after a cesarean section. *N Engl J Med.* 2012;367:2528-36.
4. Clark SL, Hankins GD, Dudley DA, Dildy GA, Porter TF. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1158-67; discussion 67-9.
5. Steiner PE, Luschbaugh CC. Maternal pulmonary embolism by amniotic fluid. *JAMA.* 1941;117:1245-51.
6. Clark SL, Pavlova Z, Greenspoon J, Horenstein J, Phelan JP. Squamous cells in the maternal pulmonary circulation. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154:104-6.
7. Funk M, Damron A, Bandi V, Aagaard K, Szigeti R, Clark S. Pulmonary vascular obstruction by squamous cells is not involved in amniotic fluid embolism. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218:460-1.
8. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. UK Obstetric Surveillance System Amniotic fluid embolism. Available at: <https://www.npeu.ox.ac.uk/ukoss/current-surveillance/amf>. Accessed May 23, 2018.
9. Australasian Maternal Outcomes Surveillance System Amniotic fluid embolism. Available at: <http://www.amoss.com.au/?q%content/amniotic-fluid-embolism-afe>. Accessed May 23, 2018.
10. Society for Maternal-Fetal Medicine. Electronic address pso, Pacheco LD, Saade G, Hankins GD, Clark SL. Amniotic fluid embolism: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:B16-24.
11. Clark SL, Romero R, Dildy GA, et al. Proposed diagnostic criteria for the case definition of amniotic fluid embolism in research studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:408-12.
12. Stafford I, Moaddab A, Klassen M et al. Diagnostic precision of proposed criteria for research reporting of amniotic fluid embolism. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218: S122-123.

13. Knight M, Tuffnell D, Brocklehurst P, Spark P, Kurinczuk JJ, System UKOS. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. *Obstet Gynecol.* 2010;115:910-7.
14. McDonnell NJ, Chan BO, Frengley RW. Rapid reversal of critical haemodynamic compromise with nitric oxide in a parturient with amniotic fluid embolism. *Int J Obstet Anesth.* 2007;16:269-73.
15. James CF, Feinglass NG, Menke DM, Grinton SF, Papadimos TJ. Massive amniotic fluid embolism: diagnosis aided by emergency transesophageal echocardiography. *Int J Obstet Anesth.* 2004;13:279-83.
16. Evans S, Brown B, Mathieson M, Tay S. Survival after an amniotic fluid embolism following the use of sodium bicarbonate. *BMJ Case Rep.* 2014;2014.
17. Rezai S, Hughes AC, Larsen TB, Fuller PN, Henderson CE. Atypical amniotic fluid embolism managed with a novel therapeutic regimen. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017; published online dec 21 2017.