

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Jefatura del Área de Estudios de Posgrado



**“RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN
PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PÉRDIDA
GESTACIONAL RECURRENTE EN EL HRAEM”**

**Tesis para obtener el Diploma de la:
Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

María de la Luz Romero Ortiz

Directores:

Dr. José Sol León Álvarez

Dr. Ever Domínguez Morales

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2018



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0134/DACS/CIP/JAEP
06 de febrero de 2018.

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. María de la Luz Romero Ortiz

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores: M.EM. María Eugenia Lozano Franco, Dra. Leticia Fócil González, Dra. Rosa María Padilla Chávez, Dr. Francisco Betanzos Ramírez y la Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández, la impresión de la tesis titulada: **"RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE EN EL HRAEM"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, donde fungen como Directores de Tesis el Dr. José Sol León Álvarez y el Dr. Ever Domínguez Morales.

Atentamente

M. en C. Alejandro Jiménez Sastré
Director



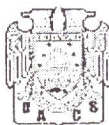
C.c.p.- Dr. José Sol León Álvarez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Ever Domínguez Morales.- Director de Tesis
C.c.p.- M.EM. María Eugenia Lozano Franco.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Leticia Fócil González.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosa María Padilla Chávez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Francisco Betanzos Ramírez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
MC/AIS/MGS/FEJ/lkrd*



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Coordinación de
Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **16:00** horas del día **29** del mes de **enero** de **2018** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"RESULTADOS PERINATALES Y OBSTETRICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE EN EL HRAEM"

Presentada por el alumno (a):

Romero Ortiz María de la Luz
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matrícula

1	4	1	E	1	4	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes

COMITÉ SINODAL

Dr. José Sol León Álvarez
Dr. Ever Domínguez Morales
Directores de Tesis

Dra. María Eugenia Lozano Franco

Dra. Verónica Focil Gonzalez

Dra. Rosa María Padilla Chávez

Dr. Francisco Betancourt Samir

Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de
Estudios
de Posgrado

Carta de cesión de derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 26 del mes de Enero del año 2018, el que suscribe, María de la Luz Romero Ortiz, alumno del programa de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, con número de matrícula 141E14008 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Resultados Perinatales y Obstétricos en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer Villahermosa, Tabasco"** bajo la Dirección del Dr. José Sol León Álvarez y el Dr. Ever Domínguez Morales

Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: mawj_0022@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


María de la Luz Romero Ortiz

Nombre y Firma



SIGNATURA
DE LA
UNIVERSIDAD

Sello

DEDICATORIAS:

Primero que nada a Dios por darme las fuerzas para llegar a este punto, así como de darme las fuerzas para continuar en este camino llamado residencia.

A mi madre: por ser mi mejor amiga y mi ejemplo de perseverancia, por apoyarme en todo momento, por su amor y su dedicación, por ser mi ejemplo a seguir.

A mi padre por brindarme todo su apoyo.

A mi familia: gracias a mis abuelos sobre todo a ti Licha que siempre estás conmigo y que siempre confiaste en mí; a Cindy, Kary Luis, que siempre estuvieron conmigo en todo momento.

A mis tíos Rosy y Javier por brindarme la confianza y apoyarme en todo momento.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Ever Domínguez, José Sol y la Dra. Clara Magdalena, por quienes este trabajo ha sido posible, así como las enseñanzas y la amistad que me han brindado..

A todos mis profesores adscritos del Hospital de la Mujer, sobre todo a la Dra Celia Fuentes, al Dr. José del Carmen Pérez López y a la Dra. May Milena, al Dr Francisco Betanzos por sus enseñanzas y amistad brindada, además de los buenos momentos de risas, logros personales y profesionales.

A mis mejores amigos los melolengos a Jardón, Darío, Pablo y Pepe, así como a mis compañeros Luigui, Mich, Lore y Octavio por aguantarme en estos cuatro años y acompañarme en esta lucha por conseguir esta meta llamada residencia

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

APGAR: Escala de puntuación utilizada por los médicos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida.

ASRM: Asociación Americana de Medicina Reproductiva

DNA: Ácido Desoxirribonucleico.

DPPNI: Desprendimiento Prematuro de Placenta

ESHRE: Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología

GPC: Guía de Práctica Clínica

IgA: Inmunoglobulina A

IgG: Inmunoglobulina G

LH: Hormona Luteinizante

LUI: Legrado Uterino Instrumentado

NIC: Neoplasia cervical intraepitelial

NK: Células Natural Killer

OMS: Organización Mundial de la Salud

RPBF: Riesgo de pérdida de bienestar fetal

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

ÍNDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del Problema	3
Justificación.....	4
Marco Teórico	5
Factores de Riesgo.....	5
Alteraciones anatómicas.....	7
Alteraciones cromosómicas.....	12
Factores Endócrinos	14
Inmunológicas.....	15
Alteraciones Aloinmunes.....	17
Infecciosas	18
Alteraciones psicológicas.....	18
Idiopático.....	19
Factor Masculino.....	19
Diagnóstico	20
Tratamiento.....	22
Objetivos.	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
Material y Métodos	24
Tipo de estudio.	24
Población.	24
Unidad de análisis.....	24
Variables a investigar.....	25
Criterios de inclusión y de exclusión	26
Técnica de Recolección de datos	26
Procesamiento y análisis de la información	27

Consideraciones éticas	27
Resultados	28
Discusión	40
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Referencias Bibliográficas	47

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

RESUMEN

La Asociación Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), por sus siglas en inglés, define pérdida gestacional recurrente como la finalización involuntaria del embarazo de dos o más abortos espontáneos o consecutivos antes de la semana 20 de gestación o con un peso menor de 500grs; clínicamente comprobado por histopatología y/o ultrasonografía. **Objetivo:** Conocer los resultados perinatales y obstétricos de las pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente en el HRAEM en el periodo comprendido de Enero 2012 a Enero 2017. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, Tabasco en 63 pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente. **Resultados:** La edad media fue de 28 años, las pacientes con pérdida gestacional recurrente presentan dos pérdidas previas al evento actual, en su mayoría la pérdida había ocurrido durante el primer trimestre del embarazo y se resolvió con legrado uterino instrumentado. Como antecedentes se observó diabetes mellitus e hipotiroidismo. El 60% de las pacientes lograron un embarazo a término. **Conclusión:** Seis de cada diez pacientes, lograron la resolución del embarazo de manera exitosa, con mínimas complicaciones y resultados perinatales favorables. Es importante el diagnóstico oportuno de la pérdida gestacional recurrente, para el inicio del tratamiento y disminución de las complicaciones.

Palabras clave: Pérdida gestacional recurrente, aborto, comorbilidades.

SUMMARY

The American Association for Reproductive Medicine (ASRM) defines recurrent gestational loss as the involuntary termination of pregnancy of two or more spontaneous or consecutive miscarriages before the 20th week of gestation or weighing less than 500g; Clinically proven by histopathology and / or ultrasonography. Objective: To know the perinatal and obstetric outcomes of patients with a history of recurrent gestational loss in the HRAEM in the period from January 2012 to January 2017. Material and methods: This is an observational, descriptive, retrospective study conducted at the Hospital Regional High Specialty of Women of Villahermosa, Tabasco in 63 patients with a history of recurrent gestational loss. Results: The average age was 28 years, patients with recurrent gestational loss have two previous losses to the current event, most of the loss had occurred during the first trimester of pregnancy and was resolved with instrumented uterine curettage. Diabetes mellitus and hypothyroidism were observed as background. 60% of the patients achieved a full term pregnancy. Conclusion: Six out of ten patients achieved successful pregnancy resolution, with minimal complications and favorable perinatal outcomes. The timely diagnosis of recurrent gestational loss is considered important for the initiation of treatment and reduction of complications.

Keyword: Recurrent gestational loss, abortion.

Introducción

El aborto, se define como la terminación del embarazo involuntariamente antes de la semana 20 de gestación o peso fetal menor de 500 gramos. Los abortos que ocurren posterior a esta semana de gestación se denominan mortinatos o partos pretérminos; los cuales se producen por causas diferentes a las primeras semanas de gestación.^{1,2}

La Asociación Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), por sus siglas en inglés, define pérdida gestacional recurrente, como la finalización involuntaria del embarazo de dos o más abortos espontáneos o, consecutivos antes de la semana 20 de gestación o con un peso menor de 500grs; clínicamente comprobado por histopatología y/o ultrasonografía y, la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), lo establece como pérdidas repetidas; independientemente de la localización anatómica.^{3,4}

La incidencia de pérdida gestacional recurrente ocurre en el 1-5% de todas las parejas que intentan concebir una gestación. En la mitad de estas parejas no se identifica la causa subyacente. Según estudios clínicos basados en observaciones empíricas, se demostró que el riesgo de una nueva pérdida con antecedente de tres abortos previos es aproximadamente de 30-45% y, se modifica dependiendo del número de nacidos vivos previos^{5,6,7}.

Existen múltiples causas tanto maternas, paternas y de origen fetal que llevan a la pérdida del embarazo. Independientemente de los antecedentes ginecoobstétricos, el riesgo de pérdida recurrente se relaciona con la edad materna, el riesgo en adolescentes es del 10 a 12% y en mujeres mayores de 40 años aumenta de cuatro a cinco veces como se observa en la siguiente tabla^{8,9}:

Tabla 1. Riesgo de pérdida gestacional recurrente con relación a la edad	
Edad	Riesgo
Menor 30 años	7- 15%
30- 34 años	8- 21%
35- 39 años	17- 28%
40 años o más	35- 52%

Fuente: Expedientes clínicos de antecedente pérdida gestacional recurrente

En relación al riesgo de aborto y los antecedentes obstétricos en las pacientes en las que es su primera gesta y que culmina de forma satisfactoria el riesgo es mínimo, sin embargo, en aquellas que presentaron alguna complicación en el embarazo previo y único se incrementa hasta en cuatro veces del 19- 24%^{1,2}.

La pérdida gestacional recurrente se clasifica en dos tipos¹⁰:

- Primaria: Quienes nunca han logrado un embarazo a término.
- Secundaria: Aquellas que lograron un embarazo previo a término.

Planteamiento del Problema

La pérdida gestacional recurrente es un síndrome complejo, debido a la amplia gama de factores etiológicos implicados, representa un problema económico, psicosocial y afectivo para la pareja, así como para los servicios de salud ante la inquietud de conocer la causa específica de la recurrencia, genera un impacto económico mayor.

Nuestro hospital de tercer nivel apreciamos que la mayoría de las pacientes al ingresar a nuestra unidad ingresan con el diagnóstico de antecedente de pérdida gestacional recurrente y con embarazo viable, lo que implica que el diagnóstico oportuno y el envío a nuestra unidad es tardío, dejando un promedio de 6,000 pacientes sin diagnóstico certero y sin estudio de protocolo motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los resultados perinatales y obstétricos en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente en el HRAEM?

Justificación

La pérdida gestacional recurrente es un síndrome, en ella intervienen múltiples factores y diversas causas idiopáticas las cuales están asociadas a esta entidad, se encuentra relacionado como una de las principales causas de infertilidad secundaria, sin embargo, en más del 50% de las pacientes se desconoce la etiología específica. Respecto a nuestra población la mayoría de las pacientes cuentan con un deficiente control prenatal, así como un envío inoportuno, lo que dificulta establecer la causa específica e incrementar el periodo entre el diagnóstico y el embarazo.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer contamos con los servicios de Genética, Medicina Materno Fetal, Biología de la Reproducción y personal capacitado en cirugía de mínima invasión, útiles para la detección, estudio y diagnóstico de la pareja con pérdida gestacional recurrente, llevando un adecuado control prenatal, sin comorbilidades.

Marco Teórico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo y considera que dos terceras partes de las gestaciones acaban antes de que se presente la siguiente menstruación, casi siempre de forma subclínica^{1,8,11}. La pérdida gestacional recurrente se define como la pérdida espontánea de dos a tres o más embriones o fetos antes de la vigésima semanas de amenorrea o de la viabilidad embrionaria o con un peso fetal por debajo de 500gramos, en forma consecutiva o alterna. Afecta del 2 al 5 % de las parejas que intentan concebir un embarazo con infertilidad y es el 0.3 al 1% del total de los embarazos que correspondería a una pareja por cada 200 aproximadamente. El aborto recurrente que se presenta durante el primer trimestre es el de mayor prevalencia siendo este antes de la semana 7 de 31.9%, de la semana 8 a 11 de 52.3% y de la semana 11 a la 15 de 11.1% . Después de la semana 16 de gestación es ligeramente más frecuente antes de la semana 19 con una frecuencia de 2.5% con relación a antes de la semana 23 con 2.2%^{6,9,10}.

Factores de Riesgo

El riesgo del aborto recurrente se incrementa con el número de abortos previos. Se calcula que la probabilidad de tener un recién nacido vivo disminuye en 23% por cada aborto^{2,3}. El riesgo de aborto espontáneo se incrementa con:

La gestación:

Independiente de la terminación de las gestaciones previas donde se puede dividir en primarios y secundarios¹².

Primarios: ausencia de partos previos.

Secundarios: con un hijo vivo.

Edad materna:

Antes de los 30 años con riesgo del 25% después de tres abortos.

Después de los 40 años 52%.

Esterilidad de la pareja

Riesgo persé de cada individuo para presentar esterilidad³.

Factores ambientales, ocupaciones y estilo de vida

La evidencia sobre el efecto de los factores de riesgo se basa en los casos de abortos espontáneos (esporádicos), en los casos de pérdida gestacional recurrente no está con exactitud la exposición, dosis toxica, exposición y sus niveles. El tabaquismo y la cafeína se asocian con mayor riesgo de aborto espontáneo, la ASMR refiere que el consumo de más de tres tazas se ha asociado con el riesgo de pérdida gestacional recurrente, así como el consumo de tres a cinco copas de alcohol por semana. La obesidad se ha asociado con un incremento en el riesgo de

pérdida gestacional recurrente en comparación con quien concibe naturalmente^{3,10,13}.

El análisis de la pérdida gestacional recurrente se establece sin un número específico de abortos espontáneos que justifique su estudio etiológico, sin embargo, se establece preferentemente con el antecedente de dos abortos consecutivos, los cuales deben documentarse ecográficamente o mediante estudio histopatológico. Hasta en el 50% de los casos se desconoce la etiología, sin embargo, existen múltiples factores asociados tanto paternos, maternos o fetales que causan complicaciones que culminan en la pérdida de la gestación^{1,3,4,9}.

Alteraciones anatómicas

Las anomalías intrauterinas pueden interferir en la implantación embrionaria como en la evolución de la gestación. Las alteraciones uterinas son consideradas responsables de la pérdida gestacional recurrente en el segundo trimestre del embarazo, sin embargo; al estar presente se asocian a pérdida gestacional recurrente, considerando un tratamiento quirúrgico. La fisiopatología del fracaso del embarazo en mujeres con malformaciones congénitas uterinas se encuentra aún en discusión, por lo cual se atribuye a disminución del volumen intrauterino o debido a vascularización defectuosa^{13,14}.

Malformaciones uterinas

La frecuencia es del 0.5 – 10% en la población en general y con mayor incidencia en el grupo de la pérdida gestacional recurrente entre 10- 37.5%¹⁵.

Las malformaciones que se asocian más a menudo son:

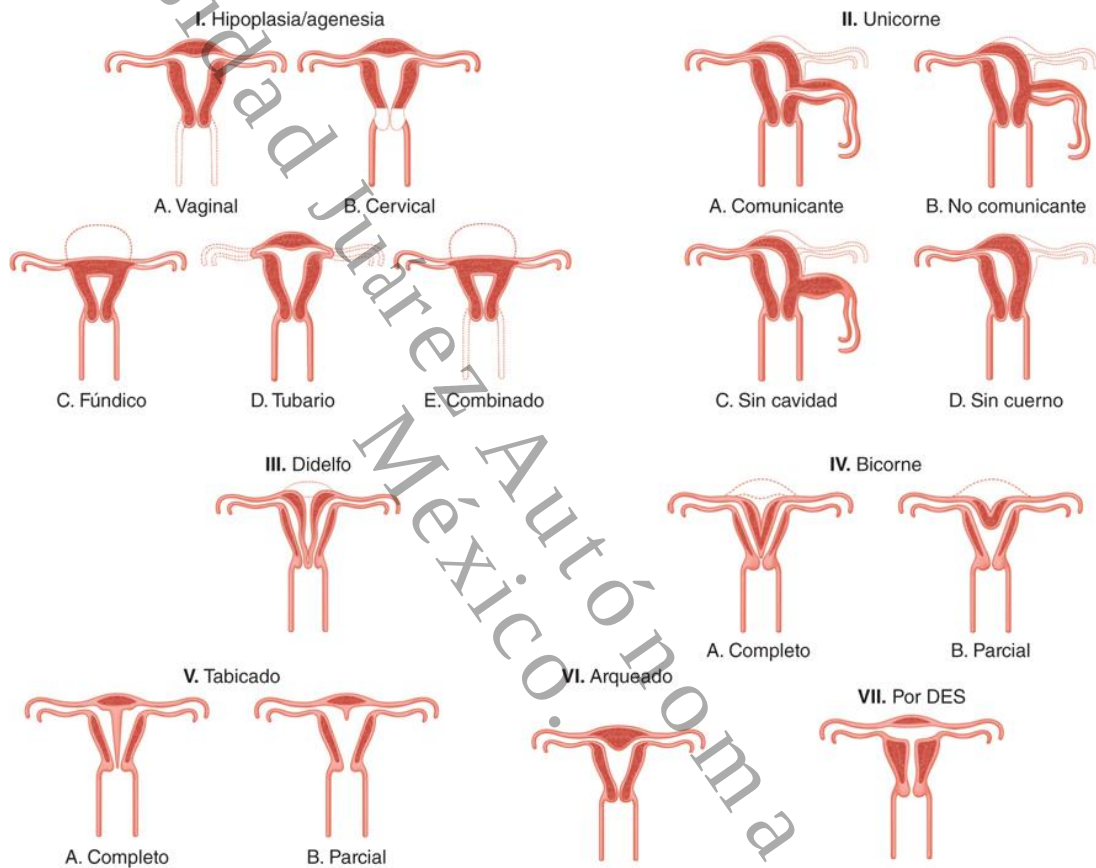
- Útero tabicado: sobre todo cuando la tabicación es total.
- Hipoplasia uterina.

Las aplasias mullerianas producen partos pretérmino y sobre todo alteraciones de esterilidad sobre todo las unilaterales como el útero unicorne o pseudounicornes que se deben a la ausencia de desarrollo de uno de los conductos de Müller, el éxito de tener un hijo vivo es de 38-75% y en este caso no es útil ningún procedimiento quirúrgico y se propone el manejo expectante, únicamente en el caso de la pérdida gestacional recurrente es donde se considera el uso del cerclaje cervical^{15,16}.

Las alteraciones de la fusión entre los dos conductos de Müller generan el útero didelfo y bicorne, los cuales pueden ser:

- Unicervicales totales
- Unicervicales corporales
- Fúndicos

Debido a ello en el útero didelfo el éxito del embarazo y de la gestación es mejor, sin embargo hasta en un 40% culminan en un aborto espontáneo, por lo que es útil el tratamiento quirúrgico que se destina a unir los dos hemiúteros extirpando el tabique longitudinal que obstruye la vagina hasta en un 75%^{1,6,17}.



Tomada de: American Fertility Society. The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Sterility 2012

Los trastornos de la reabsorción comprenden los úteros tabicados, totales o subtotales, corporales o con fondo arqueado, comunicando o no con el istmo y continuados en el cuello y la vagina, su prevalencia es de aproximadamente 9-30% y es causa hasta del 60% de los abortos^{1,18}, la fisiopatogenia puede ser:

- Defectos del crecimiento del útero secundario al tabique
- Incompetencia cervical
- Vascularidad e inervación del tabique que originan una implantación defectuosa.

El tratamiento quirúrgico se establece ante el diagnóstico de pérdida gestacional recurrente, un aborto tardío del segundo trimestre o un parto pretérmino, el cual mejora la evolución del embarazo. La metroplastía abdominal es eficaz, sin embargo produce alteraciones como adherencias, por lo que el gold standard es la histeroscopia aunado a tratamiento a base de estrógenos y progestágenos o dispositivo intrauterino en el post- quirúrgico lo cual disminuye la formación de adherencias intracavitarias^{18,19,20}.

- Útero post dietilestilbestrol

Este estrógeno no esteroideo fue prescrito entre 1938 y 1971 para la prevención de abortos de repetición o parto pretérmino, actualmente se ve ligado en las pacientes cuyas madres fueron tratadas con este medicamento, ya que se creía responsable

de la secreción placentaria de progesterona, por lo que su deficiencia favorecía el aborto^{6,21}.

Las principales anomalías que se presentan son en el tamaño y en la forma del útero en un 45- 73% como útero en T, alargamiento del istmo, constricción del cuerpo e hipoplasia uterina; se han descrito alteraciones funcionales e histológicas de las arterias uterinas, por lo que se administraba aspirina en dosis bajas como profilaxis, sin embargo, no se ha demostrado eficacia. La metroplastia de agrandamiento esta descrita como tratamiento quirúrgico, aunque sus beneficios están en duda^{10,21,22}.

- Sinequias Uterinas

Las sinequias uterinas se presentan aproximadamente en 1.5% de las pacientes con antecedente de legrado ocasionando del 7-21.8% pérdida gestacional recurrente. La fisiopatología se basa en la disminución del volumen funcional intrauterino, así como la fibrosis y la inflamación constante del endometrio que favorecen anomalías en la placentación. El desenlace del embarazo es desfavorable, un 40-80% finalizando en aborto espontaneo y el 25% en parto pretérmino^{18,20}.

Se proponen técnicas como la dilatación ciega, el legrado o la colocación de un balón intracavitario, sin embargo la histeroscopia, es el tratamiento de elección de las sinequias tanto complejas como gruesas, es seguro y eficaz por lo que mejora el éxito del embarazo a término hasta del 50-90%; se realiza histeroscopia de control

a los tres meses, sobre todo en los casos de sinequias complejas de causa infecciosa. Posteriormente se coloca dispositivo intrauterino como profilaxis o anticonceptivos orales sobre todo con estrógenos, así como la instilación de gel con ácido hialurónico en la cavidad uterina que se ha visto eficaz en la histeroscopia de control^{22,14}.

- **Miomatosis Uterina**

Los miomas submucosos son una causa de aborto, sin embargo no hay evidencia suficiente, estos se diagnostican por histerosonografía o histeroscopia si son pequeños y únicos el beneficio de la escisión es mayor que el riesgo^{6,18}.

- **Incompetencia Ístmico Cervical**

Es una causa conocida de pérdida gestacional recurrente con mayor frecuencia en el segundo trimestre, pero, su verdadera incidencia es desconocida, el diagnóstico es totalmente clínico, diversos estudios reportan sesgos²³.

Alteraciones cromosómicas

Las alteraciones cromosómicas son responsables hasta del 60% de los abortos aislados y su frecuencia es mayor en el caso de los abortos precoces hasta en un 70% antes de las 6 semanas de gestación. En el 96%, se trata de anomalías

numéricas, el 54% trisomías, el 19% triploidias, el 16% monosomías, el 4% tetraploidias y el 3% dobles trisomías^{24,25}.

Por orden de frecuencia: trisomía 16, 13, 18, 21 y 22. Las monosomias están asociadas a abortos en el 0.2%. En las triploidias, los mecanismos implicados son la fecundación de un ovocito por dos espermatozoides o la falta de expulsión del segundo corpúsculo polar del ovocito^{6,26}.

A partir del segundo aborto, se deberá realizar estudio citogenético a los padres, presentándose en el 6% alteraciones y establecer el plan de detección de alteraciones en los embarazos posteriores²¹:

- Diagnostico preimplantacional
- Diagnóstico prenatal
- Medición de translucencia y pliegue nuchal
- Marcadores bioquímicos séricos
- Ultrasonido estructural de II nivel

Se cuenta con técnicas de reproducción asistida para aquellas parejas que sean candidatas a las mismas:

- Donación de semen
- Fecundación in vitro
- Microinyección intracitoplasmática

Anomalías Genéticas

El cromosoma X puede ser la causa de la pérdida gestacional recurrente sin que la madre sea portadora de alguna anomalía.

Factores Endócrinos

Insuficiencia Luteínica

Se han propuesto como causa de aborto y pérdida gestacional recurrente, el crecimiento folicular inadecuado, la anovulación, insuficiencia luteínica y la receptividad anormal del endometrio; asociándose en 3-17% de los casos¹².

Diabetes

Las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, estudios relacionan la elevación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) por encima de 1DE se incrementa en un 3% el riesgo de aborto, sobre todo en el primer trimestre del embarazo, las malformaciones genéticas incrementan el riesgo de pérdida gestacional recurrente, el control metabólico de la diabetes no es factor de riesgo para la pérdida gestacional recurrente⁶.

Síndrome de ovario Poliquístico

No se ha establecido, la relación de síndrome de ovario poliquístico y pérdida gestacional recurrente, sin embargo hay una fuerte asociación a la hipersecreción de hormona luteinizante. Rau et al, en el año 2000; demostró que las

concentraciones de LH>10UI/l no se asocian al incremento del aborto espontáneo, recientemente se ha atribuido a la resistencia a la insulina con la consecuente hiperinsulinemia, hiperandrogenemia, hiperhomocisteinemia, niveles elevados del factor inhibidor del activador de plasminógeno, la receptividad endometrial insuficiente^{3,6}.

Hiperprolactinemia

La prolactina, es estudiada en las pacientes con diagnóstico de infertilidad, tanto primaria como secundaria; sus niveles se relacionan con la disfunción ovulatoria, foliculogenesis anormal y defectos en la maduración de los ovocitos; los niveles altos inhiben la secreción de progesterona resultando deficiente la fase lútea^{1,16}.

Inmunológicas

Trombofílicos

A.- Hereditarias

Se asocian con abortos del segundo trimestre, estas generan condiciones que aumentan el riesgo de la tromboembolia venosa, secundario a mutación genética de una de las proteínas implicada en la cascada de la coagulación

La mutación del gen de la protrombina y del factor V de Leiden, corresponden hasta el 60% de los casos por esta causa, el otro grupo se relaciona con la deficiencia de la proteína C y S, antitrombina III y la mutación de metil-tetrahidrofolato reductasa, por lo que se sospecha la relación con las trombosis de la circulación útero-

placentaria, de predominio en las arterias espirales y en el espacio intervilloso por respuesta hemostática aumentada que afecta la perfusión placentaria^{3,27}.

B.- Adquiridas

Síndrome Antifosfolípidos

Es la principal causa con tratamiento específico, esta patología puede ser primaria o asociada a otra entidad autoinmune, sobre todo lupus eritematoso sistémico; el síndrome implica: anticuerpos antifosfolípidos, el anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina; anticuerpos anti-B2 y glicoproteína- I. El diagnóstico se lleva a cabo al encontrar un criterio clínico y uno de laboratorio, la pérdida gestacional recurrente es un criterio diagnóstico.

Los anticuerpos se encuentran presentes en el 5% de las mujeres con pérdida gestacional recurrente. Estas mujeres tienen un riesgo 90% de presentar un aborto, el mecanismo fisiopatológico se relaciona con la inhibición de la función del trofoblasto, así como su diferenciación, activación del complemento, ocasionando inflamación y subyacente trombosis de la vasculatura útero- placentaria^{18,26,28}.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para síndrome antifosfolípido (Consenso Internacional de 2006)

Diagnóstico de síndrome antifosfolípido
Criterios clínicos
Uno o más episodios clínicos de trombosis arterial, venosa o de vasos pequeños.
Uno o más abortos inexplicados, con feto morfológicamente sano de más de 10 semanas de gestación.
Uno o más partos pretérmino igual o menor de 34 semanas de gestación, provocados por preeclampsia o insuficiencia placentaria severa.
Tres o más abortos recurrentes antes de las 10 semanas de gestación, en los que se han excluido causas anatómicas, hormonales y genéticas de ambos padres.
Criterios de laboratorio
Anticuerpos anticardiolipina tipo IgG o IgM en títulos moderados o altos (≥ 40 GPL o MPL o por encima del percentil 99), en dos o más ocasiones con intervalo mínimo de 12 semanas entre la obtención de las muestras
Anticoagulante lúpico positivo en dos o más ocasiones, con intervalo mínimo de 12 semanas entre la obtención de las muestras
Anti $\beta 2$ glucoproteína-1 IgG y IgM en títulos $\geq$ percentil 99 en dos o más ocasiones, con intervalo mínimo de 12 semanas entre la obtención de las muestras

Fuente: Up To date: Definition and etiology of recurrent pregnancy loss,2015.

Alteraciones Aloinmunes

Las alteraciones aloinmunes, se han propuesto como una posible causa, el embarazo se caracteriza por una inducción de células T reguladoras y un perfil anti-inflamatorio Th2; por lo tanto, una interrupción de la actividad de los CD4 (Th) y la actividad de los NK, así como un desequilibrio en el endometrio de esta respuesta a favor de Th- 1, podrían conducir a fracaso de una implantación y pérdida del embarazo, se han propuesto tratamientos con inmunomoduladores, sin embargo aún no se ha visto beneficio ni son aprobadas por la OMS ni por la Asociación Americana de Medicina Reproductiva^{6,25,27}.

Infecciosas

No se cuenta con un soporte evidencial suficiente que asocie las infecciones con pérdida gestacional recurrente. Dentro de los probables factores, se atribuye la producción de especies reactivas de oxígeno, metabolitos intermedios tóxicos, citocinas y agentes pro-inflamatorios. Cuando la infección se disemina a los tejidos fetales, puede provocar pérdida o malformaciones y si coexiste infección endometrial crónica puede afectarse el proceso de implantación²⁵.

Paukku et al en 2015, sospecho de la infección por *Chlamydia trachomatis*, pero no encontró diferencias entre la frecuencia de anticuerpo IgG o IgA en mujeres que tenían contra pacientes sanas.^{4,5,11,16,20} Entre los agentes infecciosos causales de aborto se encuentran: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactiae* y *Listeria monocytogenes*^{1,24}.

Alteraciones psicológicas.

Las parejas con pérdida del embarazo deben asimilar la inmensa carga emocional, ya que se trata un duelo y son frecuentes las reacciones de enojo, depresión, ansiedad y culpa. El personal de salud que atiende a las parejas en la mayor parte de las ocasiones no se sensibiliza con ellos, la probabilidad de concebir nuevamente disminuye considerablemente. Aunque la información al respecto es limitada, se recomienda ofrecer apoyo psicológico y orientación a las parejas con pérdida gestacional recurrente del embarazo²⁹.

Idiopático

En el 50-75% de los casos no se logra definir una causa específica, sin embargo, tienen un buen pronóstico aún sin ninguna intervención farmacológica, logrando una tasa de éxito de embarazo de 35-85%. Recordar, que el pronóstico cambia conforme incrementa la edad de la paciente y los abortos previos⁸.

Factor Masculino

Los parámetros estándar del análisis seminal: incluyen la morfología espermática, que no es predictiva de una pérdida gestacional recurrente; se ha estudiado la aneuploidía espermática y la fragmentación de DNA, los cuales han sido estudiados en parejas con pérdida gestacional recurrente, las alteraciones en la fragmentación del DNA se observan con mayor frecuencia en los padres que tienen edad avanzada, así como con factores ambientales como exposición excesiva al calor, exposición a tóxicos o varicocele, elevada producción de especies reactivas de oxígeno³.

Diagnóstico

La evaluación de la pérdida gestacional recurrente debe realizarse después de dos pérdidas del embarazo. El establecimiento diagnóstico deberá seguirse con el flujograma ya establecido y guiado por el Consejo Mexicano de Ginecoobstetricia^{2,28}

La evaluación se deberá realizar por apartados.

- Historia Clínica

Interrogatorio con búsqueda intencionada en antecedentes heredofamiliares y patológicos de endocrinopatías, autoinmunes, defectos congénitos, trombofilias, coagulopatías, antecedentes de abortos²⁸.

Evaluación de los abortos previos: porque y cómo sucedieron, semanas de gestación al momento del aborto, características del embarazo, así como antecedentes de instrumentación uterina^{3,28}.

- Examen Físico

Con búsqueda en particular de hirsutismo, galactorrea o hiperprolactinemia, síndrome de ovario poliquístico, anormalidades en los órganos pélvicos.

La evaluación de la pérdida gestacional recurrente básica, debe centrarse en la detección de factores genéticos, síndrome antifosfolípidos, evaluación de la anatomía uterina, factores hormonales y metabólicos, conocer las variables del estilo de vida de la pareja, por lo que se debe incluir en el estudio básico^{3,11,27}:

- Análisis del cariotipo de ambos padres
- Detección de anticoagulante lúpico, anticardiolipina, glucoporteina I anti B-2
- Detección de anomalías tiroideas o endocrinológicas.
- Ultrasonido pélvico
- Histerosonografía, histerosalpingografía o Histeroscopia

Sin embargo, deberá completarse el estudio por sistemas:

Exámenes diagnósticos	
Enfermedad concomitante	Estudios sugeridos
Alteraciones uterinas y Anomalías müllerianas	Histerosalpingografía Histerosonografía con solución salina Ultrasonido o resonancia magnética Histeroscopia diagnóstica
Anomalías cromosómicas	Cariotipo, cordocentesis, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas. Diagnóstico genético preimplantación
Endocrinopatías	TSH, FT4, Anticuerpos antiperoxidasa tiroidea, anticuerpos antitiroglobulina Glucemia en ayuno, hemoglobina A1C% Prolactina FSH en el tercer día del ciclo, estradiol
Síndrome antifosfolípido	Anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina, anticuerpos anti $\beta 2$ GP-1
Trombofilias	Mutación FV Leiden, mutación del gen de protrombina Pruebas de funcionamiento de la proteína S y C, cuantificación de antitrombina III
Infecciones	Cultivo específico según el cuadro clínico
Otras	Cribado para exposición a sustancias tóxicas, obesidad, enfermedad celíaca

US, ultrasonido; RMN, Resonancia magnética; TSH, Hormona Estimulante de Tiroides, FT4, Tiroxina libre; GP-1, glucoproteína 1; PS, Proteína S; PC, Proteína C; AT-III, Antitrombina III

Tratamiento:

El tratamiento deberá estar basado en cada alteración y deberá individualizarse para cada paciente. Por lo que deberá realizarse en manejo conjunto con otros servicios, como ya se mencionó y en un centro de tercer nivel³⁰.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Objetivos:

Objetivo general

Conocer los resultados perinatales y obstétricos en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente en el HRAEM.

Objetivos específicos:

- 1.- Establecer las características sociodemográficas en las pacientes con pérdida gestacional recurrente.
- 2.- Conocer los resultados perinatales en las pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente.
- 3.- Identificar la evolución obstétrica en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente

Material y Métodos

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, Tabasco en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente.

Población:

El universo estuvo constituido por 256 pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente, durante el período de estudio. Se realizó un muestreo por conveniencia considerando aquellas en las que se reunieron los criterios de inclusión, resultando un tamaño de muestra de 63 pacientes.

Unidad de análisis:

Se revisaron 63 expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco en el periodo comprendido de enero del 2012 a enero del 2017.

Variables a investigar

Las variables cuantitativas se presentan en medidas de tendencia y dispersión, se dividen en dos tipos:

a) Variables maternas

- Edad
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Ingesta de café
- Peso
- Talla
- IMC

b) Variables fetales:

- Edad gestacional
- Peso
- Apgar
- Defectos congénitos al nacimiento

c) Variables Obstétricas

- Numero de gestas
- Características de los abortos
- Manejo de los abortos previos
- Vía de interrupción del último evento obstétrico
- Complicaciones del embarazo

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión y exclusión	
Criterios de inclusión	Antecedente de pérdida gestacional recurrente con embarazo menor de 26 semanas
	Antecedente de pérdida gestacional recurrente con productos menores de 500 gramos
	Ultimo evento obstétrico en el HRAEM
Criterios de exclusión	Productos mayores de 500gramos
	Expedientes extraviados
	Expedientes incompletos

Técnica de Recolección de datos

Instrumento: Se diseño una hoja de recolección de datos de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, se realizó la revisión de los mismos requisitando la hoja de recolección de las variables a analizar

Procesamiento y análisis de la información

Una vez obtenidos los datos se capturaron en el paquete estadístico SPSS versión 20. Los resultados se expresaron en tablas y graficas con valores absolutos y porcentuales.

Consideraciones éticas

Se solicito autorización para la realización de esta investigación ante el comité de ética en investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, y así como de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud artículo 17 y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial) este trabajo de investigación corresponde a la categoría I: investigación sin riesgo.

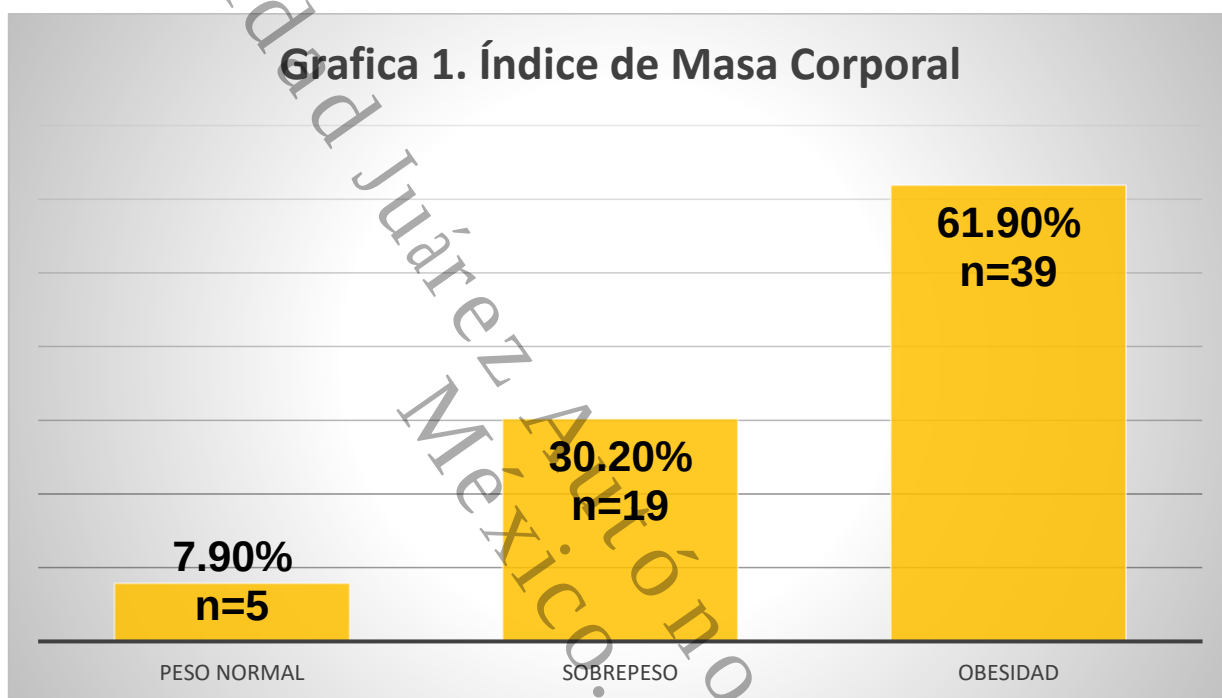
Resultados

Como se observa en la Tabla 1, se incluyeron 63 pacientes, con un promedio de edad de 28 años (19- 40 años), se clasifica por grupos de edad, donde se reporta una paciente de 19 años (1.5%), en el grupo de 20 a 30 años se encuentran 43 (68%), de 31 a 39 años 17 (26.9%) y dos pacientes de 40 años (3.1%).

Tabla 1. Número de casos por grupo de edad	
Edad Promedio en años	
Grupo de edad	Número de casos
<20 años	1 (1.5%)
21 - 30 años	43 (68%)
31 - 39 años	17 (26.9%)
40 años y más	2 (3.1%)

Fuente: Expedientes clínicos con antecedente pérdida gestacional recurrente.

Como se puede observar en la Gráfica 1 en relación al índice de masa corporal del total de las 63 pacientes, 39 pacientes (61.9%) se encuentran con obesidad, 19 pacientes (30.2%) con sobrepeso, y 5 pacientes (7.9%) con peso normal, el cual se calculó a su ingreso, en el caso de las pacientes gestantes en relación al peso ideal por semanas de gestación.



Fuente: Expedientes clínicos con antecedente pérdida gestacional recurrente.

Respecto a la exposición a factores ambientales y ocupacionales (Tabla 2), el consumo de café se encuentra en 27 pacientes con un 42.9%, el cual se midió en tazas. (promedio de dos tazas al día.)

Tabla 2 Exposición a factores ambientales y ocupacionales		
Toxico	Frecuencia	Porcentaje valido
Café	27	42.9 %
Tabaco	2	3.2%
Alcohol	4	6.3%

Fuente: Expedientes clínicos con antecedente pérdida gestacional recurrente.

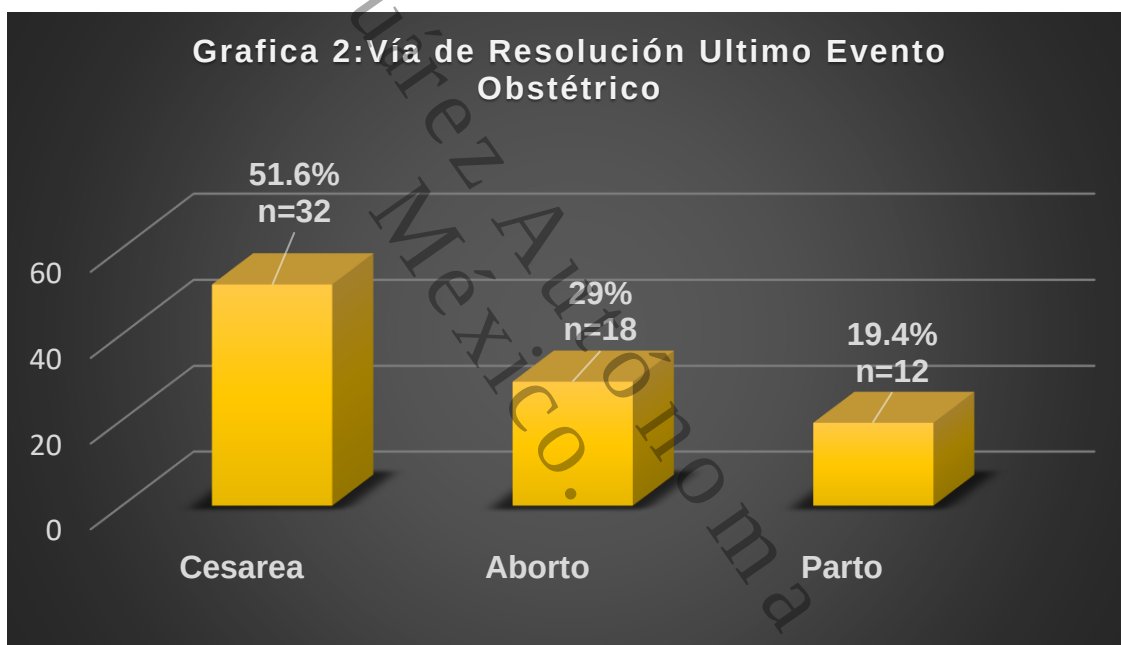
En relación a las comorbilidades, podemos ver en la Tabla 3, se encuentran en 14 pacientes (19%), de las cuales la principal es la diabetes mellitus tipo 2B según la clasificación de Priscilla White en cuatro pacientes (6%), seguido de cuatro pacientes (4.8%) con hipotiroidismo, dos pacientes con hipertensión arterial crónica (3%) y solo un caso de otras patologías como endometriosis, epilepsia, VIH, y una paciente con antecedente de espina bífida.

Tabla 3. Patologías en el embarazo	
Patología	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo2B	6% (n=4)
Hipotiroidismo	4.8% (n=4)
Hipertensión Arterial	3% (n=2)
Otras: endometriosis	1.6%
Epilepsia	1.6%
VIH	1.6%
Espina bífida	1.6%

Fuente:Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

Respecto a los resultados perinatales de las pacientes con antecedente pérdida gestacional recurrente 42 pacientes (67%) tiene un hijo vivo, y 21 (33%) aún no logran con éxito un embarazo a término.

En el Grafico 2, podemos observar la vía de resolución del embarazo la cesárea en 32 pacientes (51.6%), posteriormente 18 pacientes culminaron en aborto (29%) y 12 pacientes con parto eutócico (19.4%)



Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

En la Tabla 4, podemos ver que la principal indicación de interrupción del embarazo fue electiva en 13 pacientes, en cinco pacientes por cérvix desfavorable, tres pacientes por falta de progresión del trabajo de parto, tres por probable macrosomía fetal, tres por trazo no reactivo, dos pacientes por embarazo gemelar, y en un caso por placenta previa, VIH y meconio.

Tabla 4 Causa interrupción abdominal	
Causas de Cesárea	No. de casos
Electivas	13
Cérvix desfavorable	5
Falta de progresión de trabajo de parto	3
probable macrosomía fetal	3
Trazo no reactivo	3
Gemelar	2
Desprendimiento de placenta	1
RPBF (Meconio)	1
VIH	1

Fuente: Expedientes clínicos antecedente de pérdida gestacional recurrente

En la Tabla 5 podemos observar los resultados perinatales, con edad gestacional promedio de 37 semanas de gestación $\pm$ 3.1 DE (26-41) el género que predominó fue el femenino con 25 recién nacidos (54.3%), recordando que hay dos casos de embarazo gemelares, 21 recién nacidos fueron de sexo masculino (45.7%). Con respecto a la talla en promedio fue de 48cm $\pm$ 2DE (46 cm - 53 cm), así como al nacimiento con peso normal, promedio de 2920 con (600grs - 3910 grs)

Tabla 5 Resultados perinatales		
Sexo	Femenino	54.3%(n=25)
	Masculino	45.7% (n=21)
Peso	2,920	Mínimo: 600 grs
		Máximo: 3,910 grs
Talla	48cm $\pm$ 2DE	
Edad gestacional al nacimiento	37 sdg $\pm$ 3.1 DE	Mínimo: 26sdg
		Máximo: 41 sdg

Fuente: Expedientes clínicos pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente

Las complicaciones del embarazo se observan en la Tabla 6 donde 13 pacientes (20.6%) presentaron complicaciones, por orden de frecuencia: las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo con cinco casos (8%), de los cuales dos clasificaron como preeclampsia con datos de severidad (3.2%), y tres (4.8%) como hipertensión gestacional, una paciente (1.6%) presento diabetes gestacional A1 por la clasificación de Frenkel, una paciente con desprendimiento prematuro de placenta (1.6%)

Tabla 6 Complicaciones del embarazo	
Patología	No. Casos
Diabetes Gestacional A1	3.2% (n=1)
Preeclampsia con datos de severidad	3.2% (n=2)
Hipertensión gestacional	4.8% (n=3)
DPPNI	1.6% (n=1)

Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

En la tabla 7 se muestran los antecedentes de los eventos obstétricos con una mediana de cuatro gestas, con mínimo de dos abortos, máximo de cinco abortos.

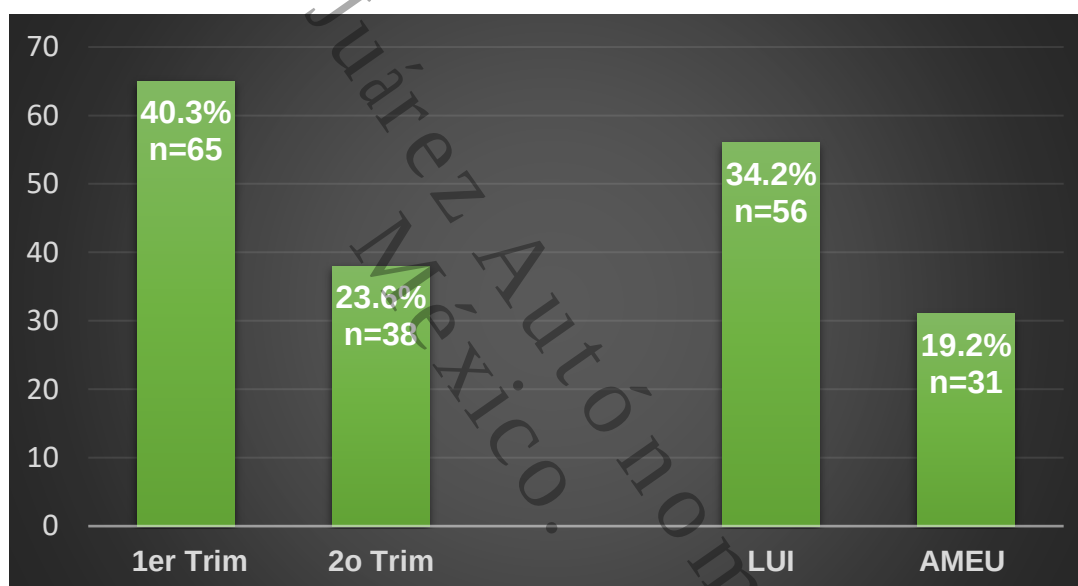
Tabla 7 Numero de eventos obstétricos			
Evento	Mediana	Mínimo	Máximo
Gestas	4	2	8
Partos	1	1	4
Abortos	2	2	5
Cesáreas	1	1	3

Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

En el Grafico 3 podemos ver la relación documentado en los expedientes clínicos en relación a los abortos previos se encontró que 65 casos (40.3%) tuvieron un aborto del primer trimestre y 38 pacientes (23.6%) del segundo trimestre.

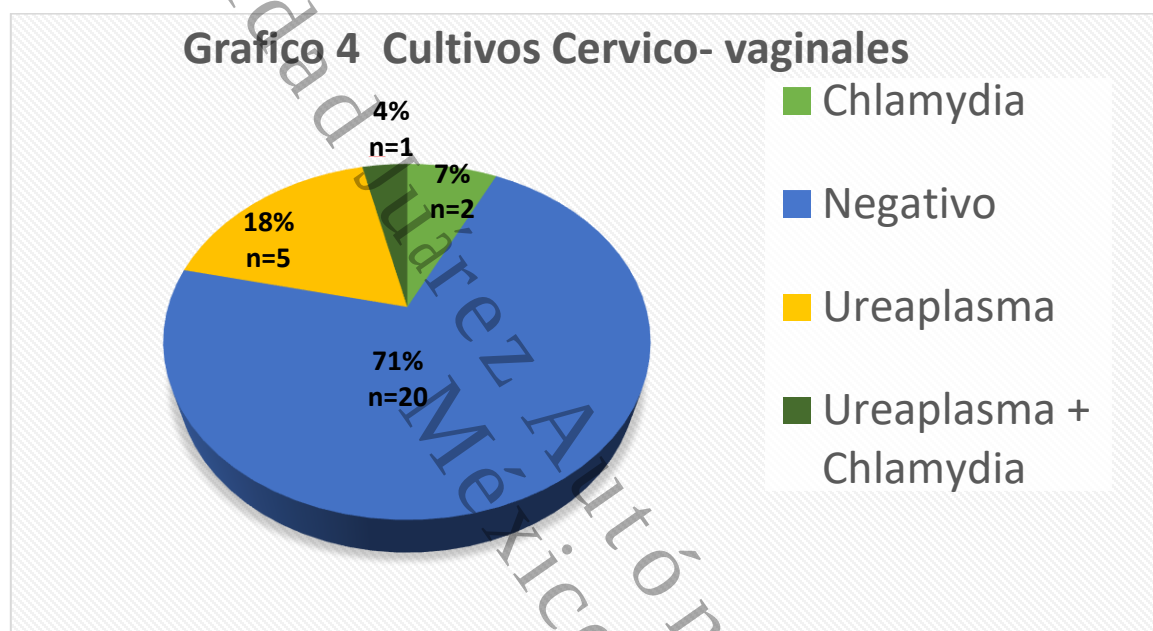
De las cuales se realizaron 56 legrados uterinos instrumentados (34.2%) y 31 AMEU (19.2%).

Grafico 3: Abortos previos documentados por trimestre y tratamiento



Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

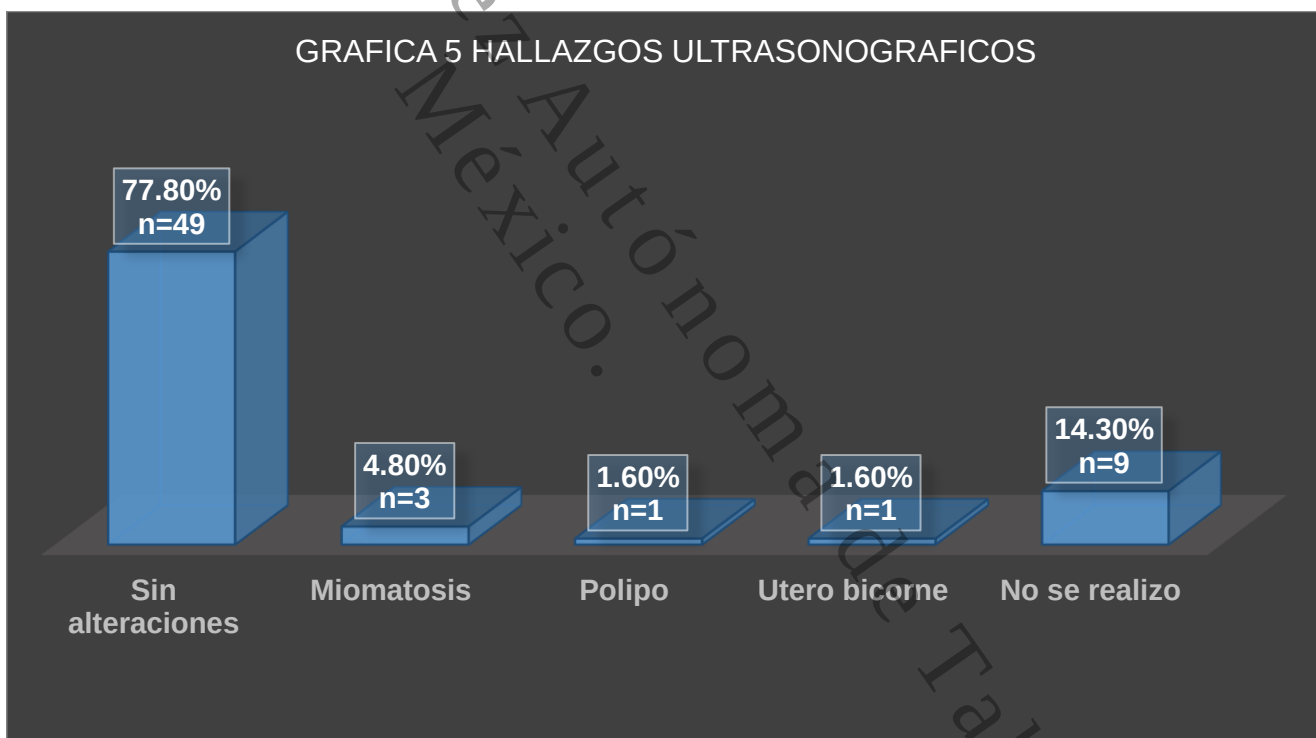
Dentro de los hallazgos de las 63 pacientes 41 pacientes (44%) de las pacientes cuenta con cultivos en búsqueda de algún agente infeccioso, los cuales 20 pacientes (71%) con cultivos negativos, cinco (18%) se encuentran positivos para Ureaplasma, dos pacientes con cultivos positivos para Chlamydia (7%) y una paciente (4%) positivo para Chlamydia y Ureaplasma. (Ver Gráfico 4)



Fuente: Expedientes clínicos pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente

De los reportes de ultrasonidos se observó que las alteraciones que se presentaron con mayor frecuencia son las uterino-anatómicas; ya que en tres pacientes se identificó miomatosis uterina (4.8%) un caso con un defecto mülleriano (útero bicornue), así como una paciente con diagnóstico de pólipo endometrial y el resto de las pacientes (77.8%[n=49]) sin alteraciones uterinas ultrasonográficamente.

De las 63 pacientes nueve (14.3%) no cuentan con ultrasonido pélvico, sin embargo, en las alteraciones anatómicas se incluyeron las pacientes con alteraciones cervicales por lo que 23 pacientes (36.5%) se incluyen al factor uterino- anatómico.



Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

En 22 casos (34%), se encuentra el antecedente de una cirugía o tratamiento cervical por NIC II (cono) y 20 pacientes con cerclaje cervical (18 tipo Espinoza Flores Modificado y dos tipos Mc Donald), en un caso el cerclaje fue fallido el cual culminó en aborto por ruptura de membranas y uno de los casos el cerclaje se realizó en medio privado. Ver Grafico 6

Grafica 6: Factor Uterino- anatómico



Fuente: Expedientes clínicos con antecedente de pérdida gestacional recurrente

Discusión

En los resultados obtenidos que incluyeron un total de 63 pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente; el objetivo de este trabajo es describir las características de los resultados perinatales y obstétricos de las pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente, así como las características obstétricas de los embarazos previos.

Existe controversia sobre el número de abortos mínimo para iniciar el estudio de la pérdida gestacional recurrente, el punto de cohorte fue de dos como refiere la GPC México en 2009¹, la mediana de los abortos son dos con un máximo de cinco abortos, Romero Gaudix et al⁸. reporta que el 81.4% de las pacientes presentan dos abortos previos a un embarazo a término, posteriormente tienen una gesta nueva con 67.6% llegando a término, lo que en nuestro estudio concuerda, ya que el 67% de nuestras pacientes logro una gesta a término y con un hijo vivo sano, con una edad gestacional de 37semanas de gestación $\pm$ 3.1 DE, que corresponde a término temprano.

El Royal College (2011)⁴, menciona que se debe hacer uso del AMEU en el aborto del primer trimestre; reafirmando ello la GPC México¹ al sugerir el tratamiento médico; ya que al realizarse procedimientos invasivos se incrementa el riesgo de alteraciones en la inserción placentaria. El 40.3% de las pacientes cursaron con abortos previos del primer trimestre y el 23.6% de segundo trimestre, que es lo esperado por lo reportado, sin embargo se documentó que el 34.2% se realizó LUI, independiente de las semanas del embarazo.

En cuanto a la distribución de la edad no coincide con lo documentado, ya que se cree que la pérdida gestacional recurrente se encuentra asociada en función a la reserva ovárica, sin embargo nuestra media es de 28 años, encontrándose el 68% de los casos entre 20 y 30 años de edad y el 26% entre los 31 a los 39 años, con solo un 3.1% de los casos para las pacientes mayores de 40 años; de acuerdo con Mateo, Sáñez y col¹⁰. en 2016 en México se reporta que en mujeres menores de 35 años el riesgo es de 9 a 12%, mientras que en mayores de 40 se alcanza hasta el 50%.

En relación a la somatometría se encontraron los siguientes hallazgos peso normal con una media de 2920 grs (mínimo de 600grs y máximo de 3910grs), únicamente con una muerte perinatal (producto con prematuridad extrema, el cerclaje fallido y el producto con menor peso) y con producto óbito que ingreso ya con ese diagnóstico; con una talla en promedio de 48cm +/- 2DE; y el APGAR a los 5 minutos en calificación de 9; dentro de ellos el genero que predomino fue el sexo femenino en 54.3%, de esta forma podemos observar que el 67% de las pacientes egresan con un recién nacido vivo sano

De las 63 pacientes como menciona la GPC México 2006¹ todas deben contar con un ultrasonido pélvico, en nuestro estudio únicamente el 14.3% de las pacientes no contaba con ultrasonido documentado en el expediente, y de estas se pudieron identificar alguna alteraciones en relación con la pérdida gestacional recurrente

como el caso de una paciente con útero bicornue que de acuerdo con Romero Guadix en 2012 en España⁸, las anomalías mullerianas de origen congénito, seguido de miomatosis y la insuficiencia cervical son las que más se asocian a la pérdida gestacional recurrente, sin embargo en nuestro estudio encontramos que el 34% de las pacientes presentan una cirugía cervical, las cuales incluyen 20 pacientes con cerclaje cervical y 2 pacientes con realización de cono por antecedente de NIC II, lo cual es más frecuente en nuestra institución ya que contamos con una clínica de displasias, así como la clínica de diabetes donde se identifican las pacientes con incompetencia ístmico cervical y se realiza el tratamiento oportuno.

M.J. Matjila et al. en Sudáfrica en 2017¹³ reporta en su estudio que el 73% de las pacientes se encuentran en sobrepeso y obesidad, de ellas el 42% se encuentra en los tres tipos de obesidad, lo cual correlaciona con nuestro estudio, ya que el 92.1% se encuentra fuera de su peso normal, siendo el 61.9% de las pacientes con Obesidad que duplica el número de casos de sobrepeso, lo cual es alarmante ya que incrementa todos los riesgos tanto cardiovasculares como para enfermedades crónico degenerativas que complican el curso del embarazo¹³.

Un énfasis de interés, es la vía de resolución del evento obstétrico, en la literatura no se describe la vía de interrupción, sin embargo; en nuestra unidad encontramos que el 51.6% se resolvió por vía abdominal, siendo la indicación en el 40% de los casos la vía electiva. En gran parte debido a que las pacientes en su mayoría ingresan con embarazo a término, por ello se desconoce la posible etiología de la pérdida gestacional recurrente y se prefiere la interrupción por vía abdominal ante el temor de alguna complicación intraparto.

Conclusiones

Las pacientes con pérdida gestacional recurrente presentan dos pérdidas previas al evento actual, en su mayoría la pérdida había ocurrido durante el primer trimestre del embarazo y se resolvió con legrado uterino instrumentado, con un promedio de edad de 28 años, la mayoría de ellas con sobrepeso y obesidad, dentro de los antecedentes personales patológicos de importancia se observó la diabetes mellitus y el hipotiroidismo, la interrupción del embarazo en su mayoría fue cesárea de causa electiva, la principal complicación fueron las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo.

Los resultados perinatales con predominio del género femenino, con edad gestacional a término y con somatometría dentro de parámetros normales.

Seis de cada diez pacientes que ingresan al hospital con antecedente de pérdida gestacional recurrente logran un embarazo a término con mínimas complicaciones.

Recomendaciones

- Se recomienda a los médicos explicar a la pareja la importancia del estudio genético, así como la importancia de el tejido previo del embarazo, para discutir el pronóstico y otras opciones de diagnóstico y tratamiento
- Se deberá orientar sobre el diagnóstico de la paciente con pérdida gestacional recurrente en el primer nivel de atención para poder realizar un diagnóstico oportuno, así como un tratamiento oportuno de las alteraciones, la resolución y lograr un embarazo a término con un hijo vivo sano.
- El control prenatal se debe realizar en tercer nivel en manejo conjunto el servicio de Ginecología y Obstetricia, Biología de la reproducción, Genética, Medicina Materno Fetal, Nutrición, Psicología.

Referencias Bibliográficas

¹ Diagnostico y Tratamiento del Aborto Espontaneo y manejo inicial de Aborto Recurrente, México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

² Alijotas-Reig J, Garrido- Gimenez C, Current concepts and new trends in the diagnosis and management of recurrent miscarriage. Obstetrical and gynecological survey, volumen 68, number 6,445:466 doi:10.1097/OGX.0b013e31828aca19.

³ Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012;98(5):1103–1111.

⁴ RCOG Green-top Guideline No. 17. The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, April 2011. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/investigation-and-treatmentcouples-recurrent-miscarriage-green-top->.

⁵ El-Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet P, Recurrent pregnancy loss: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2017;9 <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S100817>

⁶ Merviel P., Lanta S., Allier G., Gagneur O., Najas S., Nasreddine A., Campy H., Verhoest P., Naepels P., Gondry J., Boulanger J.- C. Aborto recurrente espontáneo. EMC (Elsevier SAS, Paris), Ginecología-Obstetricia, 770-A-20, 2005.

⁷ SacconeG, Schoen C, Franasiak J, Scott R, Berghella V, Original article:early pregnancy. Supplementation with progestogens in the first trimester of pregnancy to prevent miscarriage in women with unexplained recurrent miscarriage; a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Fertility and Sterility*, October 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.031>

⁸ Romero-Gaudix B, Martínez-Navarro L, González-Paredes A, Fontes-Jimenez J. Epidemiología del aborto de repetición. *Prog Obstet Ginecol*. 2012;55(7):312—320 doi:10.1016/j.pog.2011.07.009

-
- ⁹ Lepage J, Luton D, Azria E. Abortos espontáneos iterativos. EMC - Tratado de medicina 2015;19(3):1-8 [Artículo E – 3-1320].
- ¹⁰ Mateo-Sánchez HA, Mateo-Sánchez E, Hernández-Arroyo L, Rivera-Ramírez P, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal V, Mateo-Madrigal D. Pérdida recurrente del embarazo: revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex. 2016 agosto;84(8):523-534. Disponible en: www.ginecologiayobstetricia.org.mx.
- ¹¹ Carpentier Paul, Stanford J, Boyle. Progesterone in women with recurrent miscarriages, The New England Journal of medicine, March3, 2016 DOI: 10.1056/NEJMc1600491
- ¹² Pils S,Stepien N, Kurz C, Nouri K, Promberger R, Ott J. Anti- Mullerian hormone is linked to the type of early pregnancy loss in idiopathic recurrent miscarriage: a retrospective cohort study. Reproductive Biology and Endocrinology (2017) 15:60 DOI 10.1186/s12958-017-0278-x
- ¹³ Matjila MJ, Hoffman A, M van der Spuy Z. Medical conditions associated with recurrent miscarriage- Is BMI the tip of the iceberg?. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 214 (2017) 91–96
- ¹⁴ Van den Berg MJ, Vissenberg Rosa, Goddijn Mariette. Recurrent Miscarriage Clinics. Obstet Gynecol Clin N Am 41 (2014) 145–155 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2013.10.010>
- ¹⁵ Medrano-Uribe F, Enrique-Pérez M, Reyes- Muñoz E. Prevalencia de las alteraciones anatómicas uterinas en mujeres mexicanas con pérdida gestacional recurrente. Gaceta Medica Mex 2016;152:163-6 Disponible en: Pub Med www.anmm.org.mx
- ¹⁶ RCOG The Management of early pregnancy loss. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Green top Guideline No.25 October 2006. Disponible en: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/green_top_25_management_epl.pdf
- ¹⁷ Kaandorp S.P, Van-Mens TE, Middeldorp S, Hutten BA, Hof MH, Van-der Post, et al. Time to conception and time to live birth in women with unexplained recurrent miscarriage. Human Reproduction, Vol.29,No. 6 pp1152-2014. doi:10.1093/humrep/deu052

-
- ¹⁸ Speroff L, Fritz MA. Pérdida gestacional recurrente. Ginecología Clínica, Endocrinología, Infertilidad y esterilidad 7a ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, ch 28 P1069–103, 2005.
- ¹⁹ Manzury A. Aborto recurrente. Revista Medica Condes 2010;21(3)416-423 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70553-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70553-8)
- ²⁰ Shahine Lora, Lathi R. Recurrent Pregnancy Loss. Evaluation and Treatment Obstetrics Gynecology Clinics, March 2015 Vol.42, Issue 1, Pages 117-134. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.10.002>
- ²¹ Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. Lancet 2006; 368:601-11. Disponible en www.thelancet.com
- ²² Gomez-Meraz YO, Chaya Hajj M, Hugues García MG, Torres-España JC. Embarazo en pacientes con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje profiláctico. Anales Medicos. Vol. 60 Num.2 Jun 2015.p151-155. <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>
- ²³ Haas DM, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003511... DOI: 10.1002/14651858.CD003511.pub3.
- ²⁴ Tur-Torres M, Garrido-Gimenez C, Alijotas-Reig J, Genetics of recurrent miscarriage and fetal loss, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology (2017), doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.03.007
- ²⁵ Chetty M, Colin Duncan W. Investigation and management of recurrent miscarriage. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine*, vol.25, February 2015, 31:36 Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.11.004>
- ²⁶ Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Hum Reprod* 2015;30:495.
- ²⁷ López-Navarrete JA, Chávez- Olivares A, Ríos-Monzón S, Ramos-Salazar P, Cubillo J. Determinación de células *natural killer* (NK CD56+CD16+) mediante anticuerpos monoclonales en el endometrio de pacientes con aborto recurrente de origen desconocido. *Reproducción (México)* 2013;6:3-8.

²⁸ Germain A, Fabres-V Cecilia, Huidobro C, Fernández E, Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. Revista Médica Clínica Condes-2014; 25(6) 898-907

²⁹ Helen Williams, Laura Jones, Arri Coomarasamy. A systematic review and qualitative synthesis of the lived experience of miscarriage. PROSPERO 2016:CRD42016041991 Disponible en: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO_REBRANDING/display_record.asp?ID=CRD42016041991

³⁰ Gabriele Saccone, Vincenzo Berghella. Does progesterone supplementation in first trimester of pregnancy prevent miscarriage in women with unexplained recurrent miscarriage?. PROSPERO 2016:CRD42016033721 Disponible en: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO_REBRANDING/display_record.asp?ID=CRD42016033721