

Documento de consenso Abortos de repetición

Redactado por:

Miguel Álvaro Navidad. Médico Adjunto (FJD)
Ester Arang. Médico Adjunto (FJD)
Montserrat González Rodríguez. Jefe Médico Asociado (HUIE)
Elena Artime. Médico Adjunto(HUIE)
Rosa María Nogales Esconiza. Jefe Médico Asociado(HURJC)
Ricardo Savirón Cornudella. Jefe Médico Asociado (HGV)

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

INDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE	3
2.	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA	3
3.	DEFINICIONES.....	3
4.	DESARROLLO	4
5.	REGISTROS Y ANEXOS.....	7

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

1. OBJETO Y ALCANCE

Definir el concepto de ABORTO DE REPETICION /ABORTADORA HABITUAL y establecer el protocolo de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las pacientes que presentan esta patología.

Este protocolo va dirigido a Ginecólogos, Obstetras, Hematólogos y Genetistas

2. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005; 14001:2004 y 50001:2011.
- Yadava B. Jeve, Williams Davies. Evidence-based management of recurrent miscarriages. Human Reproduction. Octubre 2014.
- The investigation and treatment of couples with recurrent first- trimester and second- trimester miscarriage. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. April 2011.
- Fábregues Gasol F, Peñarrubia Alonso J. Estudio y tratamiento de las pérdidas gestacionales recurrentes. Guía práctica clínica S.E.F.
- PROAGO (Programa Oficial de Actualización Profesional para Ginecólogos y Obstetras). Formación virtual Panamericana.
- Lund M, Kamper-Jorgensen M, Nielsen HS and cols. (2012). Prognosis for live birth in women with recurrent miscarriage: what is the best measure of success? Obstet Gynecol 2012.
- Documentos de consenso S.E.G.O. Grupo aborto de repetición.
- Barbara Romero Guadix; Luis Martinez Navarro. Epidemiología del aborto de repetición. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Julio 2011.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: A committee opinion. Fertil Steril 2012.
- P, Goswami SK et al. Recurrent pregnancy loss in polycystic ovary syndrome:Role of hyperhomocysteinemia and insulin resistance. PLoS One 2013.

3. DEFINICIONES

ABORTO: Interrupción espontánea del embarazo antes de que el feto sea viable (PFE: 500 gramos, 20-22 SA). Destacar que se define embarazo como “embarazo clínico documentado por ecografía o por examen AP”. (Evidencia grado IV.)

ABORTO RECURRENTE (AR): presencia de al menos dos abortos consecutivos o más de dos alternos. Excluyendo: IVEs, Abortos bioquímicos, Embarazo ectópico, Mola, Partos prematuros.

EN ESTE PROTOCOLO VAMOS A REFERIRNOS A LOS ABORTO PRECOCES DE 1T MENORES DE 10 SG. Los abortos de más de 10 semanas se tratarán en otro protocolo dado que la actuación es diferente.

Aunque la literatura define aborto de repetición como la presencia de 3 abortos consecutivos, se ha decidido por consenso iniciar el estudio a partir de **2 abortos consecutivos o más de 2 alternos** por las siguientes razones:

- 1.- La posibilidad de un nuevo aborto en las parejas con dos abortos previos es mucho mayor que la esperada por la simple casualidad (25%).
- 2.- El valor predictivo más importante de aborto es la existencia de abortos previos.
- 3.- Retrasar el estudio de aborto de repetición hasta un tercer aborto no aumenta la posibilidad de detectar una causa.

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

y con ello disminuir el grado de ansiedad de las parejas que ven frustrados sus deseos de ser padres.

4. DESARROLLO

La paciente diagnosticada aborto de repetición será remitida tras el tratamiento del segundo aborto (tercero si no consecutivo), ya sea médico o quirúrgico a consultas externas de ginecología donde se seguirá el siguiente esquema de actuación:

1.- **anamnesis dirigida:** se debe interrogar sobre antecedentes personales y familiares e incidir en los obstétrico-ginecológicos detallando el momento del aborto en semanas de gestación por CRL, la presencia de ecografía previas, si se había documentado o no presencia de latido, si se ha realizado estudio genético a restos abortivos por algún motivo...

Individualizar en función de la edad de la paciente y grado de ansiedad.

2.-**exploración física** general: peso, talla, IMC, presencia de acné, hirsutismo... y genital

La modificación del estilo de vida evitando alcohol, tabaco, obesidad y estrés deben aconsejarse para mejorar el pronóstico reproductivo. **(Evidencia grado III.)**

3.- **ecografía transvaginal:** para descartar anomalías uterinas congénitas (útero septo, subsepto, bicorne, unicorne) o adquiridas (pólipos, sinequias, miomas).

A toda mujer con abortos recurrentes se le debe realizar una ecografía TV para valorar la anatomía uterina **(Evidencia grado V)**. En caso de sospechar anomalías uterinas, se deben confirmar con ecografía 3D, RM, histeroscopia o laparoscopia. **(Evidencia grado II.)**

No existe evidencia suficiente de que la resección del septo uterino en pacientes con aborto de repetición disminuye el riesgo de aborto. **(Evidencia grado II)**. Sin embargo, las recomendaciones de los diferentes grupos de expertos lo aconsejan. **(Evidencia grado V.)**

4.- **analítica**

* **TSH:** En mujeres con historia previa de AR es aconsejable valorar la TSH antes de un nuevo embarazo y tratar con dosis bajas de T4 si el valor de TSH es $>2,5$ mUI/l. **(Evidencia grado II.)**

* **Completar serología** si la paciente no tiene analítica de 1º trimestre.

Múltiples agentes infecciosos se han asociado a aborto esporádico, pero prácticamente ninguno de ellos ha demostrado un papel etiológico en el AR. Ni la Listeria, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma ni la vaginosis bacteriana se relacionan con el AR. Sólo realizaremos cultivos vaginales o endocervicales cuando la paciente presente clínica que nos haga sospechar (leucorrea, dispareunia...)

No hay datos sólidos en la actualidad que justifiquen la realización de cultivos endometriales ni tratamientos antibióticos empíricos en pacientes con abortos de repetición. **(Evidencia grado IV.)**

5.- cariotipo de ambos miembros de la pareja

La principal causa del aborto de repetición es la genética. **(Evidencia grado I)**.

- Alrededor del **5% de los progenitores presentan alguna alteración cromosómica** (translocaciones equilibradas, inversiones, etc).
- Cuando uno o los dos miembros de la pareja son portadores de una alteración del cariotipo se debe proporcionar consejo genético (DGP, donación de gametos, de embriones o adopción).

Es importante debe informar de que el diagnóstico Genético Preimplantacional en pacientes con abortos de repetición de causa desconocida, no mejora la tasa de recién nacido vivo. **(Evidencia grado II)**

No solicitaremos cariotipo de los restos abortivos: la mayoría de las cromosopatías causantes de aborto se originan de novo por errores meióticos o mitóticos y aumentan conforme lo hace la edad materna.

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

6.- SAF: Causa de aborto recurrente demostrada

A. Criterios Clínicos:

- **Trombosis vascular:** uno o más episodios de trombosis arterial, venosa o capilar en cualquier tejido u órgano.
- **Complicaciones en gestaciones previas:**
 - 3 pérdidas gestacionales precoces.
 - Una o más abortos de fetos > 10 SA.
 - Uno o más Parto Prematuro > 34 semanas por preeclampsia grave o insuficiencia placentaria.

B. Criterios analíticos: AL, ACA IgG o IgM y B2 glicoproteína IgG e IgM. Se deben mantener positivos en 2 determinaciones separadas al menos 12 semanas. **(Evidencia grado I).**

Al menos un **CRITERIO CLÍNICO** y un **CRITERIO ANALÍTICO**. **(Evidencia grado I.)**

Se solicitará analítica con AL, ACA y B2 glicoproteínas sólo a pacientes que cumplan criterio clínico, ya que sólo en esos casos, en caso de estar alterada, se indicaría tratamiento.

Las pacientes con SAF deben recibir tratamiento combinado durante la gestación con AAS a baja dosis y HBPM. **(Evidencia grado I.)**

7.- estudio de trombofilias (Factor V Leyden y mutación G20210a de PT)

- Punto controvertido en el que no todos los estudios están de acuerdo.
- Estaría **indicado en los abortos de 2º trimestre o si antecedentes familiares de trombofilia.**

El estudio de trombofilias no debe solicitarse de rutina en pacientes con AR. **(Evidencia grado I.)**

La mutación del gen MTHFR no se incluye de rutina en el protocolo de AR. **(Evidencia grado II.)**

Se debe realizar screening de trombofilias hereditarias incluyendo Factor V de Leiden y Mutación del gen G20210A de la Protrombina en pacientes con AR de 2º trimestre. **(Evidencia grado IV.)**

Existe escasa evidencia científica que evalúe el efecto de la heparina en la gestación para prevenir abortos en pacientes con AR de 1º trimestre y trombofilias hereditarias. **(Evidencia grado III.)**

Hay pues suficiente evidencia científica para NO hacer estudio de trombofilias en estas pacientes

Las pacientes se remitirán a la consulta de genética en 8 semanas para resultado de cariotipo y a la consulta de Ginecología del Dr Rodríguez Candia en 10 semanas, para los resultados totales con el fin de centralizarlas y realizar un seguimiento de las pacientes tras la implantación del protocolo.

En resumen:

PRINCIPIOS GENERALES DEL PROTOCOLO:

- **Abortadora de repetición** y por tanto candidata a estudio: paciente con al menos dos abortos consecutivos o más de dos alternos.
- Abortos de gestaciones clínicas documentadas mediante ecografía o por examen de anatomía patológica.
- No se considerarán abortos los IVEs, los abortos bioquímicos, el embarazo ectópico, la mola hidatídica ni los partos prematuros.
- No se estudiarán causas no demostradas con suficiente evidencia científica de aborto recurrente
- Las medidas terapéuticas no se iniciarán hasta que no se haya concluido el estudio.
- No se instaurará ninguna medida terapéutica empírica o de eficacia no bien establecida.
- Deben instaurarse medidas anticonceptivas mientras dure el estudio.
- **Se informará a la paciente que en un 50% de las parejas no se encuentra causa de aborto de repetición, una vez finalizado el estudio.** No todas las causas de aborto esporádico son causa de abortos recurrentes.

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

CONDUCTA POSTCONCEPCIÓN

- ✓ Se realizará un control clínico y ecográfico precoz y frecuente (cada 2 semanas) hasta pasadas al menos dos semanas desde la época del aborto previo más avanzado.
- ✓ La pareja recibirá apoyo psicológico y profilaxis del estrés.
- ✓ En todos los casos se iniciará ácido fólico desde el periodo preconcepcional.
- ✓ Se indicará tratamiento si es que existe causa del aborto de repetición que sea susceptible al tratamiento.
- ✓ No se instaurará ninguna medida terapéutica empírica o de eficacia no bien establecida.
- ✓ En caso de aborto en paciente con abortos de repetición se valorará realizar cariotipo de los restos abortivos.

Las medidas de apoyo en pacientes con abortos de repetición de causa desconocida permiten mejorar su pronóstico reproductivo. (**Evidencia grado II**).

Actuando de acuerdo con estos principios terapéuticos generales y los expuestos específicamente para cada causa potencialmente tratable, las expectativas de conseguir un hijo vivo en la mujer con aborto de repetición superan el 75%.

ABORTOS DE REPETICIÓN

CÓDIGO

Versión 1

5. REGISTROS Y ANEXOS