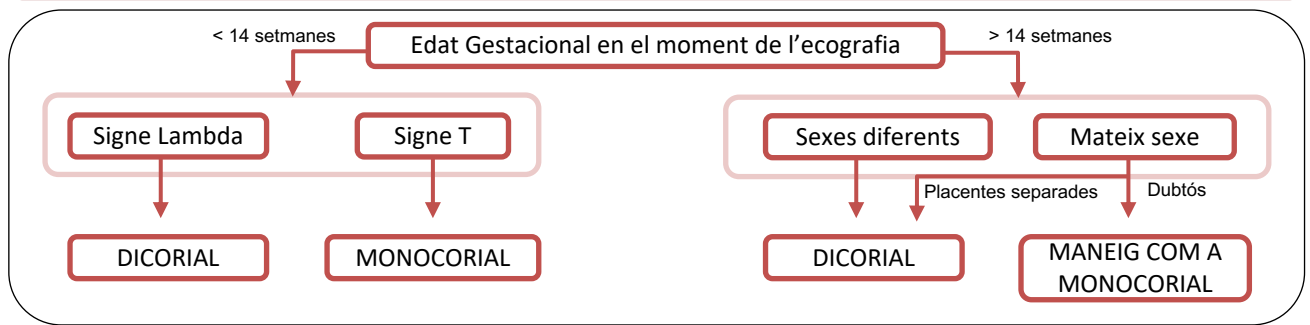


GESTACIÓ MÚLTIPLE

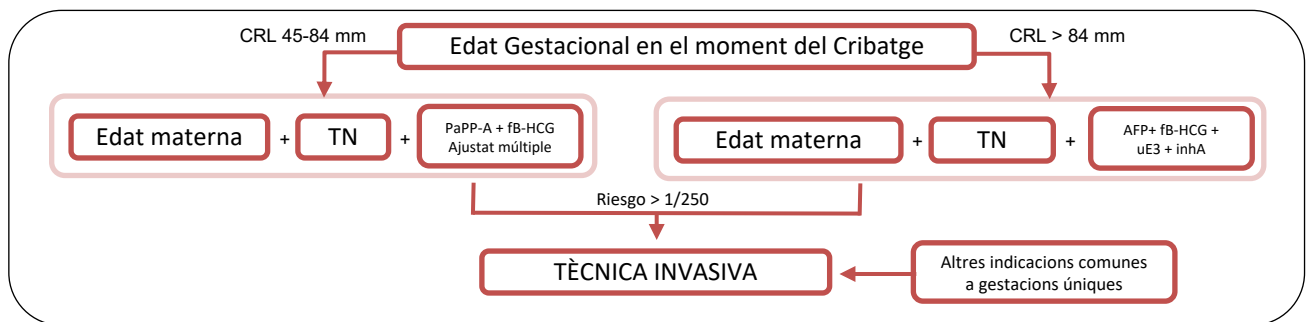
R. Melcón A., Meler E., Grimau M., Canto MJ., Del Río M., Ricart M., Mendoza M., Vives A., Olivella A., Gómez-Roig MD.
Secció de Medicina Perinatal de la SCOG. 2019

VALORACIÓ DE LA CORIONICITAT



La corionicitat es pot establir a partir de la 5a setmana. L'amnionicitat es pot establir a partir de la 8a-10a setmana. A partir de la 14a setmana tota gestació monocorial és biamniòtica fins que es demostrï el contrari. És més probable que ens trobem davant un STFF sever que en front una gestació monocorial monoamniòtica. La datació ha de realitzar-se en primer trimestre utilitzant el CRL major per evitar subestimacions en cas de CIR precoç

CRIBATGE D'ANEUPLOIDIES



Anàlisi d'ADN fetal lliure en sang materna:

- Monocorials: mateixes indicacions que en gestació única. Resultats similars a gestacions úniques.
- Bicorials: encara existeixen limitacions degudes al major risc de "no resultat" i a una menor experiència.
- Fètus evanescent: no recomanable per major taxa de falsos positius.

Consideracions especials:

- Bicorials: es calcula un risc independent per a cada fetus en funció de la TN de cada un.
- Monocorials: es calcula un únic risc per a ambdós fetus. Es pren la mitjana de les dues TN.
- Donació d'òocits: es tindrà en compte l'edat de la donant per al càlcul de risc combinat.
- Gestacions triples: el càlcul de risc es realitzarà amb l'edat materna + TN. No es pot utilitzar la bioquímica.
- Fètus evanescent: si es visualitza esboç fetal en el moment d'extreure la bioquímica, no serà valorable. Cal usar edat materna + TN.

CONTROL PRENATAL

- Augment ponderal recomanat entre 16 i 20 kg. Ajustar en funció d'IMC a l'inici de la gestació.
- Suplementació amb ferro, iodo i àcid fòlic fins al final de la gestació.
- En dones amb baixa ingesta de calci (menys de 2 racions al dia) ha d'administrar-se un suplement de calci (> 1 gr/d)
- Afegir analítica de control **que inclogui un perfil hepàtic** entre la 28 i la 30 setmana.
- Reducció gradual de l'activitat física a partir de la setmana 24 individualitzant cada cas.
- Visites cada 2-3 setmanes a partir de la setmana 28 i de manera setmanal des de la 36. En triples des de la setmana 32.
- Avançar el cribatge de SGB vagino-rectal a la setmana 34. En triples en la setmana 32.
- Control cardiotocogràfic setmanal des de la setmana 37. En triples des de la setmana 32.

Prevenió de la Preeclàmpsia

La gestació gemel·lar suposa un risc intermedi de PE. El tractament preventiu ha de començar a les 11-12 setmanes i acabar a la setmana 36. Haurem d'administrar 150 mg/24h de AAS (prendre a la nit) si es dona algun del següents:

- Primiparitat
- Edat > 40 anys
- IMC > 35 en la primera visita.
- Interval intergenèsic > 10 anys.
- Antecedents familiars o personals de Preeclàmpsia.
- Síndrome Nefròtica.
- Hipertensió Arterial Crònica.

SEGUIMENT ECOGRÀFIC

GEMEL·LAR BICORIAL

	20	24	28	32-34	38
Biometries	X	X	X	X	X
Doppler			X	X	X
LCx	X	X			

GEMEL·LAR MONOCORIAL

	14	16	18	20	22	24	26	28	30-32	34-36
LA+ PA+Bufetes	X	X	X	X	X	X	X	X		
Biometries				X			X	X	X	X
Doppler (ACM)				X			X	X	X	X
LCx				X		X				
Ecocardiografia	X									

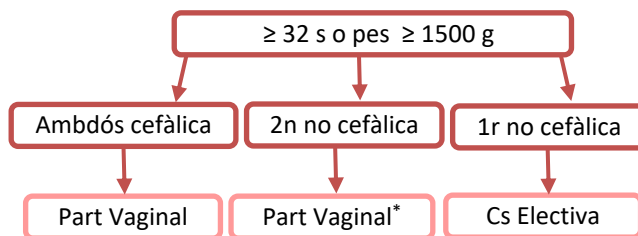
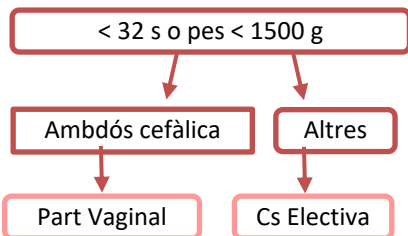
GESTACIÓ TRIPLE

- GESTACIÓ BICORIAL TRIAMNIÒTICA: es controla igual que la gestació gemel·lar monocorial.
- GESTACIÓ TRICORIAL TRIAMNIÒTICA: es controla igual que la gestació gemel·lar bicorial.

LA: Líquid Amniòtic PA: perímetre abdominal LCx: longitud cervical

FINALITZACIÓ i VIA DEL PART

- Comprovar estàtica fetal, pesos estimats i sol·licitar reserva de sang.
- Gemel·lar bicorial no complicat: finalització en setmana 38^è segons condicions cervicals
- Gemel·lar monocorial/biamniòtic no complicat: finalització entre setmana 36^è i 37^è segons condicions cervicals.
- Monocorial/Monoamniòtic: 32-34 setmanes prèvia maduració pulmonar amb corticoides.
- Gestació Triple: finalització en setmana 34-35.
- La gestació gemel·lar no és una contraindicació per a la utilització de prostaglandina E₂.



Altres indicacions de cesària electiva:

- Més de dos fètus
- Segon fètus > 25% més gran que el primer en posició no cefàlica.

* L'experiència de l'equip pot condicionar la via del part.