

Recibido: 21-7-2016

Aceptado: 15-8-2016

ABORTO DE REPETICIÓN ABORTION REPETITION

Autor:

Bonilla García, A.M.⁽¹⁾; Miranda Moreno, M.D.⁽²⁾; Rodríguez Villar, V.⁽²⁾

Institución:

⁽¹⁾Generalitat Valenciana. anna_mbg@hotmail.com

⁽²⁾ Servicio Andaluz de Salud

Resumen:

Aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto alcance 500gramos de peso. Las pérdidas reproductivas pueden ser por causas espontáneas o provocadas.

En este artículo se muestran los diferentes tipos de aborto y se estudia en profundidad el aborto recurrente o de repetición.

Palabras Clave:

Aborto, definición, tipos, aborto recurrente, causas.

Abstract:

Abortion is the termination of pregnancy before 22 weeks or before the fetus reaches up to 500grs, it may be due to specific reasons or it may be induced.

This article lists different types of abortion and the recurrent miscarriage is also examined in considerable depth.

KeyWords

Abortion, definition, recurrent miscarriage, causes.

1. INTRODUCCIÓN

El aborto, desde el punto de vista médico es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación ó antes de que el feto alcance 500gramos de peso. Las pérdidas reproductivas pueden ser por causas espontáneas o provocadas.

La incidencia de abortos en la población obstétrica general es del 15%. En concreto, en el 15% se pierde antes de las 20 semanas y de estos un 80% ocurre antes de las 12 semanas.

Según la Organización Mundial de la Salud, existen diferentes tipos de aborto: aborto espontáneo, aborto inducido, aborto inseguro.

El aborto espontáneo es la pérdida espontánea del feto antes de la semana 20 del embarazo. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en sus protocolos realiza y define la siguiente clasificación:

- *Amenaza de aborto.* Síntoma más habitual es el sangrado vaginal y dolor hipogástrico.
- *Aborto en curso, inevitable o inminente.* Existe sangrado y dolor en aumento, el cérvix se dilata mayor de 8mm.
- *Aborto incompleto.* Se produce una expulsión parcial de restos embrionarios. Puede precisar de legrado para evacuar el total de los productos de la concepción.
- *Aborto completo.* Se produce una expulsión completa del tejido embrionario. Desaparición de dolor y sangrado activo, útero de tamaño normal y contraído.
- *Aborto retenido.* Es la muerte dentro del útero del embrión antes de las 22 semanas. No existe sangrado activo, cérvix cerrado y el útero suele ser más pequeño de lo normal.
- *Aborto séptico.* Se manifiestan datos clínicos como mal estado general, fiebre, escalofríos, dolor abdominal y sangrado vaginal en ocasiones de aspecto purulento.
- *Aborto de repetición.* Situación en la que se han producido al menos dos abortos consecutivos ó más de dos alternos.

Aborto inducido es el resultado de un embarazo no deseado. Se rige por la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta las 14 semanas de embarazo, todas las mujeres mayores

de 18 años pueden elegir abortar por propia voluntad, sea cual sea la causa hasta las 14 semanas de embarazo.

El aborto inseguro. Es aquel que se lleva a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y en condiciones no sanitarias.

El objetivo de este artículo es ampliar los conocimientos sobre el aborto y en concreto el aborto recurrente, situación que se sucede más en las últimas décadas y presenta gran repercusión en la pareja que la sufre.

En la actualidad la edad de gestación es mayor y esta situación está condicionada por la edad materna. La probabilidad de sufrir un nuevo aborto en mujeres < 30 años está por debajo de un 25%, mientras que en las mujeres ≥ 40 años sería de 50-60%.

El estudio se hace tras una lectura de una amplia una revisión bibliográfica encontrada en las bases de datos Cochrane Library, PubMed, Medline y Cuiden. También se consultan fuentes científicas de interés: OMS y SEGO.

2. ABORTO RECURRENTE

El término de aborto de repetición se aplica en aquella situación en que se han producido al menos dos abortos consecutivos o más de dos alternos.

Se deben contabilizar como abortos previos los producidos de forma espontánea y los producidos antes de la semana 20-22. Aunque a veces las causas puedan ser semejantes no se consideran los partos inmaduros o prematuros. Tampoco deben incluirse los antecedentes de embarazo ectópico o mola hidatiforme.

Es importante evaluar a la pareja que ya tuvo por lo menos dos abortos e individualizar cada caso, considerando la edad de la mujer, las circunstancias que rodean las pérdidas gestacionales, los antecedentes personales y familiares y la ansiedad de la pareja.

El riesgo de que se produzca un segundo aborto cuando ya se ha tenido uno previamente es del 16%; del 25% cuando se han tenido dos abortos anteriores; del 30 al 45% cuando se han tenido tres abortos previos y 50% cuando se han tenido cuatro abortos previos.

3. CAUSAS

Factores genéticos. Se encuentran anomalías cromosómicas en el cariotipo de alguno de los miembros, están presentes en alrededor de un 50% de los abortos espontáneos.

Factores anatómicos. Anomalías congénitas o adquiridas del útero que afectan a la cavidad endometrial y/o estructuras de cierre cervical, son causa frecuente de aborto. La posibilidad de fecundación tras la solución del problema anatómico alcanza el 70-85%. Anomalías uterinas que pueden condicionar aborto recurrente son el mioma uterino y el útero septo.

Factores endocrinos. La diabetes mellitus y las disfunciones tiroideas mal controladas clínicamente son un elevado factor de riesgo. Una fase lútea inadecuada o deficiente puede provocar una insuficiente producción y/o acción de progesterona y puede desencadenar un aborto.

Factores inmunológicos. El síndrome antifosfolípido es causa importante de aborto de repetición. Los anticuerpos antifosfolípidos (anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lúpico) actúan contra las plaquetas y el endotelio vascular causando trombosis y en consecuencia abortos y pérdidas fetales.

La pauta más aceptada de tratamiento es la combinación de ácido acetilsalicílico C a dosis bajas y heparina de bajo peso molecular.

Para su diagnóstico es preciso detectar anticuerpos antifosfolípidos circulantes en dos mediciones separadas un mínimo de 8 semanas.

Trombofilias. Es un grupo de patologías de la coagulación sanguínea que se caracterizan por un desequilibrio entre los sistemas de coagulación y fibrinólisis produciendo complicaciones gestacionales por su efecto trombogénico.

4. ESTUDIOS A REALIZAR.

El estudio básico e indispensable a realizar en las parejas con aborto de repetición es el análisis del cariotipo en sangre periférica en ambos progenitores.

También se pueden realizar pruebas de imagen para descartar alteraciones uterinas como histerosalpingografía, ecografía o histeroscopia.

Analítica completa para descartar los factores endocrinos, inmunológicos y trombofilias.

En el sexo masculino determinar del grado de fragmentación del ADN espermático, FISH en espermatozoides y en caso de ser necesario biopsia testicular.

De acuerdo con los resultados el *tratamiento* a seguir será el más apropiado para cada paciente.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MedlinePlus. *Aborto Espontáneo*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. *Aborto espontáneo*. Julio 2010.
3. Dr. Jorge Neira Miranda. *Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos*. Ars Médica. Rev estudios médicos humanísticos.
4. Quiroga de Michelena, M.I; Díaz, A; Paredes, D; Rodríguez, O; Quispe, E; Klein de Zigelboim, E; (2007) *Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica*. Rev Per Ginecol Obstet. Vol53 N2 (124-129)
5. Dr. Eduardo López Arregui; Dr. Eduardo López Arregui; Dr. José María Mari Juan; Dr. Modesto Rey Novoa; Dr. José Gutiérrez Ales; Dr. Roberto Lertxundi Barañano; *Guía para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO.
6. Dr. Rogelio Pérez DGregorio. (2008) *Prevención del aborto inseguro*. Rev Obstet Ginecol Venez. Vol68 N2
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. *Aborto de repetición*.

8. Bartha, J.L; Comino Delgado,R; *Aborto de Repetición*. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.
9. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Aborto de repetición.
<http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/aborto.pdf>