



Mi Universidad

Resumen.

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Resumen.

1° parcial.

Clínicas de ginecología y obstetricia.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Medicina Humana.

7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de septiembre del 2024.



Amenaza de Aborto

Tanto el libro y las guías de práctica clínica mexicanas definen a la amenaza de aborto de diferentes maneras, pero actualmente se le define a este proceso como la presencia de un sangrado transvaginal pero con ausencia dilatación cervical antes de las 22 semanas de gestación, en este mismo proceso puede o no existir dolor abdominal. De igual manera la amenaza de aborto se puede clasificar en:

- Amenaza de aborto temprana: ocurre este proceso en un embarazo de <14 semanas de gestación.
- Amenaza de aborto tardía: se presenta entre la semana 14 y 22 del embarazo.

Epidemiología

Esta es una de las complicaciones obstétricas más comunes, que cuenta con una incidencia de 20 a 25% de los embarazos tempranos; se ha demostrado que se asociado con un incrementos en el riesgo obstétrico, sobretodo una de las causas de hemorragias en el primer trimestre. Otros riesgos asociados son: el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas.

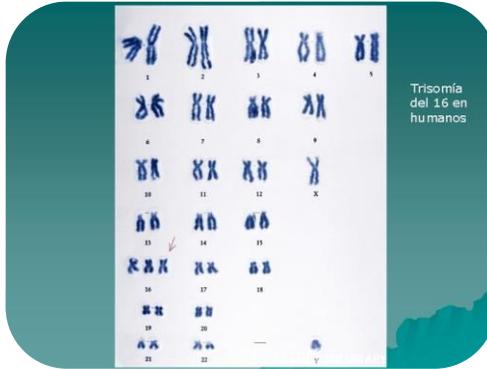
Factores de Riesgo y Etiología

En un 50% de los casos, el riesgo para desarrollar un aborto o amenaza de aborto es por anomalías cromosómicas fetales, en el cual la más común es la cromosopatía tipo trisomía 16; por ende, los factores de riesgo maternos más importantes relacionados con la amenaza de aborto y el aborto son; la edad materna avanzada y antecedente de pérdida temprana del embarazo.





Considerando que se dé un embarazo a los 35 años de edad el riesgo es de 20%, a los 40 años aumenta a un 40% y de 45 años de edad es de un 80%.



Prevención

Se ha concluido que el implementar vitaminas en antes y durante el embarazo puede llegar prevenir el aborto espontaneo; aunque la misma guía menciona que el uso de suplementación con vitamina A y C no ayudan en nada.

Se le debe realizar consultas prenatales a la mujer embarazada, en la primera consulta, idealmente a las 10 semanas, en esos momentos se detecta y proporciona la siguiente información la madre:

- Medir altura, peso y calcular IMC.
- Comprobar Tipo de grupo sanguíneo y estado RhD.
- Detectar anemia, hemoglobinopatías, virus de hepatitis B, VIH, susceptibilidad a Rubeola y sífilis.
- Evaluar edad gestacional con ecografía del primer trimestre y detectar anomalías estructurales.





- Suplementar con ácido fólico.



De igual manera se debe administrar inmunoglobulina humana anti-D en mujeres con Rh negativo con dosis de 100 microgramos (500UI) en el primer embarazo.

Detección

Con base a la clínica es:

- Exploración con especuloscopia para evaluar cérvix.
- Sangrado transvaginal a la 14 a 22 SDG que se incrementa o persiste.
- Con o sin presencia de dolor lumbopelvico y cérvix cerrado.
- Presencia de latido fetal (viabilidad fetal)

Hallazgos de laboratorio:

- Cuantificación de Beta-hCG (normal 1500-2000 mIU/ml).

SEMANAS DE EMBARAZO	RANGOS mIU/ml
3 semanas	5 - 50 mIU/ml
4 semanas	5 - 426 mIU/ml
5 semanas	18 - 7,340 mIU/ml
6 semanas	1,080 - 56,500 mIU/ml
7 - 8 semanas	7,650 - 229,000 mIU/ml
9 - 12 semanas	25,700 - 288,000 mIU/ml
13 - 16 semanas	13,300 - 254,000 mIU/ml
17 - 24 semanas	4,060 - 165,400 mIU/ml
25 - 40 semanas	3,640 - 117,000 mIU/ml





Pronostico

Hallazgos ultrasonograficos para predecir el riesgo de aborto en mujer con viabilidad fetal son:

- Bradicardia fetal: FCF <120 lxm (asociado a muerte fetal) y <85 lpm (muerte fetal).
- Hematoma intrauterino.
- Identificar saco vitelino (10 mm a la 5.5 SDG), saco gestacional y polo fetal.
- Repetir estudio 7 a 10 días después.

Tratamiento

Uso de progesterona vía vaginal con dosis de 400 mg, ayuda a prevenir el aborto, al igual que la dihidroprogesterona.

Se sugiere reposo absoluto hasta 48 hrs, tras el cese de sangrado, suplementar con ácido fólico (0.4 mg c/24hrs VO), administrar dosis de Gonadotropina Corionica Humana (GCH) de 5000 UI/IM hasta las 12SDG, y 17alfa-hidroxiprogesterona 250 mg (IM) después de la 12 SDG.

Además se puede hacer uso de tocolíticos como la atropina o agentes escopolaminas e hioscinas, para alivio del dolor y contribuir a la relajación uterina, como:

- Butilhioscina 20 mg c/8hrs (IM-IV).





Aborto Espontaneo

El aborto se definía anteriormente como la pérdida o interrupción espontanea del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gr (GPC). Actualmente la definición ha sido corregida y se plantea que es “la interrupción espontanea del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o que el producto fetal pese <500gr”; de igual manera esta forma espontánea se puede clasificar conforme a la edad gestacional como:

- Aborto temprano: antes de las 12 SDG.
- Aborto tardío: entre las 12 y 22 SDG.

Conforme a esta clasificación se va a dar el punto de corte para recibir un manejo farmacológico o un manejo quirúrgico, además de otros criterios.

Epidemiología y Factores de Riesgo

La mayoría de estos abortos espontáneos son tempranos en un 80%. Los embarazos adolescentes se pueden presentar en un 10 a 18% y este mismo porcentaje aumenta de 4-5 veces en mayores de 40 años de edad. Además, se tiene en cuenta que los abortos son la principal causa de hemorragias en el primer trimestre. El factor más importante para aborto es la existencia de abortos previos.

Etiología

Las anomalías citogenéticas son la causa más frecuente del aborto espontaneo temprano:





- Trisomía. Son las más frecuentes, sobretodo la afectación en el cromosoma 16, y con menor frecuencia en los cromosomas 13, 18,21 y 22.
- Monosomias X. Son el segundo lugar y se asocian a edades maternas jóvenes como es el síndrome de Turner.



Los factores maternos son de suma importancia, aunque no son las que provocan mayor riesgo de aborto:

- Infecciones (TORCH).
- Endocrinopatías (Diabetes no controlada, hipotiroidismo, deficiencia de progesterona).
- Desnutrición grave (déficit de vitamina A o ácido fólico).
- Obesidad (IMC >25 kg/m²)
- Incompetencia cervical: la insuficiencia cervicoístmica es la etiología más frecuente para provocar un aborto tardío.





Formas Clínicas

De igual manera el aborto espontáneo se puede clasificar mediante la clínica y los cambios del orificio cervical.

Aborto Incompleto

Se le conoce a la expulsión parcial de la concepción, dejando restos placentarios dentro del útero; donde clínicamente se observa un sangrado transvaginal, una dilatación del orificio cervical, dolor en el hipogastrio tipo cólico. El sangrado puede estar acompañado de coágulos.

Diagnóstico. Se realiza por medio de ecografía en donde se puede detectar un útero blancuzco, grande y sin retraerse totalmente. Se puede acompañar por pruebas de concentraciones séricas de la hormona Beta-Gonadotropina Corionica Humana (B-hCG), en donde estos pueden llegar a estar alterados.



Tratamiento. Se puede realizar una extracción de productos de la concepción sueltos dentro del canal cervical por medio de pinzas de anillos. De igual manera se puede hacer uso de un Aspirado Manual Endouterino (AMEU), el cual como procedimiento pre quirúrgico se puede hacer uso de misoprostol a 400 mcg por vía sublingual para la maduración cervical, lidocaína en 1-2% para un bloqueo local y doxiciclina 100 mg como profilaxis, este procedimiento se





recomienda en pacientes inestables y con edad gestacional de <12 semanas; y como tratamiento farmacológico se puede hacer uso de misoprostol a 800 mcg vía vaginal cada 3 horas por 3 dosis, el uso de este fármaco ha tenido mejores resultados antes de las 12 SDG y en pacientes estables. En caso de manejo farmacológico se debe esperar la expulsión del producto en la primeras 24 hrs, con una demora de 48-72 hrs.

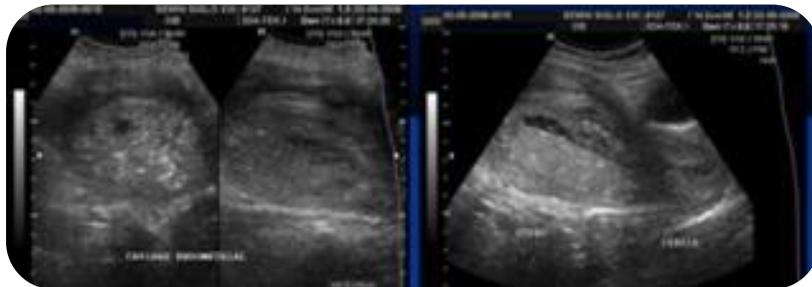


Aborto completo

Se caracteriza por la expulsión completa del producto de la concepción como de sus anexos.

Clínicamente se encuentre un sangrado abundante y calambres; además, en la expulsión completa se puede distinguir coágulos de sangre o un molde decidual.

Diagnóstico. Se debe realizar una ecografía donde se observara un endometrio con mínimo grosor y un útero vacío con un espesor <15mm. En caso de no estar claros con el diagnostico, se utiliza mediciones seriales de hCG en suero.



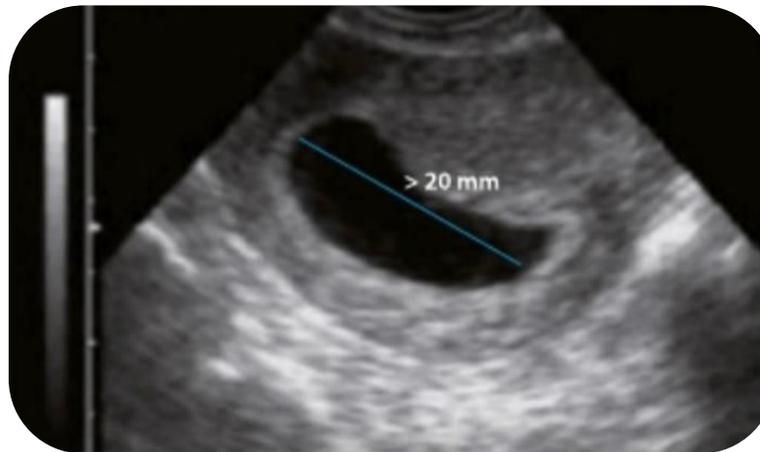
Tratamiento. No cuenta con ninguno en específico, únicamente vigilancia de la madre y acompañamiento psicológico, médico y familiar.

Aborto Diferido.

Es la muerte en el útero del feto, con una retención de la gestación por días o semanas.

Clínica. Puede o no existir sangrado, útero más pequeño de lo esperado, cérvix cerrado.

Diagnóstico. Por ecografía transvaginal donde los hallazgos son: ausencia de frecuencia cardiaca fetal con una longitud cefalocaudal (CRL) $>5\text{mm}$, saco gestacional con un diámetro medio $\geq 20\text{ mm}$ sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino (huevo huero).



Tratamiento. Una vez confirmado la muerte fetal, se puede realizar un manejo con Legrado Uterino Instrumentado (LUI) o un manejo farmacológico con Misoprostol 800 mcg vía vaginal c/3 hrs por 3 dosis, esto en caso de tener menos de 10 SDG. En caso de manejo farmacológico se debe esperar la expulsión del producto en la primeras 24 hrs, con una demora de 48-72 hrs.



Aborto Inevitable

Aquel aborto que se presenta con un sangrado vaginal con presencia de dolor que aumenta conforme la dinámica uterina, al igual que existen cambios en el orificio cervical (dilatación), pero lo que lo distingue es la Ruptura Prematura de Membranas, el cual puede ser espontaneo o por algún procedimiento quirúrgico.



Diagnóstico. Se realiza en primera instancia un examen de especulo estéril, donde se observa liquido vaginal acumulado, esto confirma el diagnostico. En casos de sospecha, el líquido amniótico se fermentara en un portaobjetos o tendrá un pH >7. Al final si el aborto se presenta tanto en el primer o segundo trimestre, estos van a tener signos de sangrado, calambres y fiebre, se considerara aborto inevitable.

Tratamiento. Atención expectante: administración de antibióticos por 7 días, esquema de maduración pulmonar, neuroprofilaxis con sulfato de magnesio, tocoliticos y esfuerzos de reanimación neonatal.



- Betametasona 12 mg IM c/12hr, por 2 dosis.

- Dexametasona 6 mg IM c/12, por 4 dosis.

Después de la este manejo, se da de alta a la paciente, hasta que se encuentre en un estado de viabilidad.

Aborto séptico. Es el aborto que se acompaña de una infección fetal, placentario y endometrial. En particular las infecciones graves por necrosis y el síndrome de choque toxico es causado por *Streptococcus pyogenes*.

Diagnóstico. Se realiza con base a conocer si la mujer tiene antecedentes de maniobras abortivas; se puede acompañar de síntomas como secreción fétida, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, abdomen globoso y signos de irritación peritoneal. En cuanto a laboratorios se realiza una biometría hemática para encontrar leucocitosis $>15000/\text{mm}^3$; y se tiene que realizar ecografía con la finalidad de descartar presencia de restos placentarios en la cavidad uterina.



Tratamiento. En caso de tener un aborto diferido se realiza procedimiento con LUI o AMEU y antibióticos de amplio espectro. Se puede realizar AMEU/ LUI hasta 6-8 hrs después de haber iniciado el tratamiento antibiótico. Si se realiza procedimientos quirúrgicos se



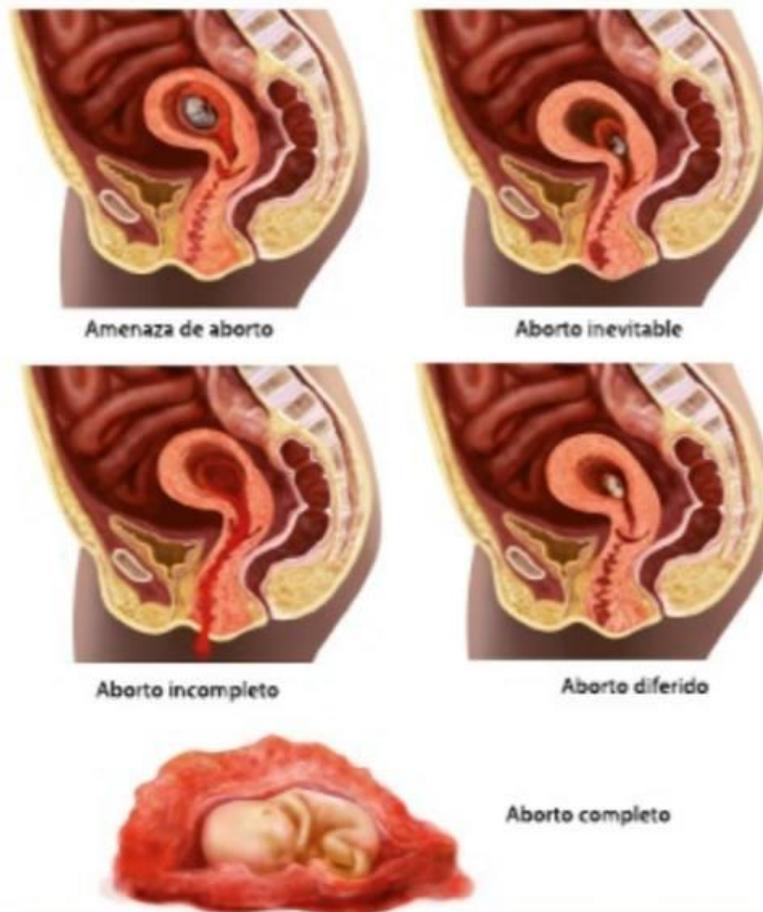
administra doxiciclina 100 mg como profilaxis. A demás, si se demuestra la presencia de *Clostridium Sordelli* se debe realizar histerectomía.

Aborto Recurrente.

Se le define como punto de corte a 3 o más abortos espontáneos.

Diagnóstico. Se consideran pruebas básicas como: cariotipo de la pareja, anticuerpos anti fosfolípidos, estudio de la cavidad uterina por histerosalpingografía, histeroscopia, ecografía 3D o RNM, determinación de niveles de TSH y estudios de trombofilias congénitas.

Tratamiento. En caso de pacientes con síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos se está indicado el ácido acetilsalicílico y heparina; administración de progesterona puede ser eficaz.



Hemorragias del Tercer Trimestre.

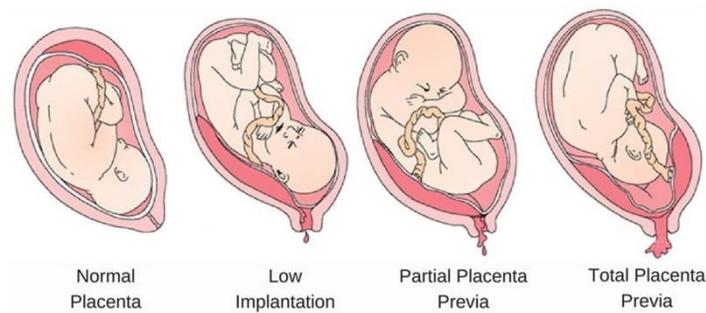
Placenta Previa.

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, que puede ocluir el orificio cervical. Se considera la primera causa de hemorragia del tercer trimestre.

Clasificación

Según la relación de la placenta con el orificio cervical interno, son:

- Placenta de inserción baja: borde placentario <2cm.
- Oclusión total. El OCI está cubierto totalmente.
- Oclusión parcial: placenta cubre parcialmente el OCI.



Etiología

Es de causa desconocida, pero sus factores de riesgo son:

- Embarazo múltiple.
- Cicatrices uterina anterior (factor más importante).
- Tabaquismo.



- Edad avanzada y abortos previos.

Epidemiología

El número de Cesario y el riesgo de placenta previa, puede ser un principal predictor para acretismo placentario.

Clínica

Presencia de hemorragia indolora, con color rojo rutilante y tendencia a formar coágulos.
Otras clínicas: feto no encajado, inicialmente sin sufrimiento fetal, no se recomienda el tacto vaginal por riesgo a aumentar el sangrado.

Diagnóstico

El 90% se hace por medio de la clínica y el 10% por hallazgos en el USG endovaginal, Además el diagnostico se confirma a partir de las 12 SDG. Inicialmente se realiza exploración junto con especuloscopia.

Hallazgos Ultrasonograficos:

- Distancia del borde placentario al OCI <20mm (realizar seguimiento con USG).





Tratamiento

Esquema de maduración pulmonar con corticoesteroides (betametasona y dexametasona) entre la semana 24-34 de gestación en caso de placenta previo de inserción baja; prosiguiendo se programa el embarazo entre las 36 a 37 SDG.

El nacimiento se puede hacer por vía vaginal en diagnóstico de placenta de inserción baja, sin sangrado activo y condiciones obstétricas favorables. La cesaría por incisión media infraumbilical.

En caso de hemorragia obstétrica sin respuesta a uterotonicos, usar balón de Bakri y como ultimas opciones técnicas quirúrgicas como ligaduras de arterias uterinas e hipogástricas; si no se controla la hemorragia histerectomía.

Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Es la separación prematura de una placenta implantada en el útero, pero se puede observar después de las 20 SDG.

Etiología

La causa más habitual es la ruptura de basa maternos de la decidua basal, pero otros factores puede ser:

- Hipertensión arterial (es lo más frecuente).
- Multiparidad.
- Edad >35 años.
- Traumatismos directos o amniocentesis.





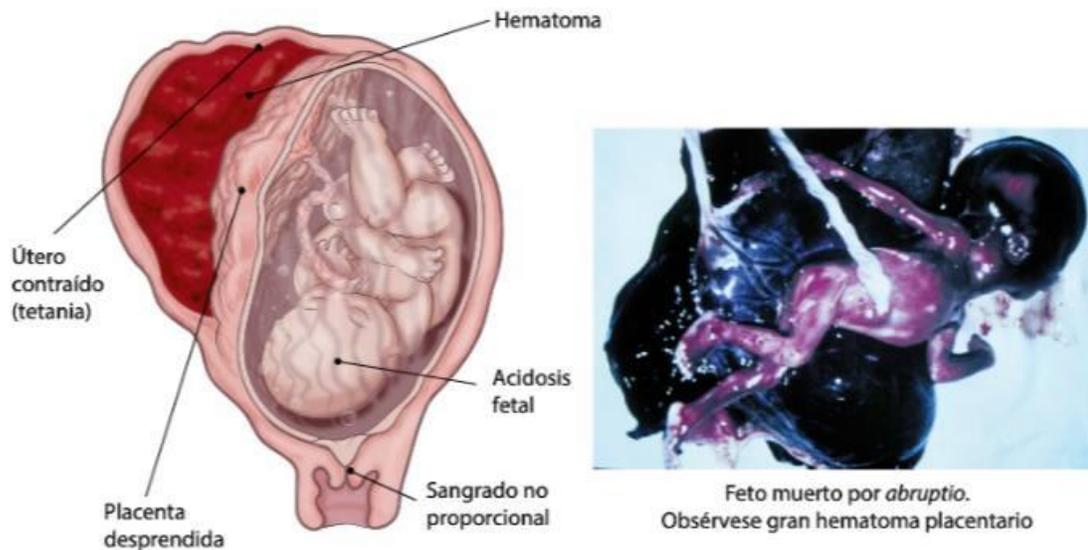
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.

Clínica

El signo más común es el sangrado vaginal no tan abundante con hipertonía y dolor abdominal a la palpación. A demás, puede haber sufrimiento fetal, polisistolia.

Diagnóstico.

Aparte de la clínica, el de elección es la ecografía transvaginal en el cual se puede visualizar hematoma retroplacentario y movimiento de “jello” lamina coronaria.



Tratamiento.

Se mantiene las constantes vitales maternas colocando 2 vías de acceso venoso, valorar estado fetal y cesaría urgente, en caso de que el feto este muerto se sugiere vía vaginal si las condiciones maternas son las adecuadas.





Hemorragias obstétricas

Hemorragia obstétrica.

Se puede definir como la pérdida de sangre que ocurre a las 24 SDG y antes del parto, incluye pérdida de más de 500 ml de sangre en el momento del parto o 1000 ml durante la cesaría. A demás de presentar:

- Disminución del hematocrito 10%.
- Disminución de hemoglobina 3gr.
- Pérdida de la volemia del 10%.

Causas de hemorragia. Para ello, las causas más frecuentes son relacionadas con las 4T: Tono (atonía uterina), Trauma (lesión del canal del parto), T (retención de restos placentarios) y Trombosis (CID).

Manejo general. Para ello realizar un buen manejo se realiza una intervención ideal la cual costas de pinzamiento tardío del cordón umbilical, tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento y administración profiláctica de uterotonicos posterior a la expulsión del hombro anterior del producto.

En ese momento donde se debe realizar una evaluación y resucitación en caso de contar con una hemorragia obstétrica grave persistente con signos de hipoperfusión capilar, para continuar con principios de soporte vital y por último el control del sangrado.

La piedra angular para la restauración para el manejo de una hemorragia obstétrica es el ABCDEF:

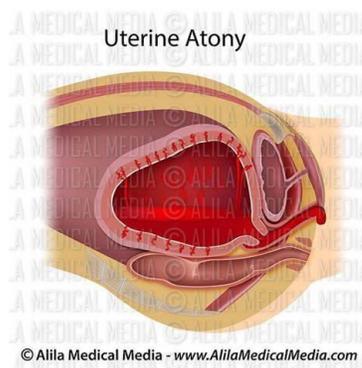


- Ayuda.
- Vía aérea (FiO₂ >40% y asegurar vía aérea, SatO₂ >90%).
- Circulación. Restitución de líquidos con cristaloides, el de elección solución Harmant en 500 ml hasta 1 L; y hemoderivados.
- Medicamentos uterotonicos y evaluación del estado neurológico.
- Control de temperatura.
- Frecuencia cardiaca fetal en rangos de 110-160

Por ello se tiene que tener especial cuidado al momento de separar la placenta del utero, ya que, de no ser así la sangre del sitio de implantación puede escapar a la vagina y provocar el mecanismo de Duncan de separación de la placente; o esta misma puede permanecer oculta detrás de la placenta y membranas hasta que se libera la placenta, ocasionando así el mecanismo de Schütz.

Atonía Uterina

Es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica y se debe a la incapacidad del utero para contraerse lo suficiente en el postparto inmediato.



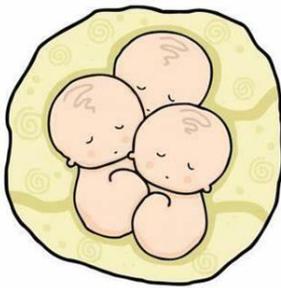


Clínica

Puede presentar un sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante, constante y utero flácido por arriba del ombligo.

Factores de Riesgo

Se asocia común mente con sobredistención uterina, multiparidad, parto prolongado y miomas intramurales.



Diagnóstico.

El diagnóstico de esta tipo de padecimiento se realiza por medio de la clínica y exploración.

Tratamiento.

Primeramente se realiza una prevención con uso de uterotónicos como oxitocina 10 UI/IM después de la expulsión del hombro anterior del producto. De igual manera se inicia la maniobra de Brand Andrews con la finalidad de evitar una inversión uterina, ejerciendo una tracción sostenida hacia abajo sobre el cordón umbilical.

Como primera línea se realiza un masaje bimanual energético, para control de hemorragia continua; se moviliza el equipo de obstetricia de emergencia y se solicita sangre entera o glóbulos rojos concentrados.





Se debe administrar uso de uterotónicos como la oxitocina 40 U/100 ml de solución cristalinoide/IV en infusión rápida y como segunda elección misoprostol.

En caso de fallas con el tratamiento inicial se recomienda el taponamiento uterino con balón de Bakri insuflado con solución a 500 cc y dejado por 4-6 hrs.



Y como último eslabón es la intervención quirúrgico por medio de suturas hemostáticas de Bylinch, ligaduras de arterias uterinas e hipogástricas, compresión de la aorta o histerectomía total para la detención del sangrado.

Trauma del Canal del Parto.

Son lesiones que incluyen el útero y cuello uterino, la vagina y el perineo.

Desgarros Vulvovaginales.

El 80% de las mujeres sufren este tipo de desgarros en el parto vaginal, que se pueden situar proximal o distalmente a lo largo del tracto genital inferior.





Tipo 1. Primero los desgarros pequeños de la pared vaginal anterior cerca de la uretra son comunes. Son superficiales y puede o no provocar sangrado, en ocasiones requiere suturas.

Tipo 2. Desgarros perianales más profundos, son acompañados de diversos grados de lesión en tercio exterior de la bóveda vaginal. Se extienden hasta el esfínter anal o paredes vaginales.

Tipo 3. Desgarros que afectan el tercio medio o superior de la bóveda vaginal, pueden ser resultado de parto vaginal quirúrgico. Causan hemorragias significativas, que se controla por reparación quirúrgica.

Tipo 4. Los desgarros vaginales o cervicales incitan a buscar evidencia de hemorragia retroperitoneal o de perforación peritoneal con hemorragia. Si se sospecha de perforación peritoneal o ruptura uterina, se considera la laparotomía.

Laceraciones del Cuello Uterino.

Las laceraciones superficiales se pueden ver en inspección cercana. La mayoría mide <0.5 cm y rara vez requieren reparación. Y las laceraciones más profundas son menos frecuentes, pero pueden pasar desapercibidas.

No suelen ser problemáticas, a menos que cause hemorragia o que pasen la vagina.

En general, las laceraciones cervicales de 1 y 2 cm no se reparan a menos que exista sangrado. Y aquellas que son profundas se requieren manejo quirúrgico con suturas absorbibles.





Retención de Tejidos Placentarios (Acretismo Placentario)

Asociación principalmente con acretismo placentario, la cual es la inserción anómala de la placenta a la pared uterina debido a ausencia de la decidua basal y desarrollo incompleto de la capa de Nitabuch.

Factores de riesgo.

El principal factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario es tener antecedentes de cirugía previa más atonía uterina.

Clasificación.

La clasificación dependerá a que nivel del miometrio se han insertado las vellosidades de la placenta.

- Acreta: la más común: vellosidades se adhieres al miometrio.
- Increta: vellosidades invaden el interior del miometrio.
- Percreta: vellosidades penetran la capa serosa y pueden invadir cavidad y órganos abdominales.

Clínica.

Se presentara con un sangrado transvaginal indoloro previo al nacimiento, sangrado intraoperatorio de 2000-5000 ml. Esta puede llegar a producir una CID.

Diagnóstico.

De primera línea se hace uso de USG doppler, sus hallazgos son:



- Ausencia o adelgazamiento <1cm entre el miometrio y la placenta, presencia de espacios vasculares lacunares.
- Acreta: perdida de la zona de interfase y presencia de vasos confluentes.
- Increta: perdida de la zona de interfase e hipervascularidad subplacentaria.
- Percreta: lagunas placentarias e hipervascularidad subplacentaria.

Como segunda línea se realiza resonancia magnética y cistoscopia, para aquellas dudas diagnósticas y establecer grado de invasión.

Tratamiento.

No conservador. Cesaría entre las 34 a 36 SDG, y se recomienda histerectomía in situ con realización de incisión media infraumbilical.

Conservador. Realizar técnicas para preservar el útero solo cuando la madre este termodinámicamente estable y no se recomienda uso de metrotexato.

Coagulación Intravascular Diseminada.

Se encuentra en la mayoría de los casos de desprendimiento de placenta por la liberación significativa de tromboplastina, que activa el factor X. Otros casos en donde hay grados de activación de la coagulación pero menos reconocidos incluyen sepsis, microangiopatías trombóticas, LRA, preeclampsia severa y hemolisis.

Para el inicio de la CID comienza con la liberación de factor tisular por parte de entidades patológicas. Este factor tisular es liberado por tejido subendotelial y monocitos, que a su vez liberan citosinas. Y con esta activación endotelial, sigue la activación difusa de la coagulación.





Este ciclo se vuelve importante cuando los factores de coagulación y plaquetas se agotan para crear la coagulopatía de consumo.

Clínica. Puede aparecer petequia, hemorragias por heridas quirúrgicas, hemorragias en sitio de venopunción, hematomas subcutáneos y hematuria.

Diagnóstico. Basado en pruebas de niveles de fibrinógeno en plasma, que puede estar aumentado a 300-600 mg/ml, pero pueden disminuir a 250 mg/100ml; y los tiempos de protrombina (TP) y el tiempo parcial de tromboplastina (TTP).





Bibliografía.

- Ruiz Rodriguez, J. (2018). Manuel de CTO de Medicina y Cirugia: Ginecologia y Obstetricia. *Grupo CTO. Ed.10. Capitulo 18 y 19.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2017). Diagnostico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. *Guias de Evidencia y Recomendaciones: Guia de Practica Clinica. México.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2019). Diagnostico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa, *Guia de Practica clínica; Evidencia y Recomendaciones, México.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2009). Guia de Practica Clinica Diagnostico y Tratamiento del Aborto Espontaneo, Manejo Inicial de Aborto Recurrente. *Mexico, IMSS.*
- Gary Cunningham F., J. Leveno K., L. Bloom S., S. Dashe J., L. Hoffman B., M. Casey B. & Y. Spong C. (-). Williams Obstetricia. *Mc Graw Hill Education. Ed. 25.*

