



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

III JORNADAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA para atención primaria a través de casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

ABORTOS DE REPETICIÓN

Montserrat González
Olga de Felipe

ABORTOS DE REPETICION:

Mujer 36 años G2A2. Dos abortos espontáneos en la 6 y 7 semana de gestación tratados con prostaglandinas. Estudio de trombofilia negativo, le han dicho que era portadora de una alteración del gen de la MTHFR pero que no tenía importancia.

Consulta por test de embarazo positivo y 5 semanas de amenorrea.

Actitud:

- A.- pautar ADIRO 100 cada 24 horas y remitir precoz a consulta de obstetricia
- B.- pautar PROGESTERONA 200 cada 24 horas y remitir precoz a la consulta de obstetricia
- C.- remitir a urgencias
- D.- remitir precoz a consulta de obstetricia
- E.- solicitar cita de primer trimestre con 12 semanas

VERDADERA: D

Definición

Se considera que una mujer tiene abortos de repetición cuando a sufrido **tres o más** abortos consecutivos antes de la 20 semana de gestación con la misma pareja.

Sinónimo de **infertilidad**.

Fisiopatogenia multifactorial:

- Causas fetales: alteraciones genéticas o del desarrollo
- Causas materna: edad, patología uterina, trombofilias, SAF

50 % causa desconocida.

En la semana 16 de gestación la paciente consulta en urgencias por manchado vaginal indoloro y a la exploración se objetiva la presencia de la bolsa en vagina y se asiste a aborto espontáneo. Se recoge para su estudio anatomopatológico

Aborto tardío

¿Qué hacemos ahora?



Infertilidad

- Problema frustrante para la pareja y el médico
- Explicar a la paciente que los abortos pueden ser causados por numerosas causas, y que es posible que los estudios que se realizarán no consigan llegar a un diagnóstico concluyente. (50%)
- También se le debe advertir de que es posible que en un futuro embarazo se produzca una nueva interrupción por una causa diferente a las que hubieran podido concurrir en las gestaciones previas.

Definición

- 3 o más abortos
- Iniciar la evaluación de la pareja tras dos gestaciones clínicas interrumpidas espontáneamente.
- Esperar al tercer aborto no incrementa las posibilidades de detectar una causa

Anamnesis

- Características de las pérdidas gestacionales: semanas de gestación, tamaño embrionario, sangrado previo
- Antecedentes personales de trastornos articulares, cutáneos o de TA

- 2 abortos de 7 semanas

Tratamiento medico

Legrado

- Aborto tardío eco 1T normal, DV onda a ,
TN 1.2. Riego bajo de aneuploidías. IPM
uterinas normal. AP: no corio

Pruebas complementarias

- Analítica de sangre: hemograma, función renal y hepática, coombs indirecto, TSH. Estudio de trombofilia (anticoagulante lúpico, proteína S, proteína C, mutación del gen de la protrombina y FVL) nivel de homocisteína
- Cariotipos
- Serología
- Cultivos de exudado vaginal y endocervical
- Ecografía ginecológica
- Histeroscopia diagnóstica

3 meses

Trombofilia

Aborto de repetición + SAF: AAS a dosis baja sólo o con HBPM
(dosis profilácticas)

Aborto de repetición + trombofilia hereditaria: HBPM

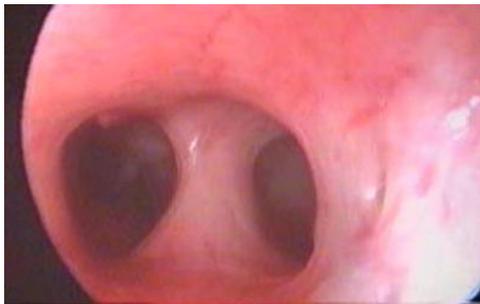
Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists.
The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. Green-top Guideline No. 17. April 2011.

Bouvier S, Cochery-Nouvellon E, Lavigne-Lissalde G, Mercier E, Fabbro-Peray P, Balducchi JP, et al. Comparative incidence of pregnancy outcomes in thrombophilia positive women from the NOH-APS observational study. Blood. 2014;123:414-21.

Connors JM. Preventing pregnancy loss. Blood. 2014;123:308-10.

Histeroscopia

- Morfología uterina: septos, pólipos, miomas
- Presencia de sinequias
- Signos de insuficiencia cervical (entrada fácil en la cavidad y ausencia de retracción del orificio cervical interno al retirar el histeroscopio).



Tratamiento

Analítica normal. TSH 1.68

Exudados negativos

Cariotipos normales

Estudio de trombofilia negativa

Histeroscopia: insuficiencia cervical

Cerclaje programado 13-14 semanas

Y si no encontramos causa....

Conducta postconcepción

- Control clínico y ecográfico precoz y frecuente, apoyo psicológico, reposo físico relativo y profilaxis de estrés hasta pasadas al menos 2 semanas desde la época del aborto previo más avanzado.
- **AAS:** parece disminuir la tasa de abortos en pacientes con trombofilia. Su uso indiscriminado en abortos de causa desconocida no se justifica.
- **Progesterona**

Progesterona

600 mg al día desde el inicio hasta dos semanas después del aborto más tardío

En **abortos recurrentes de causa desconocida** se **considera adecuado** dar un suplemento de progesterona, ya que se ha mostrado que es útil, **no existe un tratamiento mejor** y no se asocia a efectos adversos.

Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 31;10:CD003511. doi: 10.1002/14651858.CD003511.pub3.

Progestogen for preventing miscarriage.

Haas DM1, Ramsey PS.

Progesterona

Por el contrario:

No existe evidencia de efectividad del uso de PG vaginal comparado con placebo para reducir el riesgo de aborto en pacientes sintomáticas (**amenaza de aborto**)

Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD005943. doi: 10.1002/14651858.CD005943.pub3.

Progestogen for treating threatened miscarriage.

Wahabi HA1, Abed Althagafi NF, Elawad M, Al Zeidan RA

GRACIAS POR SU ATENCIÓN



Para cualquier duda:

Tfno: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473, 2229

Email: ginecología.hie@idcsalud.es