View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE DEL CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC EN EL PERIODO DE MARZO DEL 2010 A MARZO DEL 2011

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE

Ginecología y Obstetricia

PRESENTA

M.C. ALMA VERONICA GONZALEZ SANDOVAL

DIRECTOR DE TESIS

M. en C. RICARDO FLORES OSORIO

REVISORES DE TESIS:

M. en I.C. Javier Edmundo Herrera Villalobos

E. en G.O. José Luis García Velasco

E. en G.O. Cuauhtémoc Peláez Águila

E. en G.O. Ma. Dolores Almaguer Bautista

Toluca, Estado de México 2014

INDICE

Resumen **3**

Abstract **4**

Marco teórico **5**

Planteamiento del Problema **13**

Pregunta de investigación **14**

Hipótesis **15**

Objetivos **16**

Material y Métodos **17**

Análisis Estadístico **18**

Procedimiento **18**

Consideraciones Éticas **19**

Resultados y análisis de resultados **20**

Discusión **25**

Conclusiones **26**

Anexos **27**

Bibliografía 28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Sociedad Americana de Medicina reproductiva define como pérdida gestacional recurrente como la pérdida de dos o más embarazos clínicamente reconocidos**.** La pérdida espontánea del embarazo es una patología muy frecuente. La probabilidad de aborto recurrente es teóricamente del 0.3 al 0.4%, pero actualmente se considera del 1 al 2%. Los estudios que se enfocan a la perdida gestacional recurrente han examinado factores relacionados con la genética, edad, síndrome anti-fosfolípido, anomalías uterinas, trombofilias, trastornos hormonales o metabólicos, infecciones, autoinmmunidad, calidad del esperma y cuestiones de estilo de vida. Actualmente se dispone de literatura sobre los resultados obstétricos y neonatales de mujeres con antecedentes de aborto espontáneo recurrente los cuales son inconsistentes, en parte debido a una pequeña cantidad de estudios reportados.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de las complicaciones en pacientes con perdida gestacional recurrente del Centro Medico ISSEMyM Ecatepec en periodo de 2 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo por medio de revisión de libretas de procedimientos quirúrgicos del área de Perinatología de Hospital estudiado.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se tuvo un total de 2214 pacientes embarazadas de las cuales el 5% presentó antecedente de pérdida gestacional recurrente. De un total de 113 pacientes el 13% se obtuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer; 12% presentaron algún tipo de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo; en 10% se realizó diagnóstico de diabetes gestacional y sólo el 8% presentó parto pretérmino.

CONCLUSIONES: Se encontraron un total de 2214 mujeres embarazadas de las cuales 113 presentaron antecedente de pérdida gestacional recurrente de ellas la complicación más frecuente fue de bajo peso al nacer seguido de parto pretérmino, con una mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo que diabetes gestacional.

PALABRAS CLAVE: Pérdida gestacional recurrente, Parto pretérmino, Bajo peso, Diabetes gestacional, Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The American Society of Reproductive Medicine defined as recurrent pregnancy loss as the loss of two or more clinically recognized pregnancies. Spontaneous pregnancy loss is a very common condition. The probability of recurrent abortion is theoretically 0.3 to 0.4 %, but is now considered 1 to 2 %. Studies that focus on the recurrent pregnancy loss have examined factors related to genetics , age , anti - phospholipid syndrome, uterine abnormalities, thrombophilias, hormonal or metabolic disorders, infections, autoinmmunidad, sperm quality and lifestyle issues. Currently available literature on obstetric and neonatal outcomes of women with recurrent spontaneous abortion which are inconsistent, partly due to a small number of studies reported.

OBJECTIVE: To determine the frequency of complications in patients with recurrent pregnancy loss Medical Center in Ecatepec ISSEMyM period of 2 years.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, observational, longitudinal and descriptive study was conducted by reviewing books surgical procedures studied area Perinatology Hospital.

RESULTS: In the study period a total of 2214 pregnant patients of which 5% had had recurrent pregnancy loss. From a total of 113 patients 13% were obtained infants with low birth weight , 12% had some type of hipertensive disease induced pregnancy in 10 % diagnosis of gestational diabetes was performed and only 8 % I present preterm birth.

CONCLUSIONS: A total of 2214 pregnant women of the 113 which I present recurrent pregnancy loss of them were found the most frequent complication was LBW followed by preterm birth , with a higher frequency of induced hypertension pregnancy to diabetes gestational

KEYWORDS

Recurrent pregnancy loss, preterm birth, low weight, gestational diabetes, hypertensive disease induced by pregnancy.

MARCO TEORICO:

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASMR) define como pérdida gestacional recurrente como la perdida de dos o más embarazos clínicamente reconocidos y en más del 50% de las perdida gestacional recurrente no podrá definirse su etiología. (1)

La pérdida espontánea del embarazo es una patología muy frecuente. La probabilidad de aborto recurrente es teóricamente del 0.3 al 0.4%, pero actualmente se considera del 1 al 2%. (2)

Aproximadamente el 15% de todos los embarazos clínicamente reconocidos terminan en pérdida espontánea, otros se pierden antes de ser clínicamente reconocidos y sólo el 30% llegan a término. (1)

Esta puede causar alteraciones físicas y emocionales en las parejas, sobre todo cuando se enfrentan con pérdidas recurrentes. Se reporta una incidencia de aproximadamente 1 en 300 embarazos. (3)

Para definir si una paciente presenta pérdida gestacional recurrente se requiere pruebas diagnósticas e intervenciones terapéuticas con conocimiento del elevado riesgo para pérdidas fetales subsecuentes y la probabilidad de tratar la etiología de este desorden. (3,1)

De acuerdo a algunos datos disponibles el riesgo de aborto espontáneo en embarazos subsecuentes es del 30% después de 2 pérdidas, comparadas con el 33% después de 3 pérdidas en pacientes sin historia de un recién nacido vivo. (4)

Pacientes con historia de aborto en 2, 3 y 4 ocasiones previas eran propensas a perder el siguiente embarazo con una probabilidad de 43,7%, 44,6%, y 61,9%, respectivamente. (4)

Se ha demostrado que la tasa de alteraciones cromosómicas en fetos perdidos disminuye con el creciente número de abortos: 59.0% con 2 abortos, 55,3% con 3 abortos, 38,9% con 4 abortos, 38,9% con 5 abortos y 28.6% después de 6 abortos. Indicando que entre más abortos se tengan están relacionados más con alteraciones maternas o paternas que a factores fetales. (5)

De manera general se clasifica como perdida gestacional embrionaria si ocurre antes de identificar actividad cardiaca, y pérdida gestacional fetal, si ocurre después de identificarse la misma.[5]

Evaluación de la OMS para la pérdida gestacional recurrente

El reto para los clínicos es diferenciar los abortos esporádicos de la pérdida gestacional recurrente. Los auto-reportes de perdida gestacional por pacientes pueden no ser precisos. En un estudio, sólo el 71% de las pérdidas gestacionales auto reportadas por pacientes pudieron ser comprobados en un hospital, con estudios ultrasonográficos o histopatológicos. Idealmente, pacientes con tres o más pérdidas gestacionales deben ser incluidos en estudio epidemiológico, mientas que la evaluación clínica puede realizarse a partir de 2 pérdidas del primer trimestre. [1]

Etiología de la perdida gestacional recurrente

Los estudios que se enfocan a la pérdida gestacional recurrente han estudiado factores relacionados con la genética, edad, síndrome anti-fosfolípido, anomalías uterinas, trombofilias, trastornos hormonales, trastornos metabólicos, infecciones, autoinmmunidad, calidad del esperma y cuestiones de estilo de vida. Se han publicado varias recomendaciones con respecto a la evaluación y manejo de la pérdida gestacional recurrente y se si realiza diagnóstico presuntivo podrían tratarse aproximadamente el 50% de los pacientes con pérdida gestacional recurrente. (Tabla 1). [1]

Tabla 1. Factores etiológicos de perdida gestacional recurrente. (Tabla1.)

Causa	Contribución para PGR (%)	Recomendación de tamizaje	Evidencia científica de soporte	Evidencia científica controversial	No recomendada
Citogenético	2-5	Translocación reciproca balanceada			
Síndrome de anticuerpos antifosfolipi-dos	8-42 (media 15)	Anticoagulante lupico, anticuerpos anticardiolipina IgG o IGM, anti beta2-glucoproteina I.	Anticuerpos IgG e IgM;pruebas para síndrome de anticuerpos antifosfolipidos para otros fosfolípidos y beta2 glucoproteina I	IgG o IgM anti-anexina A5; antifactor XII; antiprotrombina, anticuerpos antifosfolipidos IgA	ANA, anticuerpos antitiroides
Anatómico	1.8 – 7.6 (media 12.6)	Histerosalpingografía o sonohisterosalpingografía	Anormalidades uterinas congenitas	Fibrosis uterina, polipos	Incompetencia cervical
Hormonal o metabolico		Prolactina, TSH, hemoglobina A1c	Diabetes descontrolada o enfermedad tiroidea, prolactina	Sindrome de ovario poliquistico, y resistencia a la insulina progesterona en fase lutea	
Infeccioso		Ninguna		Vaginosis bacteriana, infecciones endocervicales	
Factor masculino		Ninguna		Anormalidades en el ADN del esperma	
Psicológicos		Ninguna		Efecto psicológico en la receptividad uterina	
Aloinmunes				Celulas CD16-NK en mucosasa, factor embriotoxico,	Células CD16-NK circulantes

		perfil de citosinas, bloqueadores de anticuerpos, tipificación de HLA, anticuerpos leucocitarios anti-paternidad, células CD16-NK circulantes	
Ocupacional o hábitos personales	Ninguna		No relacionadas a perdida gestacional recurrente.

Fuente: The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2012;98: 1103-1111

Edad.

La posibilidad de un aborto aumenta a medida que una mujer envejece. Después de los 40 años, más de un tercio de todos los embarazos terminan en aborto. La mayoría de estos embriones tienen un número anormal de cromosomas. Se ha asociado la edad materna y el aumento de la probabilidad de anormalidades cromosómicas manifestado con un aumento de estudios citogenéticos en diagnóstico preimplantacional de embriones. [(4)]

Cromosómicas y trastornos genéticos.

En el 4% de las parejas que sufren de abortos recurrentes, existen alteraciones en los cariotipos incluyendo translocaciones recíprocas balanceadas, translocaciones Robertsonianas, mosaico e inversiones, en comparación con 0,2% de parejas sin pérdida gestacional recurrente. [(1,18)]

El trastorno de un solo gen alterado puede contribuir a la perdida gestacional tardía. Parece que la probabilidad de trastornos cromosómicos en parejas con abortos frecuentes se incrementó en las mujeres con mayor edad, antecedentes de más de 3 abortos espontáneos y padres o hermanos afectados. De los productos estudiados,

aproximadamente el 60% de las pérdidas tempranas del embarazo se encuentran asociadas con anormalidades cromosómicas espontáneas, principalmente trisomías, que son asociadas con la edad. [3]

Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos:

Síndrome antifosfolípidos es una trombofilia caracterizada por la presencia persistente de anticuerpos antifosfolípidos circulante, asociados con eventos tromboembólicos, pérdida gestacional o ambos. [6]

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos está claramente relacionado con la morbilidad materna. La principal característica obstétrica es pérdida gestacional, es decir aborto recurrente temprano y muerte fetal tardía; sin embargo, se conocen otras complicaciones incluyendo insuficiencia placentaria que conduce a la restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia y síndrome de HELLP, desprendimiento placentario, parto prematuro y trombosis materna. El objetivo del tratamiento farmacológico es proteger la madre de trombosis y reducir el riesgo de pérdida fetal. Cuándo no se administra ningún tratamiento específico durante el embarazo, la tasa de pérdida del embarazo puede ser tan alto como el 50% a 90%. En las últimas décadas las opciones terapéuticas, incluyendo corticoesteroides, inmunoglobulina, heparina y dosis bajas de aspirina que se han utilizado como agentes únicos o en combinación en un intento de mejorar la tasa de nacidos vivos en estas pacientes. [6]

Anormalidades uterinas:

Las anomalías uterinas congénitas resultan de la anormal formación, fusión o resorción de los conductos de Muller y están presentes en 1 – 10% de la población general, 8% de mujeres con infertilidad, y 5–30% de las mujeres con historia de abortos. Todas estas anomalías congénitas han sido implicadas como una causa potencial de infertilidad, pérdida gestacional recurrente, parto pre término y anomalías en la presentación fetal. Las malformaciones más comunes son el útero septado, bicorne y didelfo. [7,18]

La fisiopatología de los miomas en la pérdida gestacional recurrente depende de su tamaño y localización. [7,13]

El síndrome de Asherman, es también asociado con perdida gestacional recurrente. El manejo clínico del Síndrome de Asherman, fibrosis uterina y pólipos uterinos es controversial y no tienen evidencia clínica de que el tratamiento quirúrgico reduzca el riesgo de pérdida gestacional. [7]

Trombofilias:

Las trombofilias han sido identificadas como una de las principales causas de pérdida gestacional recurrente con un porcentaje de hasta 40%, en particular en pérdidas gestacionales tempranas. Las trombofilias hereditarias puede ser debido a la deficiencia de inhibidores de la coagulación o variantes genéticas que conducen a un estado de hipercoagulabilidad. [8]

Infecciones:

La vaginosis pueden conducir a infecciones ascendentes, liberación de prostaglandinas, insuficiencia cervical consecutiva, ruptura prematura de membranas y en la última etapa del embarazo pérdida o parto prematuro. Por lo tanto, los pacientes con abortos recurrentes deben ser examinados por infecciones vaginales. [3, 19]

Ureplasma urealyticum, Mycoplasma hominus, chlamydia, Listeria monocytogenes, complejo TORCH y otros patógenos ha sido identificados frecuentemente en cultivos vaginales, cervicales y en suero de mujeres con abortos recurrentes. Sin embargo no existe evidencia convincente de que las infecciones causan pérdida gestacional recurrente. Por lo tanto, no hay indicios claros para su uso rutinario en pacientes con pérdida gestacional recurrente. [1]

Factor masculino:

La frecuencia de anomalías cromosómicas del esperma, tales como aneuploidías, ha sugerido el aumento con la edad. 10% de mujeres con infertilidad, fallos de implantación y perdida gestacional recurrente producen anticuerpos para los espermatozoides. Las anomalías en la morfología de los espermatozoides indican algunos defectos citogenéticos. Por lo tanto la calidad del esperma desempeña un papel importante en el éxito del embarazo.[9] Las alteraciones genómicas paternales

pueden comprometer la calidad del embrión, la viabilidad del embrión y progresión del embarazo, y en última instancia conduce a perdida gestacional recurrente.[10]

Factores hormonales y metabólicos:

Es generalmente aceptado que los trastornos endocrinos maternos deben ser evaluados y tratados. Mientras los niveles de la hormona estimulante de la tiroides se encuentren en parámetros normales, no se justifica la toma de perfil tiroideo de rutina o tamizaje para anticuerpos antitiroideos. Actualmente se considera que un valor TSH por encima de 2.5 mUI/L es anormal. [11] La Diabetes Mellitus bien controlada no es un factor de riesgo para pérdida gestacional recurrente. [13]

Niveles elevados de prolactina comúnmente se asocian con disfunción ovulatoria. La relación que guarda con pérdida gestacional recurrente se debe a alteraciones en el eje de hipotálamo – hipófisis - ovario, resultando en defectos en la foliculogénesis y maduración de los ovocitos o con una fase lútea deficiente. [12]

El síndrome de ovario poliquístico es la causa más común de la infertilidad femenina en Estados Unidos y afecta al 5-10% de las mujeres en edad reproductiva. Además de dificultad para embarazarse, las mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos corren mayor riesgo de aborto espontáneo en embarazos logrados de manera espontánea o asistida. [13]

Resultados perinatales en pacientes con antecedentes de perdida gestacional recurrente

El riesgo de aborto espontáneo en un embarazo posterior ha sido bien documentado, los resultados obstétricos y neonatales de embarazo que progresaron más allá de 24 semanas no se encuentran bien claros. [12]

En un estudios se revisaron los resultados obstétrico en 88 mujeres con antecedentes de tres o más pérdidas consecutivas del embarazo y compararon los resultados con su población obstétrica encontrando que las tasas para los recién con bajo peso fue de 3,4%, parto prematuro 12,5% y la mortalidad perinatal de 0% no eran diferentes al grupo control. [14]

Otro estudio reporta una frecuencia realizado con 32 mujeres con antecedente de perdida gestacional recurrente con bajo peso al nacimiento fue del 20%, parto pre término de 9.7% e intolerancia a los carbohidratos del 22% [15]

Actualmente se dispone de literatura sobre los resultados obstétricos y neonatales de mujeres con antecedentes de aborto espontáneo recurrente los cuales son inconsistentes, en parte debido a una pequeña cantidad de estudios reportados.

Planteamiento del problema:

En el servicio de Ginecología y Obstetricia en particular en medicina materno fetal, son referidas las pacientes enviadas de clínicas periféricas y del servicio de biología de la reproducción humana, con embarazos logrados a través de técnicas de reproducción asistida y de manera espontánea; que generalmente se captan en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo para su control prenatal y atención del parto o cesárea; debido a que se clasifican como embarazo de alto riesgo. Siguiendo esta premisa, resulta de interés el determinar cuál es la frecuencia de las complicaciones obstétricas y neonatales en las pacientes con antecedentes de perdida gestacional recurrente de esta institución sin determinar del factor etiológico ya que al momento al inicio del control prenatal el embarazo imposibilita realizar todas la técnicas y pruebas para determinar la etiología; siendo procedimientos de alta complejidad con riesgos maternos y/o fetales para los cuales no se cuenta con la infraestructura.

A nivel internacional son pocos los reportes de estudios de los resultados perinatales en pacientes con antecedentes de pérdidas gestacional recurrente y a nivel nacional e institucional no se cuentan reportes de éste tipo, siendo este trabajo la premisa para investigaciones posteriores.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones en pacientes con antecedente de perdida gestacional recurrente en el C.M.I.E. de marzo del 2010 a marzo del 2011?

Hipótesis:

Existe mayor riesgo de complicaciones en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente.

Objetivos:

- **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de las complicaciones en pacientes con pérdida gestacional recurrente del Centro Medico ISSEMyM Ecatepec en periodo de 2 años.

- **Objetivos específicos:**

1.- Conocer la frecuencia de partos pretérmino en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente.

2.- Conocer la frecuencia de recién nacidos con bajo peso en pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente.

Material y método

Universo de trabajo

Pacientes embarazadas con antecedente de pérdida gestacional recurrente que acuden a consulta y/o procedimiento quirúrgico en el centro Medico ISSEMyM Ecatepec en el periodo de marzo del 2010 a marzo del 2011.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con embarazo referidas o envíadas con antecedentes de perdida gestacional recurrente

Criterios de exclusión:

- Paciente con resolución final fuera de la unidad.

Criterios de eliminación:

- Paciente con expediente incompleto.

Diseño del estudio:

El presente estudio es de tipo retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

Tamaño de la muestra

Se incluyen en el estudio a 113 pacientes a conveniencia.

Variables de estudio

Perdida gestacional recurrente:

Conceptual.- Pérdida de dos o más embarazos clínicamente reconocidos.

Operacional.- Pérdida de dos o más embarazos

Categoría.- Cualitativa

Escala de medición.- Dicotomica

Unidad de medición ausente y presente

Complicaciones del embarazo:

Conceptual.- Patologías o eventos adversos en el embarazo

Operacional.- Presencia de patologías o eventos adversos en el embarazo.

Categoría.- Cualitativa

Escala de medición.- Nominal

Unidad de medición.- a) Diabetes mellitus

b) enfermedad hipertensiva del embarazo

c) parto pre término

d) recién nacido con bajo peso

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos los concentraremos en la Hoja de Excel, de las variables sólo se obtendrán medidas de tendencia central (frecuencia).

PROCEDIMIENTO

1.- Se inicia la búsqueda de expediente de pacientes con antecedente de perdida gestacional recurrente

2.- Se realizó el registro de las pacientes con pérdida gestacional recurrente de marzo del 2010 al marzo del 2011.

3- Se localiza en el expediente clínico de cada paciente datos como peso al nacer, edad gestacional, diagnostico de otra patología durante el embarazo (diabetes gestacional y enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo).

4.- Se realiza recolección de datos por medio de base de datos en Excel 2007.

5.- De esta base de datos se clasificó las complicaciones.

7.- Se determina la frecuencia de cada una de las complicaciones que se encontraron.

8.- Se realiza finalmente el análisis estadístico.

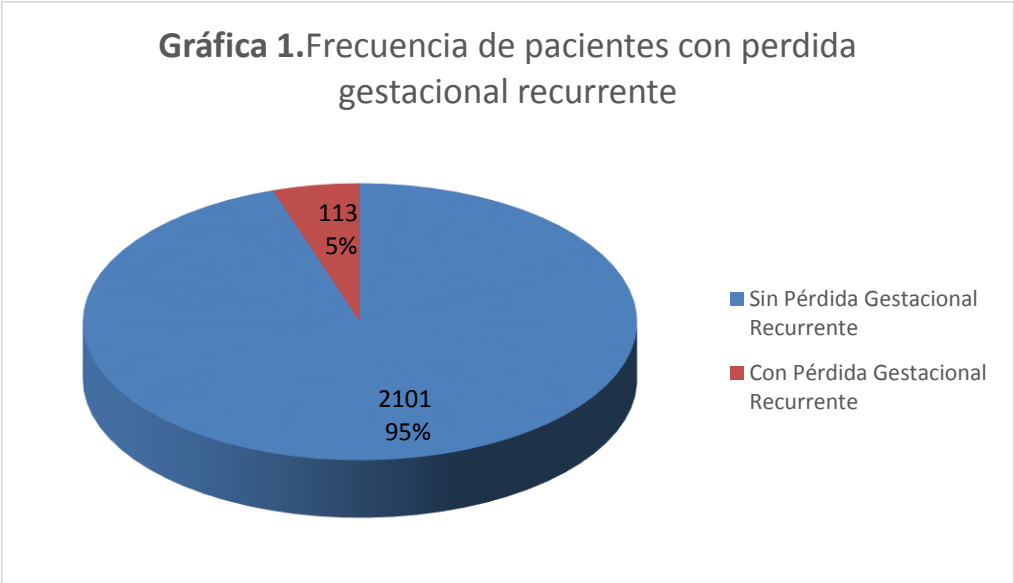
CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó posterior a obtener la aceptación del comité de ética e investigación hospitalarias. Cumpliendo con los principios estipulados en la Declaración de Helsinki y el código de Nuremberg; así como en la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos capítulo I; artículo 13, artículo 17 fracción I. y de acuerdo a la Norma oficial de Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

No implicó ningún riesgo para los pacientes, dado que únicamente se extrajeron datos de los expedientes clínicos.

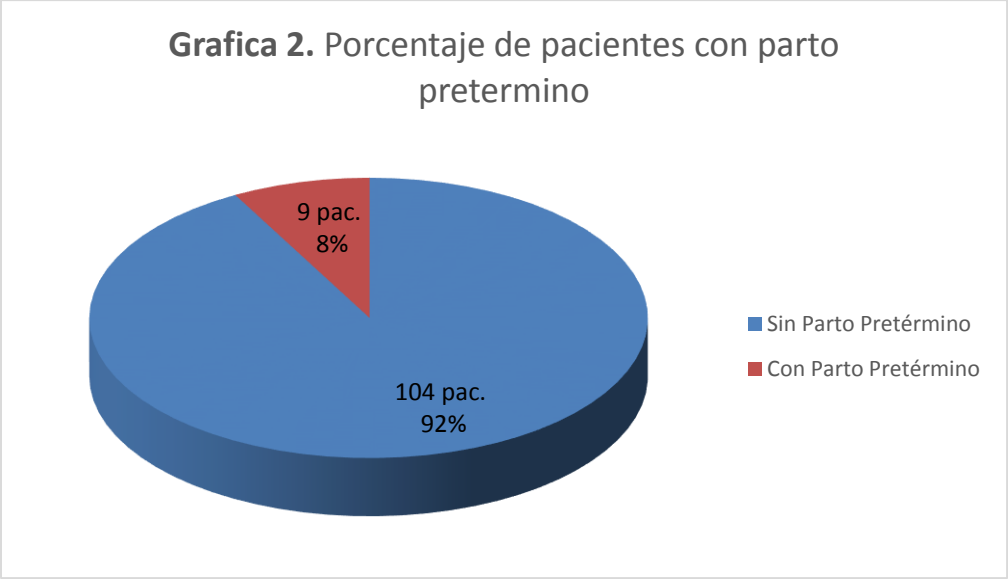
RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron 2214 nacimientos, de estos en 113 hubo pérdida gestacional recurrente. Cómo so observa en la gráfica 1.



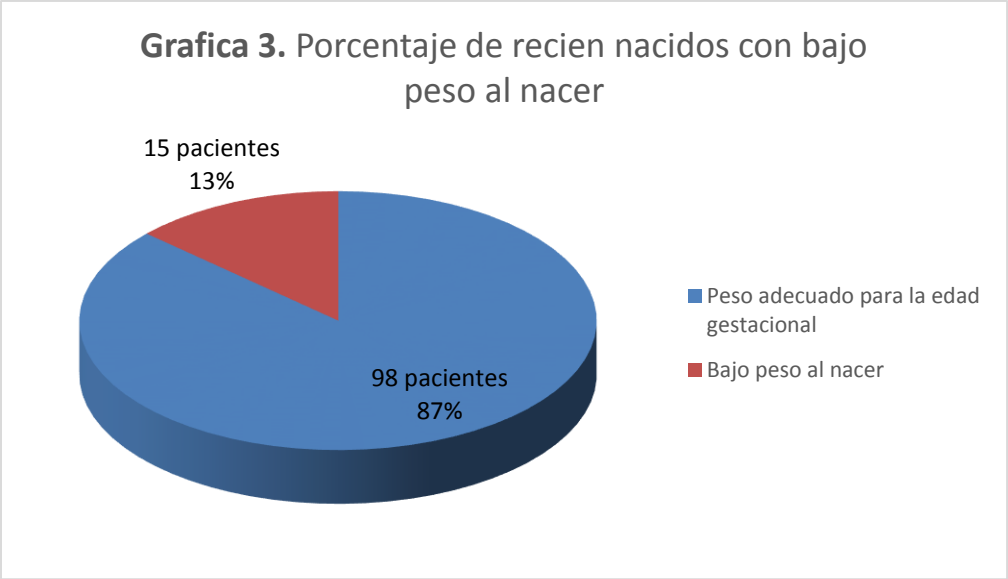
Fuente: Expediente clínico y libretas de procedimientos quirúrgicos.

En la gráfica 2 observamos que de las 113 pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente el 8% presentó parto pre término.



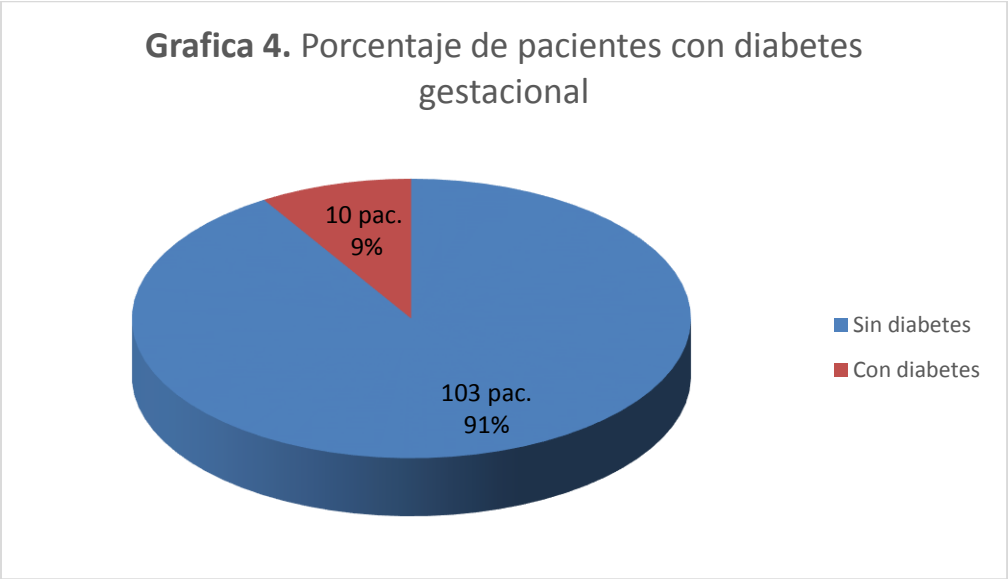
Fuente: Expediente clínico y libretas de procedimientos quirúrgicos.

De las 113 pacientes en estudio se observó que 15 pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer; es decir 13%. Como se observa en la gráfica.



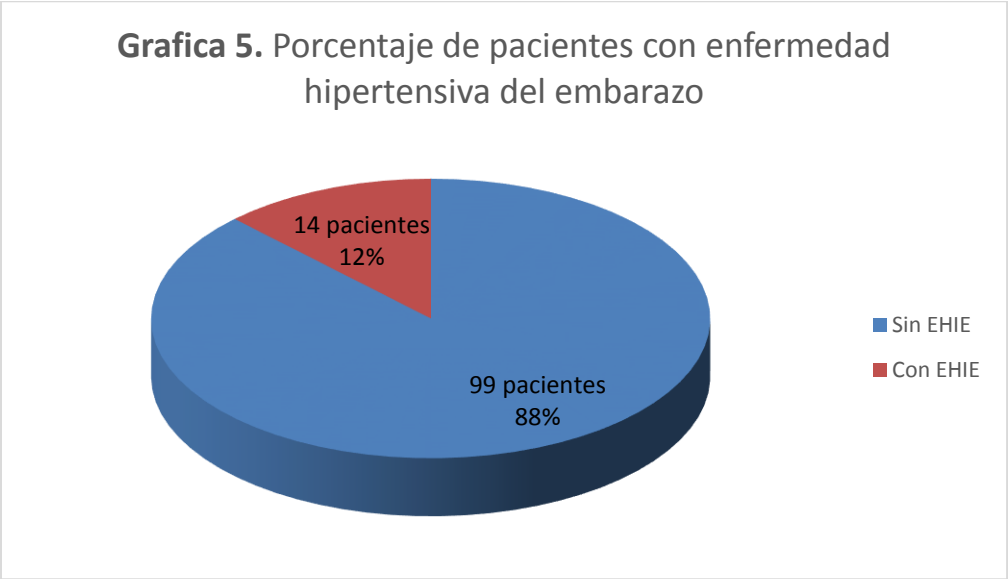
Fuente: Expediente clínico y libretas de procedimientos quirúrgicos.

En la gráfica 4 se observa que de las 113 pacientes estudiadas en el 9% se realizó el diagnóstico de diabetes gestacional.



Fuente: Expediente clínico y libretas de procedimientos quirúrgicos.

De las 113 pacientes con antecedente de pérdida gestacional recurrente estudiadas el 12% cursó con algún tipo enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Como se observa e la grafica 5.



Fuente: Expediente clínico y libretas de procedimientos quirúrgicos.

DISCUSION:

La pérdida gestacional recurrente según lo reportado en u estudio por Saito [17] tiene una frecuencia del 1 al 2%; en nuestro estudio la frecuencia es del 5% ya que es una unidad de tercer nivel donde se reciben para control o atención de pacientes con embarazos de alto riesgo.

Con respecto a la presencia de parto pre término fue del 8% (9 pacientes) comparado con lo reportado por estudios previos realizados por Hughes y cols. [14] quienes reportaron el 12.5% . Este disminución en la frecuencia probablemente se debe a que en nuestro instituto contamos con estrategias perinatales de prevención y manejo oportuno.

La frecuencia de recién nacidos con bajo fue del 13% para recién nacidos en comparación con un estudio realizado por Tulppala y cols [15], quienes reportaron una frecuencia del 20% y Hughes del 3.4% estas diferencias significativas pudieran deberse a las diferencias en el tamaño de la muestra, es decir al número de embarazos que llegaron a una resolución obstétrica.

El diagnóstico de diabetes gestacional en la población estudiada tuvo una frecuencia del 9%; en comparación el estudio realizado por Jivraj [20] quien menciona una frecuencia para diabetes del 1.7%. Esta diferencia significativa se podría considerar por debido a que las pacientes que se manejan en la unidad tienen mayores factores de riesgo.

La frecuencia de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo del 12%; en comparación el estudio realizado por Jivraj [20] mencionando una frecuencia del 15.3%. Sin una diferencia significativa para el padecimiento.

CONCLUSIONES

La pérdida gestacional recurrente es una patología no infrecuente en el nuestro medio; con una frecuencia del 5%. En el estudio realizado se observó que la complicación más frecuente fue el bajo peso al nacer con un 13%, seguido de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con 12%; diabetes gestacional con un 9%, diabetes gestacional con un 9% y por ultimo parto pre término con un 8%. Con respecto a la literatura con diferencia la cual se podría deber al tipo de población que se atiende es ta unidad, es decir, pacientes de alto riesgo generalmente con varios factores y probablemente a los manejos terapéuticos con lo que se cuenta en relación al parto pre término.

Es de importancia realizar estudios en aquellas pacientes con dos o más pérdidas gestacionales para determinar la etiología e implementar medidas terapéuticas y preventivas con el fin de permitir que los embarazos lleguen a término así como disminuir las complicaciones más frecuentes en esta tipo de población. Este estudio pretende ser el pionero en el instituto para investigaciones posteriores.

ANEXOS:

Hoja de recolección de datos:

Número	Edad gestacional	Peso al nacimiento	Diagnóstico de diabetes (Si / No)	Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (Si / No)

BIBLIOGRAFÍA

1. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2012;98: 1103-1111.
2. Li, T.C., Makris, M., Tomsu, M., Tuckerman, E. and Laird S. Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. Human Reproduction Update, 2002;8:463-481.
3. Holly B. Ford, MD,* Danny J. Schust, MD. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy. Obstetrics and Gynecology. 2009;2:76-83.
4. Pacheco, J., De Michelena, M.I., Orihuela, P. Enfoque actual del aborto recurrente. An Fac med. 2009;70(2):123-34.
5. Toth, B., Jeschke, U., Rogenhofer, N., Scholz, C., Würfel, W., Thaler, C., Makrigiannakis, E. Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment. Journal of Reproductive Immunology (2010).
6. Mekinian, A., Lachassinne, E., Nicaise-Roland, p., et al. European registry of babies born to mothers with antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis 2013;72:217–222.
7. Chan, Y., Jayaprakasan, K., Tan, A., Thornton, J., Coomarasamy, A., Raine-Fenning, N. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 38: 371–382.
8. D'Uva, M., Di Micco, P., Strina, I., De Placido, G. Recurrent Pregnancy Loss and Thrombophilia. J Clin Med Res. 2010;2(1):18-22
9. Hill, J.a., Abbott A.F., Politch, J.A. Sperm morphology and recurrent abortions. Fertil steril 1994;61:776-8.
10. Chaithra, P., Sreenivasa, G., Vineeth V., Kavitha, P., Najafi, M. Male Factors and Recurrent Pregnancy Loss. World J Life Sci. and Medical Research 2011;1(4):77.
11. Rushworth, F.H., Backos, M., Rai, R., Chilcott I.T., Baxter, N., Regan, L. Prospective pregnancy outcomes in untreated recurrent miscarries with thyroid autoantibodies. Human Reprod. 2000; 15: 1637-1639.

12. Van Oppenraaij, R.H.F., Jauniaux, E., Christiansen, O.B., Horcajadas, J.A., Farquharson, R.G., Exalto, N. and On Behalf of ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. Human Reproduction Update, 2009; 1:1–13.
13. Stephenson, M.D., Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clin Obstet Gynecol 2007;50:132-145
14. Hughes, N., Hamilton, E. and Tulandi, T. (1991) Obstetric outcomes in women after multiple spontaneous abortions. J. Reprod. Med. 1991;3:165-166.
15. Tulppala, M. Palosuo, T. Ramsay, T. et al. A prospective study of 63 couples with a history or recurrent spontaneous abortion: contributing factors and outcome of subsequent pregnancies. Hum. Reprod., 1993;8:764-770.
16. Brigham, S.A., Conlon, C., and Farquharson, R.G. A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. Human Reprod. 1999; 14: 2868-2871.
17. Saito, S. (2009) The causes and treatment of recurrent pregnancy loss. Journal of Japan Society of Obstetrics and Gynecology. 2005;57:1057–1059.
18. Clifford, K., Rae, R. and Regan, L. Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. Hum. Reprod. 1997; 12: 387-389.
19. Penta, M., Lukic, A., Conte, M.P., Chiarini, F., Fioriti, D., et al. Infectious agents in tisues from spontaneous abortions in the first trimester of pregnancy. New Microbiol 2003;26:329-37.
20. Jivraj, S., Anstie, B., Cheong, Y-C., Fairlie, F., Laird S., Li, T. Obstetric and neonatal outcome in women with a history of recurrent miscarriage: a cohort study. Hum. Reprod., 2001;18:102-106