

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 1/8	
Título do Documento	GESTÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

SUMÁRIO

1. OBJETIVOS	2
2. JUSTIFICATIVAS	2
3. REFERENCIAL TEÓRICO	2
3.1. Determinação da corionicidade/amnionidade	3
3.1.1. Classificação	3
3.2. Complicações fetais	3
3.3. Riscos e complicações maternas	4
4. MANEJO CLÍNICO	4
4.1. Seguimento pré-natal	4
4.2. Marcação dos fetos	5
4.3. Rastreamento de anomalias cromossômicas	5
4.4. Rastreio para trabalho de parto prematuro	5
4.5. Prevenção da pré-eclâmpsia	5
4.6. Resolução da gestação	6
4.7. Via de parto	6
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	7
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
7. HISTÓRICO DE REVISÃO	7

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 2/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

1. OBJETIVOS

- Orientar e uniformizar as condutas frente a gestações múltiplas de mulheres atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra.
- Descrever e classificar gemelaridade associando os diferentes tipos de gravidez múltipla com as complicações fetais possíveis.
- Enumerar riscos e complicações maternas associadas a gravidez gemelar.
- Alertar para seguimento pré-natal específico e resolução eletiva da gestação.
- Estabelecer consenso sobre a via de parto nos diversos casos de gemelaridade.

2. JUSTIFICATIVAS

A incidência de gestações gemelares é crescente, talvez pela idade materna avançada ao engravidar e pela necessidade de uso de técnicas de reprodução assistida. Gestação gemelar é associada a um risco aumentado de complicações maternas e fetais, sendo a corionicidade seu principal fator prognóstico, e isso determinará o manejo antenatal e intraparto. A otimização dos cuidados perinatais visa reduzir tais morbidades.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação múltipla é aquela em que ocorre a formação de mais de um feto simultaneamente. É dita monozigótica quando o óvulo já fecundado dá origem a um ovo que sofre uma divisão ao acaso, formando dois fetos idênticos geneticamente. A gestação dizigótica ocorre quando dois óvulos distintos são fecundados por dois espermatozoides de modo independente. Neste caso, os gêmeos poderão ou não ter o mesmo sexo e cada um terá sua própria placenta e cavidade amniótica. Esse tipo de gestação costuma ser mais comum que a gestação monozigótica, principalmente após tratamentos de fertilidade com implantação de mais de dois embriões.

A gestação gemelar está associada a taxas mais elevadas de quase todas as complicações potenciais da gravidez, com exceção da gravidez pós-termo e macrossomia. O risco mais grave é o parto prematuro espontâneo, que desempenha um papel importante no aumento da mortalidade perinatal e da morbidade a curto e longo prazo observada nesses recém-nascidos. Taxas mais altas de restrição do crescimento fetal e anomalias congênitas também contribuem para o resultado adverso em nascimentos de gêmeos. Além disso, gemelares monocoriônicos podem apresentar complicações únicas dessas gestações, como a síndrome de transfusão feto-fetal, que pode ser letal ou estar associada à morbidade grave.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 3/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021	Próxima revisão: 27/01/2023
		Versão: 1	

3.1. Determinação da corionicidade/amnionicidade

O diagnóstico de gemelaridade, datação da gravidez, a corionicidade e a amnionicidade devem ser determinados pela ultrassonografia que deve ser realizada a partir de 8 semanas de gestação até 14 semanas. Deve-se aguardar esse intervalo para realizar o diagnóstico completo da gestação gemelar, uma vez que o âmnio só se estabelece após 7 semanas de gestação e, após 14 semanas não é mais possível determinar a corionicidade.

Nas gestações dicoriônicas e diamnióticas os fetos estão presentes em sacos gestacionais distintos com duas massas placentárias separadas ou massa placentária única quando adjacentes. No ponto de união das duas massas placentárias, há uma região mais espessa e que apresenta aparência de “*lambda*”.

Nas gestações monocoriônicas e diamnióticas, a membrana que separa os gêmeos, apresenta uma inserção direta na massa placentária, determinando o sinal do “*T*”.

Quando há incerteza na determinação da corionicidade, deve-se optar por considerar como gestação monocoriônica, tendo em vista que é uma gestação mais minuciosa.

3.1.1. Classificação

- Dizigóticas ocorre em 70%-75% das gestações gemelares
 - Dicoriônicas e Diamnióticas em 100% dos casos.
- Monozigóticas ocorre em 20%-25% dos casos das gestações gemelares e elas podem ser:
 - Dicoriônicas e Diamnióticas (DC/DA): 20%-25%
 - Monocoriônicas e Diamnióticas (MC/DA): 70%-75%
 - Monocoriônicas e Monoamnióticas (MC/MA): 1%-2%
 - Gêmeos conjugados: < 1%

3.2. Complicações fetais

- Restrição de crescimento
- Anomalias congênitas
- Parto prematuro

Gestação Gemelar Monocoriônica:

- Síndrome de transfusão feto-fetal
- Sequência de anemia-policitemia gemelar (TAPS)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 4/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

- Sequência de perfusão arterial invertida de gêmeos (TRAP)
- Restrição do crescimento fetal seletiva
- Óbito fetal único
- Anomalias congênitas

Gestação Gemelar Monocoriônica Monoamniótica:

- Entrelaçamento de cordão umbilical
- Gêmeos Siameses

3.3. Riscos e complicações maternas

- Alterações hemodinâmicas da mãe
- Hiperêmese gravídica
- Síndromes hipertensivas da gestação
- Diabetes gestacional
- Esteatose hepática aguda
- Doença tromboembólica
- Hemorragia da segunda metade da gestação e puerperal
- Anemia
- Colestase intra-hepática da gravidez

4. MANEJO CLÍNICO

4.1. Seguimento pré-natal

Gestações gemelares não complicadas devem ser acompanhadas mensalmente até o terceiro trimestre, a cada 2 a 3 semanas a partir de 28 semanas e seguimento semanal a partir de 36 semanas.

A periodicidade de realização das ultrassonografias deve ser da seguinte maneira:

Gestação dicoriônica: USG morfológica do 1º trimestre (11 semanas e 13 semanas e 6 dias) para datação, determinação corionicidade e amnionicidade, rastreamento de aneuploidias e de pré-eclâmpsia; USG morfológica do 2º trimestre (20 semanas e 23 semanas e 6 dias) para avaliação detalhada da anatomia fetal, líquido amniótico, placenta e colo uterino; USG mensal a partir 24 semanas para seguimento do crescimento fetal, líquido amniótico e doppler fetal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 5/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

Gestação monocoriônica: USG morfológica do 1º trimestre (11 semanas e 13 semanas e 6 dias) para datação, determinação corionicidade e amnionicidade, rastreo de aneuploidias e de pré-eclâmpsia; USG obstétrica com doppler com 16 semanas para avaliação principalmente das artéria umbilical; USG morfológica do 2º trimestre (20 semanas e 23 semanas e 6 dias) para avaliação detalhada da anatomia fetal, líquido amniótico, placenta e colo uterino e complementação com doppler fetal; USG com doppler quinzenal a partir 22 semanas para seguimento do crescimento fetal, líquido amniótico e alterações de doppler fetal.

4.2 Marcação dos fetos

O feto A deve ser aquele que se encontra mais próximo do colo uterino e o feto B o outro. Detalhar a localização da placenta, inserção do cordão umbilical em relação às bordas placentária e a topografia da inserção da membrana.

4.3 Rastreamento de anomalias cromossômicas

O rastreamento das aneuploidias em gestações gemelares, deve ser realizado como nas gestações únicas, com a realização da ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias que equivale a medida do CCN entre 45 – 84mm.

4.4 Rastreo para trabalho de parto prematuro

Durante a realização da USG morfológica do 2º trimestre, entre 20 semanas e 23 semanas e 6 dias, deve-se realizar a avaliação do comprimento do colo uterino por via transvaginal. Quando o colo uterino apresentar um comprimento $\leq 25\text{mm}$, deve-se iniciar a administração de 200mg de progesterona, por via vaginal, a cada 12 horas, até 36 semanas de gestação.

Com a administração da progesterona observou-se redução significativa no risco de parto prematuro (31%), mortalidade neonatal (47%), mortalidade perinatal, desconforto respiratório, peso $< 1,5\text{ Kg}$ e necessidade de ventilação mecânica.

4.5 Prevenção da pré-eclâmpsia

A gestação gemelar é considerada um fator de risco médio para pré-eclâmpsia (especialmente da pré-eclâmpsia tardia) e é aconselhável iniciar o tratamento preventivo com AAS 100mg (a noite) a partir de 12 semanas (iniciar idealmente antes de 16 semanas) e manter até 36 semanas.

Além disso deve-se realizar o rastreo para pré-eclâmpsia, através da realização do doppler das artérias uterinas durante a ultrassonografia morfológica do 1º trimestre.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 6/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021	Próxima revisão: 27/01/2023
		Versão: 1	

4.6. Resolução da gestação

As gestações gemelares são resolvidas precocemente na tentativa de prevenir óbito fetal, porém o parto antes do termo está associado a complicações neonatais associadas à prematuridade. Na gravidez múltipla sem complicações, recomenda-se a resolução da gravidez eletivamente:

- Gestação DC/DA: entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias de gestação
- Gestação MC/DA: entre 36 e 37 semanas de gestação
- Gestação MC/MA: entre 32 e 34 semanas de gestação
- Trigemelar: entre 32 e 34 semanas de gestação

Apenas nos casos de trabalho de parto efetivo, entre 24 e 34 semanas, preconiza-se a corticoterapia para maturação pulmonar fetal; o uso profilático nesse período é indicado apenas às gestações trigemelares.

4.7. Via de parto

Gestação ≥ 32 semanas ou peso fetal >1500 g:

- Apresentação cefálica-cefálica: parto vaginal na ausência de indicações obstétricas para parto cesárea.
- Apresentação feto A cefálico e feto B não cefálico:
 - Se pesos fetais concordantes ou feto B menor que feto A: parto vaginal com extração podal do feto B caso necessário
 - Se feto B com estimativa de 25% maior que feto A: cesárea

Gestação < 32 semanas ou peso fetal estimado < 1500g

- Ambos fetos cefálicos: parto vaginal
- Um feto ou ambos não cefálicos: cesárea eletiva (exceto em fetos não viáveis)

Cesárea eletiva:

- Primeiro gemelar em apresentação não cefálica
- Gestação gemelar monocoriônica e monoamnótica
- Gestações múltiplas ≥ 3 fetos.
- Patologia materna, fetal ou placentária.
- Segundo gemelar com peso > 20% em relação ao primeiro gêmeo, especialmente em apresentação não cefálica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 7/8	
Título do Documento	GESTAÇÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

- Suspeita de alteração da vitalidade fetal, impossibilidade de uma correta monitorização de um ou ambos os fetos durante o parto

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Cabe ao obstetra que acompanha a gestante no pré-natal fornecer orientações quanto a periodicidade das consultas, os riscos inerentes à gemelaridade, a importância do seguimento ultrassonográfico adequado e sua previsão de parto.

À equipe da maternidade, em especial os médicos, acolher a parturiente e fornecer o ambiente adequado para a resolução da gestação, com ultrassonografia de urgência, cardiocografia para acompanhamento da vitalidade em caso de parto vaginal e UTI neonatal com leitos disponíveis para os recém-nascidos em sua necessidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 3. Ed. São Paulo: Manole, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

FEBRASGO – **Manejo de gravidez múltipla**. Protocolos Febrasgo. Obstetrícia – nº37 – 2018. FEBRASGO, 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em 27/01/2021.

CHASEN ST, CHERVENAK FA. **Twin pregnancy: Prenatal issues**. UpToDate. 2020. Disponível em <www.uptodate.com>. Acesso em 27/01/2021.

CHASEN ST, CHERVENAK FA. **Twin pregnancy: Labor and delivery**. UpToDate. 2020. Disponível em <www.uptodate.com>. Acesso em 27/01/2021.

NORWITZ ER. **Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth**. UpToDate. 2020. Disponível em <www.uptodate.com>. Acesso em 27/01/2021.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.008 - Página 8/8	
Título do Documento	GESTÃO MÚLTIPLA	Emissão: 27/01/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 27/01/2023

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros SIAPE: 2199557 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 27/01/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Bianca Karenina Brito de Medeiros, Mônica Martins Nobrega,
Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento
PRT.DM.008.



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 02/08/2021, às 08:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bianca Karenina Brito de Medeiros, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Martins Nobrega, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 19:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15173044** e o código CRC **2D7D570B**.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO (14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);
- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);
- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO (14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);
- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);
- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ (14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);
- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ (14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);
- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO (14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);
- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE (15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);
- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL (15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);
- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE (15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);
- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);
- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA (15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);
- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL (15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);
- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);
- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA (15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ (15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ (15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA (15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL (15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568