

CARACTERIZACIÓN DE MUJERES CON PÉRDIDAS GESTACIONALES RECURRENTE ATENDIDAS EN EL PRENATAL DE ALTO RIESGO

CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

CHARACTERIZATION OF WOMEN WITH RECURRENT PREGNANCY LOSS FOLLOWED UP IN HIGH-RISK PRENATAL CARE

Mirela Karolayne Souza de Morais¹, Larissa Manuela Vieira Roque², Thárcio Matheus Alves da Silva³, Cristina Wide Pissetti⁴

Cómo citar este artículo: Morais MKS, Roque LMV, Silva TMA, Pissetti CW. Caracterización de mujeres con pérdidas gestacionales recurrentes atendidas en el prenatal de alto riesgo. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acceso en: ____]; 13(1): e202409. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i1.7018>

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de mujeres con Pérdida Recurrente del Embarazo (PGR) en un servicio prenatal de alto riesgo de un hospital universitario. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, con datos de las historias clínicas de 72 pacientes con PGR atendidas en el control prenatal de alto riesgo en un hospital universitario de Paraíba, entre 2015 y 2021. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Las principales características de los pacientes fueron edad promedio de 31,5 años, ama de casa (40,2%), educación secundaria (55,6%), ingresos inferiores al salario mínimo (82,1%), mestizo (52,8%) y residencia estable. unión (50%). La mayoría tuvo tres pérdidas gestacionales (75%) y embarazos viables previos (70,8%). Como causas de PGR se identificaron sinequias (2,8%), útero septado (1,4%), trombofilia (2,8%) e insuficiencia istmocervical (1,4%). **Conclusiones:** Se logró resaltar el perfil de salud de las mujeres con PGR. La etiología de la PGR en nuestra muestra no fue definida. Sugerimos que se realicen más estudios para que podamos mejorar nuestra comprensión del tema. **Descriptor:** Aborto Habitual. Perfil de Salud. Salud de la mujer.

¹ Estudiante de pregrado en Medicina en la UFPB. Técnico Ambiental en el Instituto Federal de Educación, Ciencia y Tecnología de Rio Grande do Norte (IFRN)/Ipanguaçu. Curso de Medicina, UNIVERSIDAD FEDERAL DE PARAÍBA (UFPB).

² Estudiante de pregrado en Medicina en la Universidad Federal de Paraíba (UFPB).

³ Estudiante de pregrado en Medicina en la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Centro de Ciencias de la Salud, Campus de Natal. Curso de Medicina - Universidad Federal de Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0003-3804-3287>

⁴ Licenciada en Biomedicina por la Facultad de Medicina Triângulo Mineiro, Máster y Doctora en Patología Clínica por la Universidad Federal Triângulo Mineiro. Profesora Adjunta del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Paraíba. Centro de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-5534-8544>

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com Perda Gestacional Recorrente (PGR) em um serviço de pré-natal de alto risco de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, com dados de prontuários de 72 pacientes com PGR atendidas no pré-natal de alto risco em hospital universitário na Paraíba, entre 2015 e 2021. Os resultados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** As principais características das pacientes foram a idade média de 31,5 anos, do lar (40,2%), ensino médio (55,6%), renda inferior a um salário-mínimo (82,1%), pardas (52,8%) e em união estável (50%). A maioria apresentava três perdas gestacionais (75%) e gestações viáveis anteriores (70,8%). Foram identificadas como causas de PGR sinéquias (2,8%), útero septado (1,4%), trombofilia (2,8%) e insuficiência istmocervical (1,4%). **Conclusões:** Foi possível evidenciar o perfil de saúde de mulheres com PGR. A etiologia da PGR em nossa amostra não foi definida. Sugerimos que mais estudos sejam realizados a fim de que possamos melhorar nossa compreensão sobre o assunto.

Descritores: Aborto Habitual. Perfil de Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To characterize the clinical and epidemiological profile of women with Recurrent Pregnancy Loss (PGR) in a high-risk prenatal service at a university hospital. **Methods:** Observational, retrospective study, with data from medical records of 72 patients with PGR treated in high-risk prenatal care at a university hospital in Paraíba, between 2015 and 2021. The results were analyzed using descriptive statistics. **Results:** The main characteristics of the patients were the average age of 31.5 years, housewife (40.2%), high school education (55.6%), income below the minimum wage (82.1%), mixed race (52.8%) and in a stable union (50%). The majority had three pregnancy losses (75%) and previous viable pregnancies (70.8%). Synechiae (2.8%), septate uterus (1.4%), thrombophilia (2.8%) and isthmocervical insufficiency (1.4%) were identified as causes of PGR. **Conclusions:** It was possible to highlight the health profile of women with PGR. The etiology of PGR in our sample was not defined. We suggest that more studies be carried out so that we can improve our understanding of the subject.

Descriptors: Habitual Abortion. Health Profile. Women's Health.

INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional recurrente (PGR) está asociada a la morbilidad materna y a importantes traumas psicológicos, y constituye un problema de salud pública.¹ Su prevalencia es del 3% cuando se consideran al menos dos pérdidas, y de alrededor del 1% con más de tres pérdidas. A pesar de haber sido ampliamente estudiada, no existe consenso en la literatura sobre su definición y propedéutica.²

La RGP se define clásicamente como tres o más pérdidas gestacionales consecutivas antes de las 20 semanas de gestación, pero su concepto varía según la referencia.³

La *Sociedad Americana de Medicina Reproductiva* (ASRM), en su directriz de 2012, define la RGP a partir de dos pérdidas gestacionales clínicas, es decir, documentadas mediante ecografía o examen histopatológico, y recomienda la evaluación clínica tras dos pérdidas

consecutivas en el primer trimestre, pero establece un límite mínimo de tres pérdidas para los estudios epidemiológicos.⁴

En 2022, la *Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología* (ESHRE) presentó en su directriz opiniones divergentes entre sus miembros y definió la pérdida gestacional a partir de dos. Además, señaló que no existen pruebas fisiopatológicas que permitan llegar a un consenso sobre la discusión de pérdidas consecutivas *frente a pérdidas no consecutivas*.⁵

Más recientemente, en 2023, el *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) mantuvo su posición de tres o más pérdidas gestacionales en el primer trimestre, pero fomenta una decisión médica individualizada para la investigación después de dos pérdidas. Además, no diferencia sus recomendaciones entre mujeres con pérdidas consecutivas y no consecutivas, debido a que no parece haber diferencias entre la incidencia de algunas etiologías de RPM entre estos grupos.⁶

En el lugar donde se llevó a cabo esta investigación, la definición de pérdida recurrente del embarazo sigue una definición más clásica. El Protocolo de Atención Obstétrica 2020 del servicio incluye el concepto de aborto habitual, definiéndolo como "tres abortos espontáneos consecutivos, clasificados

como primarios o secundarios precedidos o no de parto". En esta situación, la orientación es remitir para investigación de la posible causa en el intervalo intergestacional.⁷

La OPG puede dividirse en primaria -embarazo en mujeres que nunca han alcanzado la viabilidad- y secundaria -embarazo en una mujer que ha tenido un hijo vivo anteriormente-. En la OPG secundaria, el pronóstico de éxito del embarazo es mejor.⁸

El riesgo de pérdida del embarazo es del 11-13% en el primer embarazo. Después de una pérdida espontánea del embarazo, aumenta al 14-21%, después de dos al 24-29% y después de tres al 31-33%.³ Por otro lado, un embarazo satisfactorio puede reducir el riesgo en embarazos posteriores. Varios factores influyen en este riesgo, como la edad gestacional de la pérdida, el intervalo entre embarazos, la edad materna y las alteraciones cromosómicas.⁹

La etiología de la RGP es múltiple y se han identificado varios factores que influyen directamente en el desarrollo embrionario temprano. El 50% de los casos tienen una etiología inexplicada, y se trata de un grupo muy heterogéneo, con pérdidas causadas por el azar o por una causa no identificable. Los factores causales más comunes son alteraciones anatómicas, genéticas, inmunológicas,

trombofilias, endocrinas, infecciosas y ambientales.²

Las mujeres identificadas con RGP pueden presentar anomalías anatómicas uterinas, que se clasifican en congénitas o adquiridas. Con respecto al primer grupo, el útero tabicado es la alteración más comúnmente identificada. La insuficiencia istmocervical puede ser congénita o adquirida y se asocia a la RGP, especialmente en el segundo trimestre.^{8,9}

Los traumatismos intrauterinos resultantes del legrado, la aspiración manual endouterina y la endometritis pueden provocar sinequias y provocar la pérdida del feto debido a la incapacidad del endometrio para favorecer el desarrollo de la placenta.¹⁰ El mioma submucoso está relacionado con la RGP, pero no así los pequeños miomas subserosos e intramurales, que no distorsionan la cavidad.¹¹

Las anomalías genéticas incluyen enfermedades genéticas específicas y alteraciones cromosómicas. Estas alteraciones pueden diagnosticarse utilizando el cariotipo de la pareja o analizando genéticamente el conceptus. La aparición de anomalías genéticas no es exclusivamente hereditaria y puede ocurrir al azar.²

Se han propuesto mecanismos autoinmunes y aloinmunes como causas de la RGP, pero es difícil evaluar el papel de

los factores inmunológicos en el fracaso reproductivo, ya que los mecanismos que permiten a la madre tolerar su conceptus semialógeno no están totalmente dilucidados.¹² Desde el punto de vista autoinmune, el síndrome antifosfolípido (SAF) es la única afección con una asociación bien establecida con la RGP, que es uno de los criterios diagnósticos de la enfermedad.¹³

Con respecto a las trombofilias hereditarias maternas, existe una amplia y contradictoria bibliografía sobre la asociación con las pérdidas en el primer trimestre. Los estudios apuntan a un mayor riesgo de desarrollar RPM en presencia de la mutación G1691A del factor V Leiden, la mutación G20210A de la protrombina y el déficit de proteína S, en comparación con las mujeres sin trombofilias.¹⁴

El síndrome de ovario poliquístico (SOP), la resistencia a la insulina, el control glucémico inadecuado, la hiperprolactinemia, el hipotiroidismo clínico y subclínico no tratado están relacionados con un mayor riesgo de RGP.²

Hasta la fecha, no existen pruebas científicas que apoyen a ningún patógeno como causa del RGP.¹¹ La ingesta de cafeína superior a 300 mg al día, las dosis elevadas de alcohol, el tabaquismo y la obesidad aumentan significativamente el

riesgo de aborto, pero no existen pruebas concretas de su relación con la RGP.^{9,15}

Así, considerando las posibles causas de RPM, el objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las mujeres con RPM en un servicio de prenatal de alto riesgo de un hospital universitario de Paraíba. Estudios como este pueden contribuir a una mejor comprensión de los aspectos epidemiológicos involucrados y pueden ser útiles para mejorar la atención en el servicio, así como para la construcción de políticas públicas que atiendan a las mujeres, que representan el 70% de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS).¹⁶

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y cuantitativo realizado en el servicio de prenatal de alto riesgo de un hospital universitario del nordeste de Brasil. El servicio prenatal de alto riesgo (PNAR) es una continuación de la Unidad de Salud de la Mujer, que sigue los principios del Hospital Amigo del Niño y del Cuidado Amigo de la Mujer y las directrices de la Red Cigüeña y actualmente de la Red de Atención Materno Infantil (RAMI), que es una actualización de la propuesta de la Red Cigüeña, ambas con el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil en el país. Es un hospital de referencia, pero no es el

único que realiza atención prenatal de alto riesgo. De media, en el PNAR se realizan unas 827 consultas.

Se analizaron todas las historias clínicas de las pacientes atendidas entre enero de 2015 y diciembre de 2021 que fueron derivadas para atención prenatal de alto riesgo debido a tres o más pérdidas gestacionales. Se incluyeron en el estudio las mujeres que tuvieron tres o más pérdidas gestacionales antes de la semana 24 de embarazo, fueran secuenciales o no. Se excluyeron las pacientes menores de 18 años y con abortos inducidos.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, ya que la RGP tiene una prevalencia baja y el número de mujeres que acuden cada año al servicio por este motivo es reducido. También se decidió realizar un estudio retrospectivo, analizando las historias clínicas para incluir el mayor número posible de pacientes.

Los datos se recogieron de historias clínicas entre febrero y agosto de 2022 en el Servicio de Historias Clínicas y Estadísticas (SAME) del hospital de referencia. Las historias clínicas analizadas se seleccionaron a partir de los registros de cribado de la Clínica Prenatal de Alto Riesgo del hospital.

Las variables se recogieron mediante el instrumento de recogida de datos elaborado por los autores y se registraron

en una hoja de cálculo Excel para su posterior análisis estadístico. Algunos datos no pudieron recogerse por falta de información en las historias clínicas. En este estudio se analizaron las siguientes variables socioeconómicas (edad; procedencia; ocupación habitual; nivel de estudios; color; estado civil), antecedentes obstétricos (número de abortos, número de embarazos viables previos, resultado del último embarazo), relacionadas con el útero (alteraciones anatómicas, exploración diagnóstica y número de evacuaciones uterinas), valoración genética y presencia de comorbilidades (síndrome de ovario poliquístico, trombofilia, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperprolactinemia y otra causa).

En segundo lugar, de septiembre a diciembre de 2022, se contactó con las participantes a través del número de teléfono que figuraba en sus historias clínicas. Las mujeres que respondieron a la llamada fueron invitadas a participar en la investigación, con orientación sobre los objetivos del estudio, los métodos de investigación, los riesgos y beneficios y la garantía de su anonimato y la confidencialidad de los datos, y de que la participación era voluntaria, sin ningún cargo ni remuneración. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el formulario de consentimiento informado en línea fueron entrevistados y

se analizaron las mismas variables recogidas en las historias clínicas, además de la renta per cápita.

En cuanto a los aspectos éticos, el proyecto fue enviado al Comité de Ética del Centro de Ciencias Médicas (CCM) de la Universidad Federal de Paraíba para su aprobación bajo el CAAE 50671821.9.0000.8069.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando *IBM SPSS Statistics 21*. Las variables cualitativas se describieron como frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas como media con desviación estándar o mediana con máximo y mínimo. La normalidad se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

En este estudio se seleccionaron 76 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión, de las cuales se excluyó una debido a información divergente. En cuanto a las entrevistas, 31 pacientes contestaron al teléfono y firmaron el formulario de consentimiento en línea. De las entrevistadas, 3 fueron excluidas del estudio por haber sufrido abortos inducidos, sumando menos de tres pérdidas de embarazos espontáneos. El total final de participantes en el estudio fue de 72. Se analizaron 72 historias clínicas. Veintiocho participantes fueron entrevistadas por

teléfono, además de analizar sus historias clínicas.

La mayoría de los participantes eran residentes en João Pessoa-PB, lo que correspondía al 75% del total. El resto de los pacientes procedían de otras ciudades del estado.

En cuanto a la ocupación, los participantes se clasificaron según la división establecida por el IBGE (2002). Se añadieron las categorías "hogar" y "agricultura". La gran mayoría de las mujeres de este estudio se incluyó en la categoría "doméstica", seguida de las ocupaciones de servicios, que correspondieron al 40,2% y al 23,6%, respectivamente. Las demás ocupaciones eran: 6,9% mal definidas, 6,9% ocupaciones administrativas, 5,6% ocupaciones de servicios de higiene personal, 5,6% ocupaciones técnicas, científicas, artísticas y similares, 4,2% maestra, 1,4% ocupaciones manufactureras, 1,4% artistas, afines y auxiliares, 1,4% agricultora. No se registró ninguna ocupación para el 2,8%.

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría pertenecía a la categoría de bachillerato, con un 55,6%, seguida de un 22,2% con estudios primarios, un 18% con estudios superiores y un 1,4% sin estudios. No fue posible diferenciar entre las categorías de educación completa o

incompleta. No había información en los historiales médicos del 2,8% de la muestra.

El grupo de entrevistados (n=28) también fue evaluado en términos de renta per cápita. La gran mayoría, el 82,1%, vivía con menos de 1 salario mínimo per cápita, el 14,3% con entre 1 y 2 salarios mínimos y el 3,6% con entre 2 y 3 salarios mínimos.

De las setenta y dos pacientes, 52,8% se declararon morenas, 19,4% negras, 18% blancas, 4,2% amarillas y 4,2% indígenas. En cuanto al estado civil, 50% de las mujeres estaban en unión estable, 30,5% casadas, 16,7% solteras y 1,4% divorciadas. El 1,4%, correspondiente a una paciente en términos absolutos, no tenía información sobre estas variables en su historia clínica.

La edad se tomó como la edad a la que la paciente entró en atención prenatal de alto riesgo en el hospital de referencia donde se llevó a cabo la investigación durante su último embarazo. La edad media de las pacientes fue de 31,5 años, con una desviación típica de 6,53. La edad mostró una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov; $p>0,05$).

En cuanto al número de pérdidas de embarazos, la mayoría de las pacientes tuvieron tres pérdidas, correspondientes al 75% del total, como se muestra en la Tabla 1. La mediana del número de pérdidas de embarazos fue de 3, con un mínimo de 3 y

un máximo de 14 y un rango intercuartílico de 0,8.

La mayoría de estas mujeres, el 70,8%, habían tenido anteriormente embarazos satisfactorios. El número de embarazos previos se muestra en la Tabla 2.

En cuanto al resultado del último embarazo en el que estaban siendo controladas, el 70,8% tuvo un embarazo viable. La distribución de los resultados se muestra en la Tabla 3.

Tabla 1 - Distribución de frecuencias del número de pérdidas de embarazo entre las mujeres con pérdida recurrente de embarazo n=72, 2023.

Número de pérdidas de embarazo	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Tres	54	75
Cuatro	8	11
Cinco	4	5,6
Seis	2	2,8
Siete	1	1,4
Nueve	1	1,4
Once	1	1,4
Catorce	1	1,4
Total	72	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 2 - Distribución de frecuencias del número de embarazos previos satisfactorios de las mujeres con pérdida recurrente del embarazo n=72, 2023.

Nº de embarazos anteriores con éxito	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Cero	21	29,2
Una	23	31,9
Dos	20	27,8
Tres	3	4,2
Más de tres	5	6,9
Total	72	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 3 - Distribución de frecuencias del tipo de resultado del último embarazo de las mujeres con pérdida recurrente del embarazo, n=72, 2023.

Tipo de resultado del último embarazo	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Éxito	51	70,8
Nueva pérdida de embarazo	5	6,9
Muerte intrauterina	2	2,8
Muerte neonatal	2	2,8
En curso	2	2,8
Pérdida de seguimiento en el servicio	9	12,5
Derivación a otro servicio laboral	1	1,4
Total	72	100

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la presencia de alteraciones anatómicas en el útero, el 6,9% presentaba miomas, pero no fue posible clasificar el tipo ni el tamaño. El 2,8% presentaba sinequias y el 1,4% útero tabicado. El 88,9% no tenía diagnóstico de alteración anatómica.

La mayoría de estos datos se obtuvieron (90,2%) mediante ecografía

obstétrica. El resto se evaluaron fuera del periodo gestacional: el 4,2% mediante ecografía transvaginal y el 5,6% mediante videohisteroscopia.

En cuanto a las evacuaciones uterinas (legrado o aspiración manual endouterina), la mayoría de las mujeres se habían sometido al menos a una evacuación, según la Tabla 4.

Tabla 4 - Distribución de frecuencias del número de evacuaciones uterinas previas en mujeres con pérdida recurrente del embarazo n=72, 2023.

Número de evacuaciones uterinas	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Cero	20	27,8
Un	17	23,6
Dos	12	16,6
Tres	20	27,8
Cuatro	3	4,2
Total	72	100

Fuente: elaboración propia

El cariotipo de la pareja sólo se realizó en el 1,4% de la muestra para la investigación genética de la pérdida del embarazo. El cariotipo sólo de la madre se realizó en el 1,4% de la muestra. No se identificaron alteraciones en estos análisis. No había datos sobre el análisis genético del conceptus.

En cuanto al síndrome de ovario poliquístico, el 11,1% de las participantes tenían un diagnóstico en su historial

médico o lo mencionaron durante una entrevista. El 2,8% estaban diagnosticadas de diabetes mellitus y el 1,4% de hipotiroidismo. En cuanto a la investigación de la causa trombofílica, el 59,7% de todos los pacientes no habían sido investigados por trombofilia. El 25% habían iniciado una investigación pero no la habían concluido. En el 12,5% se había descartado este diagnóstico y en el 2,8% se había confirmado.

Tabla 5 - Distribución del *estado de investigación* de la causa trombofílica de las mujeres con pérdida recurrente del embarazo n=72, 2023.

<i>Estado de investigación trombofílica</i>	Valor absoluto	Valor relativo (%)
No investigado	20	27,8
Investigación no finalizada	17	23,6
Descartado	12	16,6
Confirmado	20	27,8
Total	72	100

Fuente: elaboración propia

Otras posibles causas de pérdida del embarazo identificadas en las historias clínicas fueron: consumo de alcohol y drogas ilícitas durante el embarazo (1,4%) e insuficiencia istmocervical (1,4%). No se registró ninguna paciente con hiperprolactinemia.

Se recogió el peso y la talla de las pacientes para evaluar la obesidad mediante el IMC. Sin embargo, no fue posible estandarizar la muestra, dado que no se había registrado el peso pregestacional de la mayoría de las pacientes y la edad gestacional en la primera cita prenatal de alto riesgo era muy variable, lo que hacía imposible comparar el peso registrado en ese momento.

DEBATE

No existe consenso en la literatura sobre la definición de pérdida recurrente del embarazo, y su estudio supone un gran reto. Las principales sociedades que investigan el tema han ido actualizando sus criterios diagnósticos a lo largo de los

años.^{4,5,6} Este avance conceptual es importante, ya que a pesar de su baja prevalencia, la pérdida del embarazo puede ser una experiencia emocionalmente traumática, generando angustia y frustración en estas mujeres. Además, estas actualizaciones pueden ayudar a identificar antes las causas prevenibles y tratables, lo que puede conducir a un mejor pronóstico.

En este estudio, optamos por incluir sólo a mujeres con tres o más pérdidas de embarazo, porque el servicio de referencia donde se realizó este estudio utiliza este punto de corte en su práctica.⁷ Además, este límite parece más seguro para caracterizar el perfil de estas mujeres.⁴ Se consideraron pérdidas consecutivas y no consecutivas y no se identificó la edad gestacional exacta de las pérdidas, ya que no fue posible diferenciarlas mediante las historias clínicas e incluso en las entrevistas las mujeres tuvieron dificultades para recordar esta información.

Idealmente, el servicio recomienda que la investigación de las pacientes con

RGP tenga lugar en el periodo intergestacional.⁷ Sin embargo, la información obtenida en este estudio se refería sobre todo al último seguimiento prenatal, ya que la mayoría de estas mujeres abandonaron el servicio y una minoría había sido investigada fuera del periodo gestacional.

En general, los pacientes residían en João Pessoa (75%), lo que puede estar asociado a una mayor facilidad de acceso en comparación con los residentes de las ciudades del interior del estado.

La mayoría de las mujeres eran amas de casa (40,2%), habían iniciado o concluido la enseñanza media (55,6%) y tenían un ingreso per cápita inferior a un salario mínimo (82,1%) - este último dato se obtuvo sólo de las pacientes entrevistadas. Estas características socioeconómicas pueden estar asociadas a la dificultad de acceso a exámenes complementarios para la evaluación etiológica de la RMP y a la pérdida de vinculación con el servicio observada en este estudio.

En cuanto al color, de los setenta y dos pacientes, la mayoría se declaraba negra (morena o negra), con un total del 72,2%. Además, en cuanto al estado civil, el 50% de los participantes estaban en unión estable y el 30,5% estaban casados. Estos datos son similares a los encontrados en un estudio epidemiológico realizado en

Salvador, Bahía, en 2014, en el que la gran mayoría de los pacientes también se declararon negros y estaban casados o en unión estable.¹⁷

El hecho de que la mayoría de las pacientes se encuentren en una unión estable o casadas puede asociarse a una mayor estabilidad emocional para afrontar la pérdida del embarazo y disposición a realizar nuevos intentos¹⁷. En nuestro estudio, encontramos que el 70,8% de las pacientes tuvieron al menos 5 intentos de embarazo cuando sumamos el número mínimo de pérdidas de embarazo (tres), los embarazos viables previos (tabla 3) y el último seguimiento prenatal de referencia para la información obtenida en este estudio.

La literatura señala el avance de la edad como un factor independiente en la pérdida del embarazo, con un aumento significativo después de los 35 años¹⁸. La edad media de las pacientes fue de 31,5 años ($\pm 6,5$). Dado que la edad recogida fue la del último control prenatal, estas mujeres tenían pérdidas de embarazo previas a una edad más temprana. Además, el 70,8% de estas pacientes tenían embarazos viables previos. En este sentido, estos factores asociados pueden haber influido en el hecho de que la mayoría de las pacientes también tuvieran embarazos viables durante su último seguimiento prenatal (70,8%), dado que estos aspectos

confieren un mejor pronóstico, como ya se ha descrito.⁹

En cuanto a las alteraciones anatómicas uterinas congénitas, el útero tabicado es la principal causa de RGP.⁸ Esta malformación se identificó en el 1,4% de las participantes y fue la única causa congénita observada. En cuanto a las alteraciones adquiridas, se identificaron sinequias en el 2,8% de las pacientes, todas ellas con antecedentes de evacuaciones uterinas previas. En cambio, si consideramos todas las pacientes que tuvieron evacuaciones uterinas (72,2%), sólo el 3,8% presentaban sinequias. En cuanto a los miomas, la literatura señala los miomas submucosos que distorsionan la cavidad uterina como posible causa de pérdida del embarazo.¹¹ Esta asociación no pudo evaluarse en este estudio, ya que no fue posible recoger con precisión la localización, el tamaño y la relación con la cavidad uterina.

La bibliografía muestra que la mayoría de las pérdidas de embarazo se deben a causas genéticas. Sin embargo, estas alteraciones pueden ocurrir por azar, sin herencia de los padres. No existe consenso entre las sociedades que estudian el tema sobre la necesidad o el momento ideal para realizar un cariotipo de la pareja o un análisis genético del conceptus.^{2,4,5,6,11} Sólo el 2,8% de los pacientes se sometieron a una investigación genética

complementaria. Además de la falta de consenso sobre el uso de estos métodos, este bajo porcentaje se explica por la dificultad de llevarlos a cabo debido a cuestiones logísticas y al aumento de los costes de la investigación.

De las posibles causas metabólicas de RGE, el SOP fue la principal identificada (11,1%), pero cabe señalar que no fue posible identificar los criterios utilizados para el diagnóstico. Sólo el 2,8% de las mujeres fueron diagnosticadas de DM previa al embarazo y el 1,4% de hipotiroidismo. Es importante señalar que la asociación con la pérdida del embarazo está relacionada con el mal control de la enfermedad.² La insuficiencia istmocervical fue identificada por el 1,4% como causa de PGR, y esta asociación está bien documentada en la literatura cuando ocurre en el segundo trimestre.⁹ Por otra parte, el consumo de alcohol y drogas ilícitas durante el embarazo, identificado en el 1,4% de las mujeres, tiene una asociación aún no demostrada con la pérdida recurrente del embarazo, a pesar de que existe una relación bien establecida con la pérdida esporádica del embarazo.^{9,15}

Menos de la mitad de los pacientes fueron investigados para trombofilia, de los cuales sólo poco más de $\frac{1}{3}$ pudieron ser finalizados. Posiblemente, este contexto esté correlacionado con la escasa disponibilidad de recursos, como se ha

comentado anteriormente, para realizar pruebas con marcadores serológicos, así como con la pérdida de seguimiento.

No se identificaron otras manifestaciones clínicas relacionadas con la RMP. Cabe destacar que la mayoría de las mujeres no habían sido investigadas previamente con pruebas complementarias en el periodo intergestacional por causas de RMP, lo que puede haber repercutido en la identificación de estas alteraciones.

CONCLUSIONES

El perfil clínico-epidemiológico observado en nuestro estudio fue de mujeres con edad media de 31,5 años, de domicilio, castañas, en unión estable, con al menos tres pérdidas de embarazo, embarazos viables previos y un nuevo embarazo con éxito. Las causas identificables fueron útero septado, sinequias, trombofilia e insuficiencia istmocervical. Otras causas identificadas fueron mioma, síndrome de ovario poliquístico, diabetes mellitus e hipotiroidismo, pero no fue posible identificar la relación con la cavidad uterina, los criterios diagnósticos y la falta de control glucémico, respectivamente, lo que impide valorar estos factores como causa de RGP.

Se observó que la mayoría de las pacientes no tenían una etiología definida para su OPG. Se puede deducir que,

aunque se trata de un tema con repercusiones emocionales traumáticas para las mujeres, todavía no hemos conseguido dar respuestas más satisfactorias en cuanto a las causas de la OPG. Estudios más profundos en este ámbito podrían contribuir a aclarar más las cosas.

Las principales limitaciones de este estudio se refieren a la recogida de datos a partir de historias clínicas. No fue posible obtener algunos datos, como la edad gestacional en el momento de la pérdida del embarazo, el peso previo, los criterios diagnósticos del SOP, las características anatómicas de los miomas, el control de la diabetes mellitus y el hipotiroidismo.

La RGP sigue siendo un tema controvertido en la literatura, pero se ha ido actualizando a lo largo de los años. Sugerimos que los servicios de salud basen sus protocolos de investigación de la RGP en referencias actualizadas basadas en la evidencia científica y en nuevos estudios epidemiológicos locales.

Apoyo financiero: Este estudio no recibió financiación. El estudiante recibió una beca de Iniciación Científica del CNPq.

REFERENCIAS

1. Ferriani RA, Reis RM, Navarro PA. Perda gestacional recorrente. *Femina* [Internet]. 2020 [citado em 24 jul 2023]; 47(5):295-98. Disponível em:

- <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046519/femina-2019-475-295-298.pdf>
2. Oliveira ECF, Lemos CNC, Cavallo IKD. Atualidades em perda gestacional de repetição: definição, diagnóstico e propedêutica. *Femina* [Internet]. 2020 [citado em 24 jul 2023]; 48(11):699-704. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140185/femina-2020-4811-699-704.pdf>
 3. Stirrat GM. Recurrent miscarriage. *Lancet* [Internet]. 1990 [citado em 24 jul 2023]; 336(8716): 673-75. doi: 10.1016/0140-6736(90)92159-f
 4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. [Internet]. 2012 [citado em 19 jul 2023]; 98(5):1103-13. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.06.048
 5. The ESHRE Guideline Group on RPL Atik RB, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open* [Internet]. 2022 [citado em 19 jul 2023]; 2023(1):1-7. doi: 10.1093/hropen/hoad002
 6. Regan L, Rai R, Saravelos S, Li TC, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent miscarriage: green-top guideline n. 17. *BJOG* [Internet]. 2023 [citado em 22 jul 2023]; 130(12):e9-e39. doi: 10.1111/1471-0528.17515
 7. Espinola AR, Nóbrega ABS, Oliveira EBPM, Ayres JSML, Souto MNM, Gadelha RMW, et al. Abortamento. In: Espinola AR, Nóbrega ABS, Oliveira EBPM, Ayres JSML, Souto MNM, Gadelha RMW, et al. Protocolo de assistência obstétrica: rede cegonha. João Pessoa: Ideia; 2020. p. 13-25.
 8. Homer AH, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril*. [Internet]. 2000 [citado em 19 jul 2023]; 73(1):1-14. doi:10.1016/s0015-0282(99)00480-x
 9. Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: definition and etiology. *UpToDate* [Internet]; 2023 [citado em 26 jul 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology?source=mostViewed_widget
 10. Yu D, Li TC, Xia E, Huang X, Liu Y, Peng X. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril*. [Internet]. 2008 [citado 24 jul 2023]; 89(3):715-22. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.03.070
 11. Homer HA. Modern management of recurrent miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. [Internet]. 2019 [citado em 25 jul 2023]; 59(1):36-44. doi: 10.1111/ajo.12920
 12. Kallen CB, Arici A. Immune testing in fertility practice: truth or deception? *Curr Opin Obstet Gynecol*. [Internet]. 2003 [citado em 24 jul 2023]; 15(3):225-231. doi:10.1097/00001703-200306000-00003
 13. Reindollar RH. Contemporary issues for spontaneous abortion. Does recurrent abortion exist? *Obstet Gynecol Clin North Am*. [Internet]. 2000 [citado em 19 jul 2023]; 27(3):541-54. doi:10.1016/s0889-8545(05)70154-6
 14. Liu X, Chen Y, Ye C, Xing D, Wu R, Li F, Chen L, Wang T. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. [Internet]. 2021 [citado em 26 jul 2023]; 36(5):1213-29. doi: 10.1093/humrep/deab010
 15. Christiansen OB, Andersen AMN, Bosch E, Daya S, Delves PJ, Hviid TV, Kutteh WH, Laird SM, Li TC, van der Ven K. Evidence-based investigations and treatments of recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*. [Internet]. 2005 [citado em 25 jul 2023]; 83(4):821-39. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.12.018
 16. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípio e diretrizes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da

Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

17. Costa OLN, Santos EMF, Netto EM. Aspectos epidemiológicos e obstétricos de mulheres com perdas recorrentes da gravidez em uma maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2014 [citado em 25 jul 2023]; 36(11):514-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005007>

18. Andersen AMN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ [Internet]. 2000 [citado em 26 jul 2023]; 320(7251):1708-12. doi: [10.1136/bmj.320.7251.1708](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7251.1708)

RECIBIDO: 26/08/23

APROBADO: 25/01/24

PUBLICADO: 02/2024