

MORBILIDAD MATERNO FETAL POR AMNIOCENTESIS TRANSABOMINAL EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

* Dr. Alejandro Pichardo P.
** Dr. Napoleón Terrero Encarnación
** Dr. Abraham Guerrero Santos
** Dr. José Mejía Alejo
** Dra. Yanett Ortega Lantigua

INTRODUCCION:

A pesar de los grandes adelantos de la obstetricia moderna; no es hasta hace dos décadas aproximadamente cuando se le viene a dar al líquido amniótico la importancia capital que éste reviste, pues considerábamos a la cavidad amniótica y al feto como un santuario inviolable, a pesar, de que éste es el espejo donde podemos observar imágenes importantes y valiosas del desarrollo fetal. Se cree que Kennel en 1919, seguido de Womser en 1920, practicaron amniocentesis para el tratamiento del polihidramnios. En 1946, Rivet la practicó en 50 casos y precisó sus indicaciones^{1, 2, 3}, pero es Bevis en 1952 quien efectúa la amniocentesis transabdominal en forma sistemática en mujeres isoinmunizadas con la finalidad de adquirir conocimiento en relación a la concentración de bilirrubina o pigmentos similares y de esta manera tratar la enfermedad hemolítica del recién nacido.^{4,5}

Poco tiempo después la amniocentesis es utilizada para buscar la relación lecitina esfingomielina, con la finalidad de buscar madurez pulmonar,^{6,7,8}. En nuestros días la amniocentesis es utilizada no solamente para buscar lecitina-esfingomielina o pigmento de bilirrubina, sino que podemos hacer cultivo de éste, cariotipos para enfermedades genéticas, defectos del neoreje, tratamientos del hidramnios (si hay compromisos respiratorios maternos), para la administración de sustancia en la cavidad amniótica con fines diagnósticos o para tratamientos, Ej. soluciones hipertónicas, prostagandinas, sustancias radiopacas para amniografías.^{9,10,11}

La amniocentesis como tal es un procedimiento invasivo, el cual consiste en la obtención de líquido de la cavidad amniótica. La vía puede ser transabdominal y transcervical; este último método no es muy utilizado debido a los problemas que conlleva, principalmente corioamnionitis. La vía transabdominal es la más utilizada y con la que se reportan menores riesgos; principalmente si se toman las medidas de lugar ó si se realiza bajo visualización con ultrasonografía; siendo muy ventajoso este método, debido a que proporciona información en relación a la inserción de la placenta, localización del cordón, principalmente en embarazos RH (-) por los peligros de la micro-transfusión materno fetal, cuando existen gestaciones múltiples y

por tanto pueden existir más de un saco amniótico.^{11, 12,13}

Riesgo de la Amniocentesis: Una gran cantidad de investigadores han reportado sus experiencias con la amniocentesis transabdominal a partir del tercer trimestre de embarazo. Freda en 1,000 casos, Bevis en 158, Alves en 200, no reportaron ningún daño; Rorve reporta una morbilidad global de 9 o/o.^{8,12,14}

Las principales complicaciones maternas reportadas después de una amniocentesis son: sangrado transvaginal, dolor, equimosis e infección en el sitio de la punción, corioamnionitis, DPPNI, inicio de labor de parto, etc.

Lesiones Fetales: Las más frecuentes lesiones del feto por amniocentesis en el tercer trimestre de embarazo son: rasguño por la aguja de punción, hemorragias que pueden producir la muerte del producto, lesiones del cordón umbilical, más frecuentemente cuando hay circulares al cuello, micro-transfusión feto materna, etc.^{7,14}

Los intentos fallidos son otras de las causas de morbilidad en el procedimiento; estos riesgos actualmente se han disminuídos por la implementación del ultrasonido, creciendo el interés por el uso de éste. Siendo nuestro objetivo realizar una comparación de los riesgos que entrañan la implementación del procedimiento, para el binomio materno-fetal, con y sin el uso de la ultrasonografía. riesgos que pueden ser minimizados, aún sin el uso del ultrasonido, si la amniocentesis es realizada por manos bien adiestradas.

MATERIAL Y METODO:

Se estudiaron 150 pacientes que fueron sometidas a amniocentesis en el tercer trimestre del embarazo, de un total de 195 amniocentesis realizadas en los primeros cinco meses del año 1982, en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Siendo la muestra de la población total un 77 o/o, cifra que consideramos muy representativa y nos propusimos buscar la morbilidad materno y fetal.

Clasificamos nuestras pacientes en dos grupos: Un primer grupo de 100 pacientes sometidas amniocentesis sin el uso de la ultrasonografía en el tercer trimestre del embarazo y un segundo grupo de 50 pacientes sometidas a amniocentesis con la implementación del ultrasonido en el tercer trimestre del embarazo.

Técnica: La Amniocentesis fue hecha por punción transabdominal abordando el saco amniótico en el sitio de las pequeñas partes fetales, usando aguja para punción

* Médico Ayudante de Obstetricia y Ginecología del Hospital Maternidad Nuestra "Señora de la Altagracia".

** Médicos R-3 del Programa de Residencia del H.M.N.S.A.

raquídea No.22 con la paciente en posición supina y sin anestesia.

RESULTADOS:

Observamos que de un total de 150 amniocentesis, 149 se realizaron buscando madurez pulmonar y que sólo una se realizó por isoimmunización al RH; lo que da un 99.3 o/o para la amniocentesis buscando madurez pulmonar y apenas un 0.7 o/o, para otras causas.

En relación al número de intentos, encontramos lo siguiente: De las 100 pacientes sin ultrasonografía, se realizaron 118 intentos, para una falla de 18 o/o, siendo esta la morbilidad más frecuentes. La considerábamos fallida si no obteníamos líquido amniótico o si la muestra obtenida estaba contaminada de sangre.

De las 50 pacientes sometidas a amniocentesis con ultrasonografía, se realizaron un total de 52 intentos; lo que representaba un 4 o/o de fallas. Es notable el porcentaje de fallas de la amniocentesis sin ultrasonografía que con ultrasonografía, lo que demuestra la eficacia del sonógrafo.

CUADRO No.1

LESIONES MATERNAS

Amniocentesis	No. Pacientes	Tipo Lesión	Cantidad	o/o
Sin Ultrasonido	100	DPPNI	1	1o/o
Con Ultrasonido	50	0	0	0

Morbilidad Materno Fetal en la amniocentesis Transabdominal en el tercer trimestre. H. M. N. S. A. 1982.

De las 100 pacientes sin ultrasonografía, se presentaron dos lesiones maternas, una de ellas un DPPNI, tratándose de una paciente que se le realizó amniocentesis buscando madurez pulmonar; detectándose este (DPPNI), una y media hora más tarde, después de haberse realizado el procedimiento, se obtuvo líquido claro y luego teñido de sangre; se le realizó una operación cesárea, con producto vivo de 43 semanas, de 6 libras y 10 onzas de peso, APGAR de 5 al minuto y 7 a los 5 minutos, líquido amniótico sanguinolento, con una placenta insertada en cara anterior del cuerpo uterino, de 16 cms. de diámetro y con un peso de 476 gramos, perforada desde la cara materna, con un hematoma entre el corion y el amnios. Esto representó un 1 o/o de la morbilidad materna.

El otro caso correspondió a la aparición de equimosis en el sitio de la punción, tratándose de una anémica severa, con 6 gramos de hemoglobina, con tiempo de coagulación, sangría y plaquetas en límites normales. A pesar de que en este caso no se implementó ultrasonografía, podemos considerarlo como morbilidad global, debido de que la implementación o no de la ultrasonografía, no altera la

aparición de esta lesión, correspondiéndose un 0.66 o/o de los 150 casos en estudio.

No hubo lesión materna en el grupo sometido amniocentesis con ultrasonografía. (Cuadro No.1).

CUADRO No.2

LESIONES FETALES

Amniocentesis	No. Pacientes	Tipo Lesión	Cantidad	o/o
Sin Ultrasonido	100	Laceración Rasguño	1	1o/o
Con Ultrasonido	50	0	0	0

Morbilidad Materno Fetal en la amniocentesis Transabdominal en el tercer trimestre. H.M.N.S.A. 1982.

En lo que se refiere a las lesiones fetales, tenemos que el grupo sometido a ultrasonografía, no presentó ningún tipo de lesión; mientras que los niños nacidos después de una amniocentesis, encontramos un caso con lesión que consistió en una laceración dérmica (rasguño), de aproximadamente tres (3) centímetros, localizada en miembro superior izquierdo, causado por la aguja de punción, lo que representó 1 o/o de la morbilidad fetal. (Cuadro No.2).

Sobre el inicio de la labor de parto, se encontró que ocho (8), casos iniciaron ésta, de una hora a seis horas (1h.-6hs.), después de haber implementado el procedimiento; seis casos (6) correspondieron a la serie sin ultrasonografía, para un 6 o/o y dos casos (2), correspondieron a la serie con ultrasonografía para un 4 o/o. (Cuadro No.3).

Hubo un solo caso de variación significativa de la frecuencia cardíaca fetal y se presentó en la paciente del DPPNI parcial.

CUADRO No.3

INICIO LABOR PARTO

Amniocentesis	No. Pacientes	Inicio L. P.	o/o
Sin Ultrasonido	100	6	6 o/o
Con Ultrasonido	50	2	4 o/o

Morbilidad Materno Fetal en la amniocentesis Transabdominal en el tercer trimestre. H. M. N. S. A. 1982.

CONCLUSIONES:

Mediante este estudio hemos comprobado que la morbilidad materno fetal al realizar amniocentesis sin ultra-

sonografía, es mínima, si la misma se lleva a cabo por obstetras capacitados.

El uso del ultrasonógrafo para la amniocentesis, reduce la morbilidad materno fetal prácticamente a cero.

Que la causa más frecuente de lesión fetal son cutáneas con la aguja de punción, lo que no representa una secuela adversa para el producto; aunque en este trabajo la morbilidad general es muy baja y la mortalidad es cero.

Las lesiones en general, tanto materna como fetal son mínimas, con el uso o sin el uso del ultrasonido, en una amniocentesis.

COMENTARIO

La realización de la amniocentesis transabdominal, ha venido a ser uno de los grandes recursos que se han añadido al arsenal moderno con que cuenta actualmente el obstetra y el perinatólogo; no solamente para conocer la madurez pulmonar y el grado de isoimmunización, sino también para identificar, valorar y manejar una gran cantidad de patologías fetales, que antes estaban vedadas debido a la impenetrabilidad del cláustro materno, que conjuntamente con el desarrollo de la citogenética y bioquímica, han logrado romper esta barrera. Este procedimiento, si es cierto que es invasivo y puede causar lesiones al binomio materno fetal, también debemos de admitir que en la actualidad se han reducido prácticamente a cero, gracias al recurso del ultrasonógrafo; prueba de esto lo constituye las cifras de diferentes trabajos de investigación sobre el particular.

La desaparición de las injurias maternos fetales con el ultrasonógrafo, es debido a que podemos visualizar el interior de la cavidad uterina, conociendo la posición, relación de las partes fetales, inserción de la placenta y cordón, cantidad del líquido amniótico, etc. pero no con esto queremos descartar la amniocentesis en una institución que no cuente con este recurso moderno como es el ultrasonido, pues una buena valoración del abdomen materno, nos daría una visión global, casi exacta del producto in útero; con riesgos que podríamos decir mínimos, si los comparamos con los beneficios del examen del líquido amniótico.

RESUMEN:

Un trabajo prospectivo se hace en el Hospital Materni-

dad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo en 1982, con 195 amniocentesis, durante el tercer trimestre del embarazo. 50 de las cuales se hicieron previa sonografía. La morbilidad es baja en cualquier circunstancia, aunque las fallas son mayores cuando no se usa el ultrasonido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Benson; R. Diagnóstico y tratamiento en Ginecología y Obstetricia, pág. 506, primera edición, 1979. Editora: El Manual Moderno, S. A.
- 2.— Bobitt; J. R. Amniotic fluid infection as determined by transabdominal amniocentesis in patients with intact membranes in premature labor. *Am. J. Obstet.* 140:947, 1981.
- 3.— Brames, D. L. Needle puncture of fetal a complication of second trimestre amnioc. *Am. J. Obstet. and Gynecol.* 126:246, 1976.
- 4.— Epley; Susan L. Fetal injury whit midtrimester. *Diagnostic amniocentesis.* *Obst. and Gynecol.* 53:17, 1979.
- 5.— Finberg; Harris J. Sonographic demonstration of uterine contraction during amniocentesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* march 15. 139:740, 1981.
- 6.— Fritz; Fuchs — Adelantos recientes en el diagnóstico prenatal por análisis del líquido amniótico. *Clínicas de obst. y Gynecol.* Vol. 11, pág. 178, 1970.
- 7.— Golbus, M. S. — Intrauterine diagnostic of genetic defects. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 118:879, 1974.
- 8.— Karp; L. E. — Fetal puntine during midtrimest amniotic. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 49:115, 1977.
- 9.— Hayslip; Clifford — Amniotic fluid. *Am. J. Obstet Gynecol.* 134:6, 1979.
- 10.— Moessinger; Adrien — Amniotic band syndrome associated with amniocentesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Noviembre 1, 132:588, 1981.
- 11.— Katz; M. G. — The value of the biochimistral estimation on maniotic fluid en management of the high risk pregnancy. *Clinic perinatologic.* Vol. 11, pag. 301, 1974.
- 12.— Pritchard; J. Macdonlad; Paul — Williams: Obstetricia. pág. 126, 2da. edición. Editora; Salvat.
- 13.— Quenaa; J. T. — Amniocentesis and transaminiatic fetal tranfusion RH. disease. *Clinic. Obstet. Gynecol.* 9:491. 1966.
- 14.— Schwarcz, Sala, Duverge — Tratado de Obstetricia. pág. 486, Tercera Edición. Editorial Salvat.
- 15.— Gluck, L. Valoración de la madurez funcional del feto. *Clin. Obstet Gynecol.* 2:583, 1978.
- 16.— Schulaman, H.: Líquido amniótico. *Cim. Obstet Gynecol.* Sept. 542, 1970.
- 17.— Schwarz, R.: Amniocentesis. *Clin. Obstet Gynecol.* Jun: 1, 1975.