

***Pérdida Recurrente
del Embarazo.
Consideraciones.***

***Prof. Raimundo Capote Arce
Hospital GO “Ramón González Coro”***

Concepto

Pérdida espontánea de dos o más embarazos de forma consecutiva.

Puede ser:

- ***Si pérdidas < sem 24: **aborto habitual.*****
- ***Precoz, hasta 12,6 sem y***
- *****Tardío** de 13 a 23,6 sem***
- *****Primaria** o **secundaria.*****

Características Generales

- *Afecta hasta un 2% de las parejas en edad fértil.*
- *Existen **múltiples factores** de riesgo relacionados con la entidad, **no siempre bien argumentados**.*
- *Causa gran afectación emocional a pacientes y familiares.*
- *No siempre los tratamientos impuestos responden a criterios basados en la evidencia.*
- *Hasta en 50 % de las parejas afectas no logra identificarse un factor causal.*
- *En las pacientes **sin factor de riesgo identificado** pueden lograrse embarazos viables hasta en el 40 % de ellos.*

Etiología

Entidad con múltiples factores etiológicos invocados, con tres evidentemente reconocidos:

factores genéticos, anatómicos e inmunológicos.

Otros muchos en discusión e investigación:

factores infecciosos, endocrinos, metabólicos, psicosociales, ambientales, de implantación (SMAC), etc.

*Y en la que en el 50% de los casos **no se identifica la causa.***

Factores Etiológicos o de Riesgo

- ***Factores Etiológicos Mayores***
Causas bien establecidas por estudios extensos y con estrategias terapéuticas generalmente bien aceptadas
- ***Factores Etiológicos Menores***
Factores que se han relacionado a la entidad, pero no aceptados por todos
- ***Etiología desconocida***

Pérdida Recurrente del Embarazo

¿ Mitos ?

¿ Realidades ?

Concepto

Mito

Para considerar una paciente portadora de esta entidad tiene que tener un antecedente de, al menos, tres pérdidas consecutivas de la gestación.

Realidad

Una paciente con dos pérdidas consecutivas se considera portadora de la entidad.

Cuando Estudiar

Mito

La paciente tiene que cumplir con el criterio diagnóstico completo para comenzar su estudio.

Realidad

Selección individualizada de la paciente para comenzar su estudio, teniendo en cuenta, entre otras:

- edad***
- características de las pérdidas.***
- fertilidad de la mujer.***

Etiología

Mito

Las alteraciones anatómicas no causan PRE precoces.

Realidad

Las alteraciones anatómicas del tipo de útero septo, adherencias, pólipos y miomas que interfieren con la implantación pueden ser causantes de PRE precoces.

Etiología

Mito

- *Las Infecciones son causa frecuente de PRE.*
- *La toxoplasmosis y las infecciones causadas por citomegalovirus causan PRE.*

Realidad

- *Posible factor etiológico solo en 0,5% de los casos; infrecuente en el 1er trimestre.*
- *Se investigan el Mycoplasma y la Chlamydia en las precoces y la vaginosis en las tardías.*
- *El Toxoplasma y el Citomegalovirus **no constituyen** factores etiológicos de **PRE**.*

Diagnóstico

Mito

- La incompetencia cervical (IC) se diagnostica mediante el paso sin resistencia de una bujía de Hegar No 9.
- La IC constituye un concepto de « **todo o nada** ».

Realidad

- Paso de bujía No 9: **indicativo** pero **no evidencia** de IC.
- La IC debe enfocarse como un **diagnóstico dinámico**, en que las características clínicas de las pérdidas, el EF y las pruebas evaluativas deben conjugarse para emitir un **juicio crítico individualizado**.

Tratamiento

Mito

- **El cerclaje no constituye una opción terapéutica.**
- **La progesterona no puede usarse durante el 1er. trimestre del embarazo.**

Realidad

- **El cerclaje es opción terapéutica en pacientes seleccionadas.**
- **Puede usarse en casos escogidos valorando riesgo-beneficio.**

Manejo

- *Explicar a la pareja las características de la entidad.*
- ***No crear falsas expectativas.***
- *Brindar apoyo psíquico.*
- *Identificar posibles factores relacionados y tratarlos.*
- *Proponer variantes terapéuticas individualizadas a parejas sin causa aparente identificada.*
- *Trabajo en equipo.*

Consideraciones Terapéuticas Actuales

Entre otras:

- **Genética: FIV y donación de óvulos; diagnóstico pre implantación.**
- **Corrección quirúrgica de los defectos anatómicos, en intervalo o durante la gestación.**
- **Progesterona en casos bien individualizados de pérdidas precoces y tardías.**
- **Tratamiento enérgico de la sepsis genital.**
- **Aspirina y heparina en pacientes identificadas como portadoras del síndrome antifosfolipídico.**

Causa Inmunitaria

Etiología

- ***Patologías Autoinmunitarias.***

Anticuerpos maternos dirigidos frente a los antígenos fetomaternos responsables de lesión de los tejidos fetoplacentarios (reacciona ante el feto como ante una enfermedad).

- ***Tolerancia Aloinmunitaria Alterada***

Fracaso en el desarrollo, por parte de la madre, de los mecanismos inmunitarios protectores que se establecen normalmente en el embarazo (rechaza las proteínas paternas presentes en el espermatozoide).

Factor Inmunológico Diagnóstico

□ ***Presencia de anticuerpos antifolipídicos
entre otros:***

- ***Anticoagulante Lúpico (AL)***
- ***Anticuerpos Anticardiolipina (aCL)***
- ***Anticuerpos Antinucleares (ANA)***

□ ***Síndrome Antifosfolipídico (SAP)***

Síndrome Antifosfolipídico (SAP)

Clínica

- ***Trombosis.***
- ***Aborto habitual.***
- ***Muerte fetal intermedia
o tardía inexplicable***
- ***Historia de Pre-eclampsia,
HRP o CIUR.***

Laboratorio

- ***IgG aCL (Mod. Altos)***
- ***IgM aCL (Mod. Altos)***
- ***Test de AL positivo***
- ***Trombocitopenia***

Causas Inmunológicas

Tratamiento

Autoinmunes

- Acido acetilsalicílico***
- Heparina***

Alloinmunes

- Inmunoglobulinas***
- uso del condón***
- inmunización con leucocitos paternos***

Causa Autoinmune

Tratamiento

- **Desde etapas tempranas del embarazo y hasta, al menos, las 35 sem:**
 - **Aspirina: 100mg o menos**
 - **Heparina simple o HBPM**

Resultados esperados:

Sin tto.: de 10 a 20 % de fetos viables en embarazos subsiguientes.

Aspirina solamente: 44% de fetos viables.

Aspirina + heparina: de 70 a 80% de fetos viables.

Causa Autoinmune

Tratamiento

□ *Complicaciones:*

- ***Frecuencia incrementada de gestaciones con trastornos hipertensivos, CIUR, gestorragias, parto pre-término (“Precio a pagar”).***
- ***No incremento de hemorragias **mayores** maternas, fetales o del neonato, abruptio, ni efectos teratogénicos.***

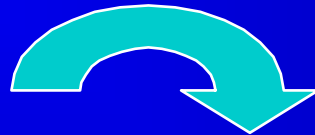
Etiología no determinada.

Investigaciones encaminadas a:

- ***estudio de los trastornos de la coagulación***
- ***metabolismo de la homocisteina***
- ***trastornos inmunológicos***
- ***estudio de las moléculas de adhesión y antiadhesión endometriales***
- ***factores psicosociales***
- ***microambiente de implantación***

Síndrome de Mala Adaptación Circulatoria Materna

Causas Hormonales



**Malformaciones
Uterinas**



Trastornos Inmunológicos



SMAC

***Implantación defectuosa
por soporte vascular
inadecuado***

(Funcional o estructural)

Etiología Desconocida

Manejo:

- ***Tto. preconcepcional con ac. fólico a la pareja.***
- ***Eliminación de hábitos tóxicos.***
- ***Hay quien plantea tratarlas como si fueran de causa inmunológica.***
- ***Relación médico paciente de confianza y apoyo.***
- ***Cuidado esmerado que brinde apoyo y seguridad a la paciente: consultas y USG frecuentes, apoyo psicológico, reposo psíquico y si necesario, físico.***

Pérdida Recurrente Consulta

- ***Frecuencia semanal***
- ***Funcionalmente multidisciplinaria:***
Participan ecografista, endoscopista, endocrinólogo, genetista, inmunólogo, psicólogo, trabajadora social y clínico.
Apoyo de Imagenología, Lab. clínico, de Microbiología y de Citogenética.
- ***Atención a pacientes de nuestra área y a casos seleccionados remitidos de todo el país.***

Pérdida Recurrente.

1ra. Consulta

- ***Recepción.***
- ***Confección de encuesta (HC).***
- ***Explicación de objetivos de la consulta, disciplina, posibilidades diagnósticas y terapéuticas, expectativas y tiempo aproximado de estudio.***
- ***Determinación de factores a estudiar.***
- ***Análisis iniciales.***

Pérdida Recurrente Reconsultas

- ***Revisión de complementarios y tto. oportuno.***
- ***Orientación del estudio según evaluación inicial:***

Siempre: - Anatómico
- Citogenético
- Inmunológico
- Ambiental

Opcional: - Infeccioso
- SMAC
- Endocrino
- Masculino

- ***Evaluación por Psicología y otras especialidades requeridas.***

Pérdida Recurrente Reconsultas

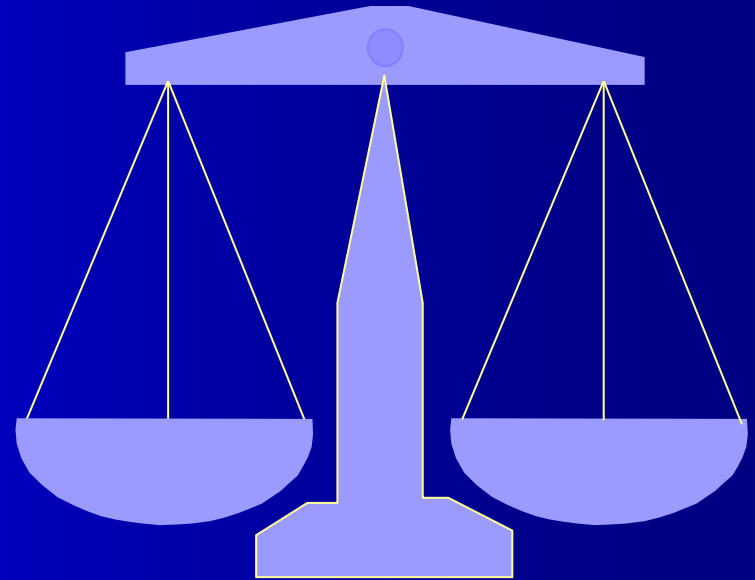
- ***Diagnóstico de los posibles factores etiológicos.***
- ***Evaluación de las posibilidades terapéuticas, con valoración riesgo-beneficio de cada opción planteada.***
- ***Tratamientos individualizados.***

Pérdida Recurrente Consulta Final

Información a la pareja de:

- ***Conclusiones del estudio.***
- ***Recomendaciones para próximo embarazo, que incluye:***
 - ***momento ideal***
 - ***tratamiento de intervalo y previo***
 - ***captación precoz***
 - ***plan terapéutico***
- ***Consulta abierta.***
- ***Posibilidades.***

No pequemos de muy optimistas, ni seamos en extremo escépticos en el manejo de nuestras pacientes; tratemos de situarnos en el justo medio y éstas nos lo agradecerán.



Muchas Gracias

Pérdida Recurrente del Embarazo