

Trabajos Originales

TIEMPO RECOMENDADO PARA UNA NUEVA CONCEPCIÓN
POST ABORTO ESPONTÁNEO

Estebeni Baltra E.^a, Tomás de Mayo G.^a, María de los Ángeles Rojas G.^a, José Antonio Arraztoa V.¹

¹ Departamento de Ginecología y Obstetricia y Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago de Chile.

^a Internos de Medicina, Universidad de los Andes.

RESUMEN

Antecedentes: La recomendación del clínico acerca del tiempo a esperar para una nueva concepción post aborto espontáneo correspondería a una práctica basada en la experiencia y no en la evidencia. *Objetivo:* Análisis crítico de la literatura científica, en relación al tiempo de espera para intentar un nuevo embarazo en pacientes con aborto espontáneo, y los resultados materno-perinatales asociados a las diferentes conductas. Búsqueda sistemática en múltiples bases de datos. *Resultados:* Se encontraron sólo tres artículos relacionados, los que fueron incluidos en el análisis. De éstos, dos trataban con muestras de pacientes específicamente sobre aborto espontáneo, y uno sobre aborto espontáneo y aborto inducido. Los dos primeros muestran que no existen diferencias significativas en los resultados maternos y perinatales con diferentes intervalos para intentar un nuevo embarazo. Sin embargo, el tercero concluyó que un intervalo menor a 6 meses se asocia significativamente a resultados perinatales y maternos adversos. Los tres estudios son de carácter retrospectivo de series de casos, lo que otorga un nivel de evidencia y grado de recomendación 4 C. *Conclusión:* No hay evidencia científica sustentable para recomendar un determinado tiempo de espera para intentar un nuevo embarazo después de un aborto espontáneo.

PALABRAS CLAVE: ***Aborto espontáneo, pronóstico materno y perinatal***

SUMMARY

Background: The interval a woman should wait after a miscarriage before attempting a new pregnancy reflects a clinical experience than the evidence. *Objective:* To make a critical analysis of the available literature regarding how much time a woman should wait before attempting a new pregnancy after a spontaneous abortion, and if the intervals are associated with adverse maternal and neonatal outcomes. A systematic research was done. *Results:* Only three studies were found according to the searching criteria. Two of them, used only patients with spontaneous abortion, and the third one included patients with spontaneous abortion and induced abortion. The results of the first two studies showed that there are no significant differences in maternal and perinatal outcomes related to a defined interpregnancy interval. However, the one including induced abortion concluded that a waiting interval less than six months is significantly associated with adverse maternal and neonatal outcomes. All of them correspond to retrospective case series studies and

with a level of evidence and grade of recommendation 4 C. *Conclusion:* There is not scientific evidence to recommend a specific interpregnancy interval after a spontaneous abortion.

KEY WORDS: *Spontaneous abortion, maternal and neonatal outcomes*

INTRODUCCIÓN

El término aborto espontáneo, se refiere a un embarazo que termina espontáneamente antes de la viabilidad (1). La OMS, lo define como la expulsión de un embrión o feto cuyo peso es menor a 500 g. Generalmente, este peso corresponde a las 20 - 22 semanas de gestación. Es la complicación más frecuente del embarazo inicial. Aproximadamente el 20% de los embarazos presentará algún sangrado antes de las 20 semanas, y alrededor de la mitad de éstos terminará como un aborto espontáneo (2). Se estima que 8 a 20% de los embarazos clínicamente reconocidos bajo las 20 semanas de gestación terminarán en un aborto espontáneo; 80% de éstos ocurrirá antes de las 12 semanas (3-5).

No hay cifras científicamente fundadas para describir la frecuencia de abortos espontáneos antes de manifestarse el embarazo por atraso menstrual (6). Resulta común que el clínico aconseje acerca del intervalo de tiempo determinado que la pareja debe esperar para una nueva concepción. Existen diversas tendencias en cuanto a esta indicación: 1 ó 2 ciclos completos de espera, siendo 3 a 6 meses lo más frecuentemente indicado. La base de ésta indicación respondería mas bien a una práctica histórica basada en la experiencia clínica, sin ser, muchas veces, sustentada por evidencia médica obtenida por estudios clínicos que lo avalen.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis crítico de la literatura respecto al intervalo de espera para un nuevo embarazo, luego de ocurrido un aborto espontáneo, y los resultados maternos y perinatales asociados e esas conductas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las bases de datos Pubmed, Ebsco, Medline, Cochrane Library, Up To Date, Pre-medline, EMBASE, Biblioteca Central Universidad de Chile, utilizando las siguientes palabras claves: "spontaneous abortion" AND "interpregnancy interval", "miscarriage" AND "new pregnancy", "spontaneous abortion" AND "new pregnancy", "fertility" AND "postabortion", además se utilizaron los términos "outcome" y "prognosis". Se incluyeron a todos

aquellos estudios que trataran dirigidamente sobre el tiempo de espera adecuado para un nuevo embarazo post aborto ya sea espontáneo o provocado.

La pregunta a responder fue: ¿Cuál es el tiempo recomendado para una nueva concepción luego de un aborto espontáneo?, siendo la enfermedad blanco el aborto espontáneo. La intervención correspondió al intervalo de espera entre aborto y un nuevo embarazo y el resultado a evaluar las complicaciones maternas y perinatales.

RESULTADOS

Sólo 3 estudios fueron encontrados según el criterio propuesto (Tabla I), que se describen a continuación.

1. Effect of the interpregnancy interval after abortion on maternal and perinatal health in Latin America (7). Estudio retrospectivo de una muestra de 258.108 mujeres con partos de recién nacidos vivos, únicos, con abortos espontáneos o inducidos previos a este embarazo. Los datos son obtenidos en la base de datos del sistema de información perinatal del centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, Uruguay, entre los años 1985 y 2002. *Método:* Se definió el intervalo entre embarazos después de un aborto como el tiempo entre el día del aborto y el primer día del último período menstrual del embarazo siguiente. Se clasificaron los intervalos en forma arbitraria en menor a 2, 3-5, 6-11, 12-17, 18-23, 24-59 y mayor a 60 meses. Se observaron en cada grupo los resultados adversos maternos y perinatales. Se estimó el Odds Ratio (OR) con 95% de intervalo de confianza (CI). Se utilizó el intervalo entre 18 y 23 meses como categoría de referencia puesto que tuvo la menor cantidad de resultados adversos durante el embarazo. Los factores confundentes fueron eliminados. *Resultados:* 4,5% de las mujeres se embarazaron en menos de 6 meses, 45% en menos de 24 meses y 20,9% en más de 59 meses. Se clasificaron las madres según características sociodemográficas y obstétricas. Madre joven, paridad baja, historia de muerte fetal y muerte neonatal temprana, y carencia de cuidados prenatales se asocian con intervalos cortos

Tabla I

ESTUDIOS QUE RELACIONAN INTERVALO ENTRE ABORTO ESPONTÁNEO Y SIGUIENTE EMBARAZO CON EL PRONÓSTICO MATERNO PERINATAL

ESTUDIOS ANALIZADOS

- (7) Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal outcomes in Latin America. Conde-Agudelo A, Belizán, J M, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1:S34-40.

 - (8) Relevance of the miscarriage-new pregnancy interval. Wyss P, Biedermann K, Huch A. *J Perinat Med* 1994; 22(3):235-41.

 - (9) Neonatal outcomes in immediate versus delayed conceptions after spontaneous abortion: a retrospective case series. Goldstein RR, Croughan MS, Robertson PA. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(6):1230-4.
-

entre aborto y nuevo embarazo. En mujeres en las cuales el intervalo fue mayor, hubo una asociación más importante con mayor edad e historia de hipertensión arterial crónica. No se observaron diferencias claras en relación a antecedente de bajo peso al nacer, estado marital, educación materna y tabaco durante el embarazo. En cuanto a los resultados maternos se observó que mujeres con intervalo corto (menor a 6 meses), presentaron mayor incidencia de rotura prematura de membranas (RPO), metrorragia del tercer trimestre y anemia. En intervalos largos (mayor a 59 meses), se observó mayor frecuencia de preeclampsia, eclampsia y diabetes gestacional. En los resultados perinatales se observó mayor porcentaje de bajo peso de nacimiento (menor a 2500 g), muy bajo peso de nacimiento (menor a 1500 g), prematuridad (menor a 37 semanas) y prematuridad extrema (menor a 32 semanas), en los recién nacidos concebidos en un intervalo menor de 6 meses. Mujeres con un intervalo menor a 3 meses, comparadas con intervalo de 18-23 meses presentaron un aumento en 80% en el riesgo de anemia (OR ajustado 1,8; 95% CI, 1,4-2,2) y un 70% de aumento de riesgo de RPO (OR ajustado 1,7; 95% CI 1,4-2,2). RN concebidos

en menos de 3 meses tienen un riesgo 2,5 veces mayor que los RN entre los 18-23 meses de ser bajo peso al nacer (OR ajustado 2,7; 95% CI, 2,3-3,2), muy bajo peso al nacer (OR ajustado 2,6; 95% CI, 1,9-3,2), prematuro (OR ajustado 2,6; 95% CI, 2,2-3,1) y muy prematuro (OR ajustado 2,6; 95% CI, 1,9-2,4). No se observaron diferencias significativas según intervalos para metrorragia de tercer trimestre, hemorragia postparto, endometritis puerperal, pre eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, PEG, Apgar bajo a los 5 minutos, muerte fetal y muerte neonatal.

Validación del estudio: Presenta una muestra homogénea, definida y representativa del universo, y los factores confundentes fueron eliminados. El tiempo de recolección de datos es de 8 años, utilizándose una base de datos completa y confiable. Los datos son bien definidos, dado que los criterios se encuentran claramente delimitados. Los desenlaces fueron definidos en forma objetiva, en tablas que entregan todos los resultados perinatales y maternos en forma detallada. Además se presentó una tabla con los valores de Odds Ratio (OR), ajustados para los resultados perinatales y maternos adversos. No se clasificaron las pacientes en

subgrupos. Los factores pronósticos obtenidos no fueron validados en una muestra independiente de pacientes. La muestra utilizada es compuesta por pacientes de distintos centros hospitalarios de toda Latinoamérica, incluyendo Chile, por lo que hace a los pacientes similares a los de nuestra realidad nacional. A pesar de ser un trabajo que presenta una muestra significativa, multicéntrico y con resultados claramente definidos, se trata de un estudio pronóstico de series de casos según el centro de medicina basada en evidencia de Oxford con un nivel de evidencia y fuerza de recomendación 4 C (10).

2. Relevance of the miscarriage-new pregnancy interval (8). Estudio de carácter retrospectivo cuyo objetivo fue investigar si la espera para lograr una nueva concepción luego de un aborto espontáneo, disminuye el riesgo (Relative-Risk o R-risk) de un nuevo aborto espontáneo y de prematuridad. Se estudió además la asociación entre paridad y el riesgo relativo (RR) de un nuevo aborto espontáneo. *Método:* Entre 1986-1991, fueron hospitalizadas 1530 mujeres por aborto espontáneo (completo, incompleto y retenido). El 18% (n=272) acudieron debido a un nuevo embarazo en el primer año. Se definió aborto como aquella gestación que terminó en forma espontánea antes de las 22 semanas. El intervalo de embarazo fue definido como el tiempo entre el legrado y el día de la concepción (día 14 del ciclo). Se utilizó el test de Chi cuadrado, con un valor $p < 0,05$. *Resultados:* De las 272 mujeres que concibieron dentro del primer año, el 20% (n=55) volvió a tener un nuevo aborto espontáneo y el 80% restantes (n=217) obtuvo un embarazo exitoso. Entre estos dos grupos no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad o factores de riesgo para un nuevo aborto. Al comparar el RR para aquellas pacientes que concibieron en menos de 90 días (n=65) y aquellas que concibieron en más de 90 días (n=207), no hubo diferencias significativas para un nuevo aborto (26 y 18% respectivamente). Al definir el intervalo de embarazo en 180 días no se encontraron diferencias significativas. En aquellas mujeres multíparas se encontró un riesgo significativamente menor para un nuevo aborto en comparación con las nulíparas. El porcentaje fue de un 14 y 30% respectivamente. De las mujeres que concibieron antes de los 90 días postaborto el 90% (43/48) tuvo el parto a término y el 10% (5/48) restante entre las 34 y 37 semanas de gestación. Cuando la concepción ocurrió después de los 90 días postaborto el 93% (157/169) llegó a término. Del 7% restante (12/169) el 58% (n=7) terminó su embarazo antes de las 34 semanas. No se encontraron diferencias significativas en los resultados para prematuridad en ambos grupos. Al definir el in-

tervalo de concepción en 180 días, no se encontró una correlación estadísticamente significativa para prematuridad, en grupos que concibieron dentro de 180 días y después de 180 días respectivamente.

Validación del estudio: La muestra escogida fue previamente definida. Si las pacientes cursaban con un nuevo embarazo dentro de máximo un año de ocurrido el aborto, eran incluidas en la muestra, que representa el 18% del total de las pacientes hospitalizadas por aborto espontáneo durante los 6 años de estudio. El seguimiento de los casos se realizó durante seis años sin interrupción, dando un intervalo de estudio completo. Los desenlaces fueron definidos en forma objetiva y no enmascarada. No se identificaron subgrupos de pacientes con pronóstico distinto. No se realizó una muestra control para validar los resultados. Las pacientes seleccionadas en este estudio corresponden a un hospital Universitario en Zurich, Suiza, por lo cual los datos no resultarían extrapolables a nuestra realidad. Según lo expuesto, además de ser este trabajo un estudio pronóstico de serie de casos, presenta según el centro de medicina basada en evidencia de Oxford, un nivel de evidencia y fuerza de recomendación 4 C (10).

3. Neonatal outcomes in immediate versus delayed conceptions after spontaneous abortion: a retrospective case series (9). El objetivo de este estudio retrospectivo es determinar diferencias en los resultados neonatales entre embarazos exitosos concebidos inmediatamente después de un aborto espontáneo y aquellos concebidos luego de dos ciclos menstruales ó 100 días de ocurrido el evento. *Método:* Los datos fueron obtenidos de la Base Perinatal de la Universidad de California-San Francisco, entre los años 1985 y 1998. De 268 mujeres con partos de RN únicos con un aborto espontáneo previo a este embarazo, 64 cumplieron los criterios de selección; 19 pacientes de este grupo concibieron inmediatamente después del aborto, con uno o ningún ciclo menstrual transcurrido desde el evento hasta el embarazo, constituyendo el grupo "inmediato" En tanto, los 45 pacientes restantes concibieron luego de transcurridos 2 periodos menstruales o al menos 100 días de intervalo entre eventos, constituyendo el grupo "tardío". Para el análisis de los datos, se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, Test de Fisher, y test de Student con dos colas. Las características sociodemográficas y los elementos de la historia obstétrica para ambos grupos, no demostraron diferencias estadísticamente significativas. *Resultados:* Se analizaron los resultados perinatales y neonatales para ambos grupos, inmediato y tardío. Los resultados perinatales, incluyeron: amenaza de parto prematuro, parto de pretérmino (antes de las 37 semanas),

rotura prematura ovular, partos vaginales que incluye partos vaginales normales espontáneos y partos instrumentales (fórceps y/o vacuum), operación cesárea, y finalmente partos programados. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en los resultados perinatales para ambos grupos. Los resultados neonatales, incluyeron las siguientes variables: peso de nacimiento (menor a 1.500 g, entre 1.500 y 2.500 g, entre 2.500 y 4.000 g y mayores a 4.000 g), Apgar de 5 minutos <7, pacientes admitidos en cuidados intensivos, malformaciones congénitas, requerimiento de ventilación mecánica, muerte neonatal, y finalmente el porcentaje de pacientes que presentaron cualquiera de los criterios anteriormente expuestos. Los resultados no muestran diferencias significativas para los criterios anteriormente expuestos, sin embargo para el grupo de concepción tardía existe un aumento de la probabilidad de cualquiera de los siguientes eventos: bajo peso al nacer, Apgar de 5 minutos menor a 7, y admisión a cuidados intensivos.

Validación del estudio: En este estudio la muestra a estudiar fue definida en forma objetiva. Debido a los criterios de inclusión, el número de casos seleccionados fue 64 de 248 (25,8%). Los autores señalan que el tamaño muestral obtenido es insuficiente para obtener una evidencia fuerte en uno de los aspectos evaluados en la investigación. Factores confundentes fueron descartados por análisis estadístico. El seguimiento se realizó durante 14 años, en forma continua. Los desenlaces propuestos fueron definidos en forma objetiva y no enmascarada. No se identificaron subgrupos de pacientes con pronóstico distinto. Los factores pronósticos no fueron validados en muestra independiente de pacientes. El origen de los datos podría influir en la extrapolación de los resultados a nuestro país, ya que las características socioculturales y económicas de ambos lugares no son del todo equiparables, así como también en el funcionamiento y estructuración del sistema de salud. Como se expresó anteriormente, este es un trabajo que cuenta con un número de pacientes insuficientes, además de corresponder a un estudio de serie de casos. Según los niveles de evidencia y fuerza de recomendación del centro de medicina basada en evidencia de Oxford corresponde a 4 C (10).

DISCUSIÓN

Los artículos de la literatura científica que tratan específicamente esta situación clínica son escasos. Luego de una búsqueda sistemática, se encontraron sólo 3 artículos que intentan responder a esta interrogante. Dada la escasez de estudios al

respecto, se incluyó el estudio del Centro de Perinatología y Desarrollo Humano de Montevideo, en el cual la muestra era compuesta también por pacientes con abortos inducidos, lo que no ocurre en los otros dos artículos que tratan sólo de abortos espontáneos (7).

En los tres estudios se recolectaron datos de pacientes en un determinado intervalo de años, que cursaron con un aborto y posterior a este, un nuevo embarazo. Los intervalos de tiempo entre el aborto y el nuevo embarazo fueron definidos arbitrariamente. Éstos se compararon para ver si existían diferencias en los resultados maternos, perinatales y/o neonatales. La estructura de los tres estudios es similar, lo que favorece la comparación entre sus resultados. Todos corresponden a estudios de series de casos referente a pronóstico, lo que define un nivel de evidencia tipo 4 y una fuerza de recomendación tipo C. Sin embargo los tamaños muestrales son distintos entre sí variando desde 64 casos (9) a uno de 258.108 (7). A la vez los resultados que arrojaron los estudios fueron distintos. Los dos trabajos con un tamaño muestral menor que incorporaron sólo abortos espontáneos, no encontraron diferencias significativas para resultados maternos, perinatales y neonatales para los distintos intervalos de tiempo, entre ocurrido el aborto espontáneo y el nuevo embarazo. El estudio de Conde-Agudelo y cols, posee un tamaño muestral significativamente mayor, pero incluye también los abortos provocados (7). Se encontraron diferencias significativas para los distintos intervalos de concepción post aborto. Un intervalo de espera menor a 6 meses se asoció significativamente a un riesgo aumentado de bajo peso de nacimiento, muy bajo peso de nacimiento, prematuridad, prematuridad extrema, anemia materna y RPO. Una probable explicación a estos resultados involucra el hecho de que los abortos provocados se relacionan a un aumento del riesgo de infección, lo que se ha asociado a un aumento de la incidencia de parto pretérmino y RPO (11). Este hecho no permitiría extrapolar estos resultados para un aborto espontáneo.

En la misma línea, es interesante destacar el trabajo Buss y cols (12). Este estudio prospectivo de cohorte, tiene como objetivo determinar la ocurrencia de aborto espontáneo en 11.088 pacientes, y comparar los resultados obtenidos sobre dos bases de datos distintas, a saber datos personales obtenidos mediante entrevista personal, e información obtenida mediante un registro computacional relacionado con el registro del Hospital de Dinamarca. Así, se estimó la tasa de aborto espontáneo en un periodo de dos años. Además se examinaron factores asociados, principalmente reproductivos y

sexuales, los que podrían resultar predictores para un subsecuente evento de aborto espontáneo. Dentro de estos factores destacan edad, escolaridad, estatus marital, número de embarazos previos, aborto espontáneos previos, uso de contraceptivos, uso de dispositivo intrauterino, número de parejas sexuales, proceso inflamatorio pelviano previo, historia de infección por *chlamydia* e intervalo desde último embarazo de término o aborto espontáneo, y el subsecuente evento. Para aquellos casos en los cuales el evento previo había resultado ser un aborto espontáneo, el OR para un nuevo aborto con un tiempo intergestacional menor a 6 meses, fue de 2,1 (95% IC 0,5 a 7,5) lo que no es significativo, probablemente por el escaso número de pacientes (n=21) analizados en este subgrupo. Después de 7 meses de período intergestacional, el OR fue de 1,6 (95% IC 0,4 a 7,2).

CONCLUSIÓN

No existe evidencia significativa suficiente para recomendar un determinado tiempo de espera para intentar un nuevo embarazo, después de un aborto espontáneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(5):839-54.
2. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ* 1997;315(7099):32-4.
3. Harlap S, Shiono, PH. Alcohol, smoking, and incidence of spontaneous abortions in the first and second trimester. *Lancet* 1980; 2(8187):173-6.
4. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE, Armstrong EG, Nisula BC. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1988;319(4):189-94.
5. Wang X, Chen C, Wang L, Chen D, Guang W, French J. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertil Steril* 2003; 79(3): 577-84.
6. Oyarzún E, Serani A. Early abortion: natural failure or lack of a critical spirit? *Rev Med Chile* 1994;122(4): 454-8.
7. Conde-Agudelo A, Belizán, JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal outcomes in Latin America. *Int J Gynecol Obstet* 2005;9 Suppl 1:S34-40.
8. Wyss P, Biedermann K, Huch A. Relevance of the miscarriage-new pregnancy interval. *J Perinat Med* 1994; 22(3):235-41.
9. Goldstein RR, Croughan MS, Robertson PA. Neonatal outcomes in immediate versus delayed conceptions after spontaneous abortion: a retrospective case series. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(6):1230-4.
10. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Hayness B, Dawes M. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Hallado en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025#levels>.
11. Goldenberg RL, Culhane JF. Infection as a cause of preterm birth. *Clin Perinatol* 2003;30(4): 677-700.
12. Buss L, Tolstrup J, Munk C, Bergholt T, Ottesen B, Gronbaek M, Kjaer SK. Spontaneous abortion: a prospective cohort study of younger women from the general population in Denmark. Validation, occurrence and risk determinants. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(4):467-75.