

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## ABORTO RECURRENTE

### NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Incide en la importancia de estudio genético de restos abortivos en caso de segundo aborto consecutivo en parejas sin hijos en común.
- Por primera vez este protocolo incorpora el posible papel protector de progesterona vaginal en casos de aborto recurrente (AR).

### INDICE

1. Definición
2. Manejo tras un primer aborto
3. Manejo en amenaza de aborto tras aborto previo
4. Protocolo diagnóstico tras segundo aborto consecutivo
5. Tratamiento empírico en casos de AR idiopático
6. Bibliografía

### 1. DEFINICIÓN

Se define aborto recurrente (AR) como la pérdida de al menos dos gestaciones clínicas (confirmadas por ecografía o histología) antes de la semana 24 de embarazo. No se considera necesario que las pérdidas sean consecutivas. Se excluyen de esta definición los abortos bioquímicos, embarazos ectópicos o molares.

A continuación, se presenta una guía para orientar cómo debería ser el abordaje en consulta de las parejas que consulta tras haber experimentado un aborto.

### 2. MANEJO TRAS PRIMER ABORTO

La principal causa de aborto es genética: alteraciones cromosómicas embrionarias, la mayoría numéricas de novo durante la gametogénesis o el desarrollo embrionario de padres cromosómicamente normales.

La edad de la mujer está relacionada con la probabilidad de aborto, siendo de un 15% en menores de 35 años, del 25% entre los 35-39 años y más del 50% en mayores de 40 años. Los abortos espontáneos aneuploides ocurren de forma aleatoria, lo que significa que el riesgo de un aborto espontáneo aneuploide posterior no aumenta según el número de abortos espontáneos anteriores.

Tras un primer aborto no se iniciará estudio de abortabilidad. Sin embargo, es importante que desde Atención primaria o desde Consulta de Ginecología se aporten **consejos preconcepcionales** previos a la próxima gestación:

#### 1. Promoción de hábitos de vida saludables:

- a. Fumar podría tener un impacto negativo en la probabilidad de tener un hijo vivo.
- b. El consumo de alcohol es un factor de riesgo de pérdida de embarazo y de alteraciones fetales.
- c. El uso de drogas ilícitas, sobre todo cocaína, conduce a mayor riesgo de aborto espontáneo.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## ABORTO RECURRENTE

d. La obesidad materna se asocia a aumento de tasas de aborto y complicaciones obstétricas. La pérdida de peso mejora el pronóstico reproductivo de estas pacientes, siendo lo óptimo el normopeso (IMC: 18,5-24,9 Kg/m<sup>2</sup>).

**2. Toma de ácido fólico:** se recomienda una dieta con alimentos ricos en folatos y la suplementación diaria con un preparado multivitamínico con ácido fólico 0,4mg desde al menos dos o tres meses antes de la concepción y a lo largo de todo el embarazo y el período posparto.

**3. Estudio analítico sanguíneo básico** que incluya hemograma, hemostasia, bioquímica y determinación de TSH, además de otras posibles evaluaciones relacionadas con cualquier condición patológica que presente la mujer, para lo cual una anamnesis detallada resulta fundamental.

### 3. MANEJO EN AMENAZA DE ABORTO TRAS ABORTO PREVIO

Las mujeres con antecedentes de aborto espontáneo que presenten sangrado al comienzo del embarazo (antes de las 16 semanas de gestación) pueden beneficiarse del uso de 400mg de progesterona micronizada vaginal cada 12 horas que se mantendrá hasta la semana 16.

### 4. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO TRAS SEGUNDO ABORTO CONSECUTIVO

Si se diagnostica un 2º aborto, en una pareja sin hijos en común, se recomienda el estudio genético de los restos abortivos. En nuestro centro se ha optado por el uso de técnicas moleculares (array – CGH) en los restos abortivos post – legrado (**ver ANEXO 1**).

Tras el segundo aborto consecutivo se debe derivar a la pareja a una unidad especializada e iniciar el estudio de las causas de aborto recurrente (AR). Se aconseja que el estudio diagnóstico se inicie ya a partir de dos abortos por:

- \* La posibilidad de un nuevo aborto en las parejas con dos abortos previos es mucho mayor que la esperada por azar (25% vs 0.3%).
- \* El número de abortos previos, junto con la edad materna, constituye el factor predictivo más importante de nuevo aborto.
- \* Retrasar el estudio de aborto de repetición hasta un tercer aborto no aumenta la posibilidad de detectar una causa.

El estudio de las parejas con AR debe incluir una anamnesis detallada en la que se recojan antecedentes personales, familiares y obstétricos (incluyendo número y tipos de abortos previos, en qué semanas de gestación ocurrieron, la existencia de ecografías durante dichas gestaciones y si se dispone de estudio genético).

Ante un caso de AR se debe solicitar:

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## ABORTO RECURRENTE

- Si se dispone de **estudio de restos abortivos**:
  - Euploide: iniciar protocolo de estudio de AR.
  - Aneuploide: diagnóstico. Finalizar estudio.
  - Traslocación o inversión desequilibrada: solicitar cariotipo a los padres.

X Si no se dispone de estudio genético del 2º aborto o bien se trataba de un embrión euploide:

**1. Ecografía transvaginal:** estudio de la cavidad uterina para determinar anomalías congénitas o adquiridas. Se realizará preferiblemente mediante ecografía 3D dada su elevada sensibilidad y especificidad. También puede estar indicado el uso de histerosalpingografía, histeroscopia o RMN. Se considera su asociación con AR:

- Malformaciones uterinas (Úteros septos y subseptos / úteros hipoplásicos / úteros displásicos o en T): no existe ningún estudio aleatorizado hasta el momento que haya demostrado una mejora en la tasa de recién nacido tras su corrección en mujeres con AR.
- Miomas: Se considerará tratar aquellos miomas submucosos o intramurales que, por su situación o tamaño resulten deformantes de la cavidad uterina.
- Pólipos: No existe suficiente evidencia que la polipectomía mejore el resultado reproductivo de estas pacientes, aunque dada la accesibilidad del manejo histeroscópico se considerará cada caso de forma individualizada.
- Insuficiencia cervical: Ver protocolo específico de diagnóstico y manejo en caso de insuficiencia cervical.

### 2. Analítica:

- Estudio de SAF: se solicitarán anticuerpos anticardiolipina (ACA) IgG y/o IgM, anticuerpos anti B2 glicoproteína I IgG y/o IgM y anticoagulante lúpico. Se considerará positivo si se obtienen títulos moderados o elevados en 2 determinaciones separadas al menos 12 semanas. Ante un SAF confirmado está indicado el tratamiento con ácido acetil salicílico (75-100 mg/día) y heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas desde el inicio de la gestación.
- Estudio de trombofilias hereditarias: **NO** está indicado. La mutación del factor V de Leiden y la mutación G20210A del gen de la protrombina está asociada con pérdidas gestacionales del 2º trimestre, pero no con AR, por lo que no está indicado su estudio en aborto recurrente.
- Glucemia/HbA1c: No se considera indicada la determinación de glucemia basal en el contexto de estudio de AR; sin embargo, sí estaría recomendado en caso de evaluación preconcepcional en cualquier mujer con deseo gestacional.
- Estudio de la función tiroidea: como el anterior, el estudio de la TSH se considera parte del estudio preconcepcional. En caso de valor superior a 2,5 mUI/ml se solicitarán anticuerpos antiperoxidasa (antiTPO); y en caso de resultar positivos se recomendará tratamiento con levotiroxina.
- Prolactina: el vínculo con AR es bajo. Se debe considerar solo si existe sospecha clínica de disfunción ovulatoria, ya que la normalización con agonista de la dopamina puede mejorar los resultados en AR.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## ABORTO RECURRENTE

**3. Cariotipo de la pareja:** existe bastante controversia entre las distintas sociedades científicas sobre solicitar el cariotipo de forma rutinaria. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF), recomienda realizarlo de rutina ya que, aunque la alteración de los cariotipos paternos sólo explica el 3 - 5% de los casos de AR, su coste-efectividad ha sido avalada en algunos estudios (Grado B)

### Otras consideraciones:

\* Se recomienda en todos los casos de AR el cuidado emocional intensivo (*tender loving care*) desde el inicio del embarazo pues parece mejorar la probabilidad de embarazo evolutivo, quizá por reducción de mecanismos deletéreos estrés – dependientes (grado de recomendación C).

\* Es aconsejable el control de estas pacientes en unidades de embarazo de alto riesgo pues, incluso en casos de AR idiopáticos se ha descrito una mayor incidencia de complicaciones gestacionales (grado de recomendación B).

\* En mujeres que sigan abortando pese a las medidas expuestas, se les podrá recomendar la donación de gametos o la adopción (grado de recomendación A).

## 5. TRATAMIENTO EMPÍRICO EN CASOS DE AR IDIOPÁTICO

**Heparina (HBPM):** Existe consenso entre las distintas sociedades científicas sobre la NO recomendación del tratamiento empírico con HBPM en caso de AR idiopático, ya que estudios prospectivos no han encontrado evidencia de que ésta mejore los resultados obstétricos.

**Progesterona:** El uso de progesterona vaginal en caso de AR idiopáticos no ha demostrado aumentar la probabilidad de recién nacido vivo. Sin embargo, podría presentar potenciales beneficios. En el ensayo clínico PROMISE (aleatorizado doble ciego con placebo) se observaba que el uso de progesterona vaginal en AR idiopáticos obtenía mejores resultados, aunque estos no fueron estadísticamente significativos. Además, se obtenía mayor beneficio a medida que aumenta el número de abortos. Por lo tanto, podría considerarse en el contexto del “tender loving care” dado su excelente perfil de seguridad y bajo coste.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. The ESHRE Guideline Group on RPL. ESHRE Guideline: recurrent pregnancy loss. Human Reproduction Open (2018) 1:12
2. Grupo de Trabajo de Fracaso Reproductivo. Recomendaciones para el manejo del aborto recurrente (AR). Sociedad Española de Fertilidad. 2019
3. Fábregues Gasol F, Peñarrubia Alonso J. Estudio y tratamiento de las pérdidas gestacionales recurrentes. Guía de Práctica Clínica. Sociedad Española de Fertilidad. 2012

Autores	Dra. Sánchez Ruiz / Dra. Fernández Castañeda / Dra. Romero / Dr. Fontes / Dr. Mozas / Dr. Martínez		
Fecha elaboración	10/12/2022	Vigencia	10/12/2025

### **ANEXO 1. ESTUDIO DE RESTOS ABORTIVOS**

- **Indicaciones:** En mujeres con 2 o más abortos clínicos y sin hijos.
- **Documentación:**
  - Consentimiento informado para el estudio genético de restos abortivos firmado por la mujer.
  - Hoja de petición: Peticionario provincial // Solicitud analítica // Análisis <sup>SEP</sup>clínicos// Citogenética // array-CGH (restos abortivos).
- **Recogida de la muestra:** Se realizará una recogida de los restos abortivos tras el legrado que deberán lavarse con suero fisiológico de forma profusa para eliminar restos hemáticos e introducirse en un tubo estéril utilizando como medio de transporte SUERO FISIOLÓGICO.
- **Procesado:** Las muestras se conservará en frío (frigorífico) y serán enviadas a laboratorio de citogenética el primer día laborable tras la recogida (entre las 9 y las 10 h).