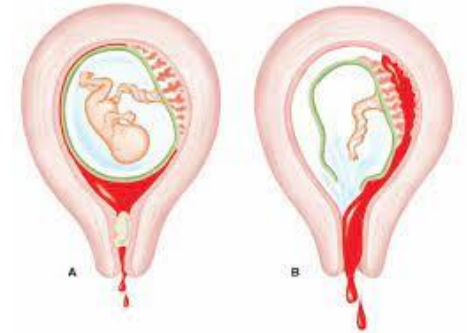




DEFINICIÓ

- PGR = 2 o més pèrdues gestacionals de menys de 21 setmanes, consecutives o no.
- Exclou avortaments bioquímics, gestacions extrauterines, mola hidatiforme, parts prematurs, IVE/ILE i incompetència cervical.
- Afecta al 1-5% de les parelles
- El risc augmenta amb l'edat materna:
 - 35-39 anys: 25%
 - 40-44 anys: 51%
 - > 45 anys: 93%



CAUSES

1. **Genètiques**: suposa un 2-5%. Es recomana realitzar cariotip d'ambdós progenitors i cariotip abans de l'expulsió i en el seu defecte del material avortiu sempre que sigui possible.
2. **Anatòmiques**: miomes submucosos i septes uterins. Cal fer estudi amb histeroscòpia, eco 3D o histerosonografia.
3. **Trombofílies**:
 - Congènites (proteïna C, S, ATIII, FVL, protrombina): no recomanat estudi sistemàtic.
 - Adquirides (SAF): es recomana estudi d'anticoagulant lúpic, anticardiolipina (IgG, IgM) i antiβ2glicoproteïna (IgG, IgM)
4. **Hipotiroidisme**
5. **Infeccions**: no està clara la relació amb endometritis crònica o disbiosi vaginal.
6. **Immunològiques**: diversos estudis en marxa, sense evidència suficient en l'actualitat.
7. **Estil de vida**: relació amb tabac, alcohol, drogues i obesitat.
8. **Factor masculí**: la fragmentació del DNA espermàtic relacionada amb PGR.

TRACTAMENT

- En cas de **cariotip alterat d'un progenitor**: es pot realitzar un diagnòstic genètic preimplantacional (DGP) als embrions o una donació de gàmetes. La taxa acumulada de nascut viu als 2 anys, en parelles amb alteracions cromosòmiques, és del 71% sense haver fet DGP.
- En cas de **miomes i septes uterins**: es recomana la seva resecció histeroscòpica.
- **AAS** a dosis baixes (75-100mg/dia) + HBPM en SAF.
- **L-Tiroxina**: si TSH >2,5 mU/L. Mantenir TSH entre 0,5 i 2,5
- Reduir **consum de tòxics** (tabac, alcohol, drogues) d'ambdós progenitors
- Reduir el **pes** en cas d'obesitat (mantenir IMC 18-25 kg/m²)
- Falta evidència per recomanar tractament immunomodulador. Valorar de forma empírica

