

MANEIG CLÍNIC DE LA GESTACIÓ TRIPLE.

Autors: Dra. C. Medina, Dr. J. Armengol. (Servei d'Obstetrícia i Ginecologia)

Data de revisió: juliol 2016

1. Introducció

Si bé la gestació triple és poc freqüent (la seva incidència espontània se situa entre 1/6.000 i 1/8.000 parts), en els darrers temps la consolidació de les tècniques de reproducció assistida han comportat un increment de la seva freqüència.

El present protocol no farà referència als aspectes relacionats amb la reducció embrionària en cas de gestació multifetal, qüestió que correspon a l'activitat de la Unitat de Reproducció Assistida, i se centrarà específicament en el maneig clínic de la gestació triple evolutiva com a tal.

Per als aspectes generals del tema, ens remetem al protocol de control de la gestació múltiple, el present document farà èmfasi en alguns aspectes específics de l'atenció a l'embaràs triple.

La gestació triple comporta, més encara que la gestació gemel·lar, una major incidència de complicacions maternes, un pitjor pronòstic fetal (fonamentalment associat a les complicacions degudes a la prematuritat) i un major impacte psicosocial per a la dona i el seu entorn familiar. Així, els principals objectius de l'atenció en aquests casos seran:

1. la prevenció de la prematuritat i les seves conseqüències.
2. la detecció i tractament precoç de les complicacions maternes.
3. l'avaluació acurada del benestar fetal.

De manera genèrica, l'estratègia assistencial consistirà en: REPÒS PROGRESSIU DOMICILIARI + CONTROL AMBULATORI INTENSIU, i els pilars d'aquesta estratègia seran:

- Accessibilitat (proximitat a l'hospital)
- Educació sanitària
- Suport psicològic i emocional
- Progressivitat en la complexitat de l'atenció
- Ingress hospitalari en casos seleccionats

2. Control durant la gestació

2.1. Controls clínics

< 20 setmanes:	controls estàndards
20-28 setmanes:	visites quinzenals
> 28 setmanes:	visites setmanals

A partir de la setmana 20 de gestació es recomanarà repòs relatiu i progressiu, en funció de la tolerància materna a l'activitat.

- TNS: es valorarà la seva indicació individualment.
- Maduració fetal 28-30 setmanes (betametasona 12 mg/12 h, 2 dosis), i dosi de record si s'escau.
- Obtenció de mostres per cultiu SGB a la setmana 33-34
- Ferro oral + polivitamínics de manera sistemàtica

2.2 Controls ecogràfics

< 20 setmanes:	controls estàndards
20-30 setmanes:	eco c/4 setmanes
> 30 setmanes:	ecos c/2 setmanes

En aquests controls ecogràfics serà preceptiu l'avaluació del creixement fetal, l'estudi doppler i la valoració de la quantitat de LA. Per a més detall en relació als controls ecogràfics, en funció de les característiques de cada cas, ens remetem al protocol general de l'atenció a la gestació múltiple.

2.3. Criteris d'hospitalització

- Entorn social o familiar que faci difícil el repòs domiciliari
- Domicili allunyat de l'hospital
- Diagnòstic d'APP
- Diagnòstic de RPM
- Complicacions maternes que requereixin ingrés per al seu maneig

2.4. Tocòlisi

No està indicada la tocòlisi profilàctica. En cas de diagnòstic d'APP el tocolític d'elecció serà ATOSIBAN (veure pauta d'administració al Protocol de maneig de l'APP)

3. Finalització de la gestació

VIA DEL PART : **CESÀRIA ELECTIVA**

CRITERIS DE FINALITZACIÓ

- 35 setmanes
- Progressió del treball de part abans de les 35 SG (fracàs de la tocòlisi)
- Preeclàmpsia
- RCIU
- Sospita de pèrdua del benestar fetal

4. Algoritme d'actuació en les gestacions triples

