

Complicações da gemelaridade em um hospital universitário

José Geraldo Ramos¹, Sérgio Martins-Costa¹,
João Sabino da Cunha Filho¹,
Carlos Souza¹, Melissa Castilhos¹, Fabíola Castilhos¹

OBJETIVO: Comparar os fatores de risco materno, os tipos de gemelaridade e complicações da gestação gemelar.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo com revisão dos prontuários das gestações gemelares que apresentaram parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com idade gestacional entre 20 semanas e o termo. Foram revisados 323 casos, sendo analisadas as variáveis sobre características maternas, gestacionais, do parto e dos recém-nascidos.

RESULTADOS: As pacientes apresentaram idade média de 27,5 anos e 106 eram primigestas (32,8%). O parto ocorreu com uma média de idade gestacional de 35,3 semanas. Entre as complicações mais encontradas, a prematuridade foi a mais importante, com 138 nascimentos pré-termo (42,7%) e 98 casos de trabalho de parto pré-termo (30,3%). As complicações foram mais freqüentes quando a idade materna era menor do que 35 anos de idade ($P = 0,01$) e quando a idade gestacional era menor do que 32 semanas ($P = 0,002$). As apresentações fetais foram distribuídas em 176 cefálica/cefálica, 101 cefálica/pélvica, 23 pélvica/pélvica, entre outras.

CONCLUSÕES: A prematuridade foi a maior complicação de gestações gemelares no nosso estudo. Fatores de risco para as complicações foram idade menor do que 35 anos e IG inferior a 32 semanas.

Unitermos: Gestação gemelar; complicações da gestação; prematuridade.

Complications of twin pregnancies in a teaching hospital

OBJECTIVE: To compare maternal risk factors, types of twins, and complications of twin pregnancies.

MATERIALS AND METHODS: We carried out a retrospective study of twin pregnancies born at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and with gestational age from 20 weeks to term. We assessed data regarding 323 twin pregnancies concerning maternal, gestational, labor, and neonatal characteristics.

RESULTS: Our patients presented an age average of 27.5 years and 106 were nulliparas (32.8%). Babies were born after an average 35.3 weeks of pregnancy term. Prematurity was the most important complication, with 138 cases of preterm births (42.7 %) and 98 cases of preterm labor (30.3%). Complications occurred most frequently when the

¹ Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Dr. José Geraldo Ramos, Rua Ramiro Barcelos 2350/11º andar, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90035-003. Fone: +55-51-3316-8117; fax: +55-51-3316-8148; e-mail: ramosjg@zaz.com.br

maternal age was less than 35 years old ($P = 0.01$) and the gestational age was less than 32 weeks ($P = 0.002$). Presentation of the fetuses were distributed in 176 cases of cephalic/cephalic, 101 cases of cephalic/pelvic, 23 cases of pelvic/pelvic, among others. CONCLUSIONS: Prematurity was the most frequent complication found in twin pregnancies. Maternal age of less than 35 years and gestational age of less than 32 weeks were factors for twin pregnancies at risk for complications.

Key-words: Twin pregnancy; pregnancy complications; prematurity.

Revista HCPA 2000;20(2):114-8

Introdução

A prevalência de gestação gemelar é de 10 casos a cada mil partos. Há ampla variação destes dados, indo desde 40 a 50 gestações gemelares por mil partos na Nigéria, 12 partos por mil nos Estados Unidos, até 6,7 partos por mil no Japão (1). Em nosso serviço, a prevalência de partos gemelares é de 8,9 partos por mil (2).

A gestação gemelar está associada a uma mortalidade perinatal três a 11 vezes maior do que quando comparada às gestações únicas (2). Desta forma, gêmeos contribuem de forma desproporcional para as estatísticas de mortalidade, sendo responsáveis por pelo menos 10% da mortalidade perinatal. Em Illinois (1990), as gestações gemelares foram responsáveis por 12,6% da mortalidade, porém os gemelares eram apenas 2,5% da população em estudo. Ainda que as taxas de mortalidade perinatal para gestações únicas tenham declinado nas últimas três décadas, as taxas relativas aos gêmeos persistem sem alteração (1).

Associado a esta alta taxa de mortalidade há também um aumento da morbidade. Este aumento recai principalmente sobre a prematuridade, apesar de que outras patologias da gestação têm sua prevalência aumentada tais como anemia, pré-eclampsia, polidrâmnio, malformações fetais, crescimento intra-uterino restrito e distocias fetais (3,4). Estas causas de aumento de morbimortalidade têm sua prevalência muito diferentes dependendo da população estudada.

Outros fatores, como um maior número de cesarianas em relação à gestação única, podem estar associados à maior morbimortalidade das gestações gemelares. Ocorrências próprias da gestação gemelar como a discordância de peso, a síndrome de transfusão feto-fetal e um maior número de mortes fetais sem explicação, certamente contribuem para aumentar as estatísticas de morbimortalidade (1,5).

Para avaliar as características, as complicações e os fatores de risco associados a gestações gemelares no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi proposto este estudo.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo durante o segundo semestre de 1998 no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA. Foram selecionados os casos de gestações gemelares que apresentaram o parto no Centro Obstétrico do HCPA com idade gestacional entre 20 semanas e o termo. Os dados foram obtidos através da relação de nascimentos ocorridos nos últimos 10 anos no Centro Obstétrico (1988 a 1998) e posterior revisão do prontuário médico. Foram excluídos do estudo os casos que não possuísem no prontuário pelo menos 80% dos dados pesquisados.

Foram revisados um total de 376 prontuários; desses, 53 foram excluídos por preenchimento incompleto (menos do que 80%). As variáveis analisadas foram: idade materna, raça, paridade materna, tipo de

Tabela 1. Distribuição por idade gestacional^a

Idade gestacional em semanas	Frequência (%)
20 - 27	19 (6,0)
28 - 31	32 (10,1)
32 - 35	87 (27,5)
> 36	229 (72,4)
Total	316

^a (7 casos sem idade gestacional definida)

placentação e complicações da gestação. Os seguintes dados do parto foram coletados: idade gestacional, tipo de apresentação, tipo de parto, uso de fórceps, intervalo entre os nascimentos e complicações relacionadas ao parto. Quanto aos recém-nascidos, foram coletadas as seguintes variáveis: peso ao nascimento e Apgar no primeiro e no quinto minuto.

Os dados foram analisados com os programas estatísticos EPI-Info 6.0 e PEPI. Para a análise estatística, foi utilizado o teste do χ^2 com correção de Mantel e Yates. Estabelecemos um nível de significância de 0,05. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA.

Resultados

A amostra consistiu de um total de 323 pacientes com uma média de idade de 27,5 (14 - 42) anos. Duzentos e sessenta e seis pacientes eram brancas (82,4%), 49 eram negras (15,2%) e oito eram mulatas (2,5%). Quanto à paridade, 106 pacientes eram primigestas (32,8%) e 217 eram multíparas. Noventa e nove gestações apresentaram placentação dicoriônica-diamniótica (52,9%), 61 diamniótica-monocoriônica (32,6%) e 27 monocoriônica-monoamniótica (14,5%). Nos 136 casos restantes não foi realizada análise anatomo-patológica para definição da placentação.

O parto ocorreu com 35,3 (20-43) semanas de gestação em média. A tabela 1 mostra a distribuição por idade gestacional. Na amostra, 43,7% das pacientes nasceram com idade gestacional inferior a 35 semanas, e 21%, com idade gestacional inferior a 32 semanas.

Cento e trinta e nove pacientes tiveram parto normal e 184 parto cesáreo (56,96%). Entre os partos vaginais, 13 (4,02%) foram instrumentados (11 fórceps de Simpson e 2 de Kielland). O intervalo médio entre os nascimentos, incluindo a cesariana, foi de 11 minutos (1 - 332 minutos). O intervalo médio entre os nascimentos nos partos vaginais foi de 22 minutos.

As apresentações fetais no momento do parto foram distribuídos da seguinte maneira: 176 cefálica/cefálica, 101 cefálica/pélvica, 23 pélvica/pélvica, 19 cefálica/córmica, 4 pélvica/córmica. Um total de 337 complicações ocorreu durante a gestação, demonstradas na tabela 2. A tabela 3 mostra as complicações ocorridas durante o parto. O trabalho de parto prolongado ocorreu em 28 gestantes, o sofrimento fetal em 17 e a desproporção cefalo-pélvica em nove. O peso do primeiro feto gemelar foi de 2299 g em média e o peso do segundo foi em média de 2277,3 g. Não houve diferença estatística entre o peso dos fetos gemelares ($P > 0,05$). A mediana do escore de Apgar do primeiro e do segundo gemelar não foram diferentes, sendo no primeiro e quinto minuto de 7 e 8, respectivamente.

Para a análise dos fatores de risco relacionado à idade, foi considerado como ponto de corte a idade de 35 anos. As pacientes com idade inferior a 35 anos apresentaram complicações durante o parto em 60 casos, enquanto que as pacientes com mais do que 35 anos apresentaram complicações em apenas 2 casos. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($P = 0,01$ teste do

Tabela 2. Complicações durante a gestação (n = 323) ^a

Complicações	Frequência (%)
Nascimentos pré-termo	138 (42,7)
Trabalho de parto pré-termo	98 (30,3)
Pré-eclampsia	56 (17,3)
Ruptura prematura de membranas	16 (4,9)
Morte fetal	9 (2,8)
Outras	20 (6,2)
Total	337

^a (mais de uma complicação por gestante)

Tabela 3. Distribuição das complicações durante o parto (n = 323)

Complicações	Frequência (%)
Trabalho de parto prolongado	28 (8,7)
Sofrimento fetal agudo	17 (5,2)
Desproporção cefalo-pélvica	9 (2,8)
Feto morto	4 (1,2)
Distocia	4 (1,2)

χ^2 com correção de Mantel, $P = 0,02$ com correção de Yates). Na avaliação dos tipos de complicações ocorridas durante a gestação não foram encontradas diferenças significativas.

Na avaliação entre idade gestacional e presença de complicações foi encontrado um maior número de complicações durante a gestação em gestações com 32 semanas ou menos ($P = 0,003$, c com correção de Yates). Na análise das complicações em comparação à paridade e tipo de placentação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Na análise dos outros parâmetros (raça, paridade, placentação, índice de Apgar, peso e apresentação) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$).

Não houve casos de morte materna. Ocorreram 13 mortes fetais ou 20,4 mortes por mil nascidos vivos. Destes, 9 casos ocorreram durante a gestação e, em 4, durante o trabalho de parto e/ou parto.

Discussão

A prematuridade baseada na idade gestacional tem sido questionada na gestação gemelar. As curvas percentuais da gestação gemelar são semelhantes às de gestação com feto único; entretanto, com 2 semanas de precocidade (6). A média de peso também sofre modificação na gemelaridade, tanto que o diagnóstico de crescimento intra-uterino restrito para gêmeos necessita de tabelas e curvas próprias para gestações gemelares. A discussão tem resultado em questionar se uma gestação gemelar a termo tem 35 ou 37

semanas (6).

A nossa pesquisa encontrou um maior número de complicações relacionadas ao parto em pacientes com menos de 35 anos, e um maior número de complicações relacionadas a gestação em pacientes com menos de 32 semanas. O trabalho conseguiu caracterizar a amostra de pacientes com gestações gemelares que procuram nosso serviço. Não foram encontrados outros fatores de risco para complicações relacionadas à gestação ou ao parto.

O número de recém-nascidos pré-termo foi bastante elevado, constituindo a maior morbidade isolada, ainda mais quando acrescido dos episódios de trabalho de parto pré-termo que conseguiram ser sedados. A redução da taxa de prematuridade em gemelares é o principal objetivo de todo obstetra. A frequência de parto pré-termo é sabidamente maior nesta população (50,7% x 9,4%). Gêmeos tem 5,4 vezes mais chance de nascer antes da 37ª semana de gestação e 8,2 vezes mais de nascer antes da 33ª semana (7). Cerca de 43% de nossos gemelares nascem prematuramente, 2,86 vezes mais do que a taxa de prematuridade da cidade de Porto Alegre (8).

Vários fatores são relacionados como importantes na maior morbimortalidade da gestação gemelar. São eles prematuridade, patologias próprias da gemelaridade – como a síndrome de transfusão feto-fetal – e patologias próprias da gestação como hipertensão induzida pela gestação, diabetes melito gestacional e poli-hidrânio, entre outras. A hipertensão arterial tem sido relatada como uma das principais complicações que encontra-se aumentada na gestação gemelar. As frequências variam de 12,9% a 25,4% com razão de chance de 1,8 a 3,4 (9). Na nossa população estudada, encontramos 17,3% de hipertensas: 1,64 vezes mais do que em estudo prévio do próprio hospital (8). Analisamos que gestações gemelares com idade gestacional superior a 32 semanas possuíam um maior número de complicações. Desta forma, patologias como a pré-eclampsia, diabetes melito gestacional, crescimento intra-uterino restrito devem ser mais pesquisadas. Foi visto ainda que pacientes mais jovens (idade inferior

a 35 anos) apresentaram mais complicações relacionadas ao parto. É conhecido que gestações em pacientes adolescentes são acompanhadas de um maior número de complicações. Não encontramos, no entanto um maior risco nas pacientes de mais idade.

A determinação da amnionidade é baseada na visualização ou não da membrana inter-gêmeos. O diagnóstico da amnionidade é importante para o manejo diferenciado de gêmeos monoamnióticos, os quais estão mais associados a parto precoce, sofrimento fetal, sendo mais recomendada a cesariana (10). Em uma situação onde existe a discrepância de tamanho entre os fetos, o diagnóstico da corionicidade é essencial para a diferenciação entre a síndrome de transfusão gêmeo-gemelar e a restrição de crescimento fetal devido ao fluxo placentar anormal (5).

Na nossa amostra, em 42% das gestações não foi possível definir quanto a sua amnionidade; contudo, a maioria era diamnióticas-dicoriônicas (52,9%). As gestações com placentação monócoriônica-monoamniótica são normalmente acompanhadas de maior morbidade fetal. Em nosso trabalho, conseguimos dados de 187 pacientes para esta variável, e não foi encontrado um risco significativo associado. Apesar do desempenho inicial dos fetos nascido em primeiro lugar na nossa avaliação não foram encontradas diferenças (3).

A taxa de cesariana em gestações gemelares de 1980 a 1985 aumentou de 32,4% para 54,5% nos Estados Unidos, de 29,7% para 42,5% na Dinamarca, e de 11,6% para 20,5% na Holanda (10). Uma taxa de 57% para gemelares em um hospital onde a média é de 26% parece ser razoável. A diferenciação do tipo de apresentação pode influenciar as taxas de cesariana. Quando o primeiro apresenta-se de vértice, normalmente procede-se o parto normal, especialmente em gestações diamnióticas-dicoriônicas. Sendo o primeiro com apresentação não-cefálica, normalmente indica-se cesariana.

A gestação gemelar é uma situação comum em obstetrícia e que possui um número

de complicações elevado. A vigilância do obstetra deve ser permanente, e redobrada quando estiver assistindo uma gestação gemelar em paciente jovem com idade gestacional inferior a 32 semanas.

Referências

1. Hollenbach KA, Hickok DE. Epidemiology and diagnosis of twin gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:42-51.
2. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Cunha F° JSL, Souza CAB. Gemelaridade. In: Freitas F, editor. *Rotinas em Obstetrícia*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 139-43.
3. Beasley E, Megerion G, Gerson A, Roberts NS. Monoamniotic twins: case series and proposal for antenatal management. *Obstet Gynecol* 1999;93:130-6.
4. Blickstein I, Goldman RD, Smith-Levinton M, Greenberg M, Sherman D, Rydhstroen H. The relation between intertwin birth weight discordance and total twin birth weight. *Obstet Gynecol* 1999;93:113-7.
5. Chasen ST, Chervelak FA. What is the relationship between the universal use of ultrasound, the rate of detection of twins, and outcome differences? *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:67-77.
6. Alexander GR, Kogan M, Martin J, Paplernik E. Who are the fetal growth patterns of singletons, twins, and triplets in the United States? *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:115-25.
7. Paplernik E, Keith L, Oleszcink JJ, Cervantes A. What interventions are useful in reducing the rate of preterm delivery in twins? *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:13-23.
8. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Relatório do Comitê de Perinatologia do Município de Porto Alegre. Agosto, 1998. p. 18.
9. Senat MV, Ancel PY, Bouvier-Colle MH, Bréart G. How does multiple pregnancy affect maternal mortality and morbidity? *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:79-83.
10. Benachi A, Pons JC. Is the route of delivery a meanful issue in twins? *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:31-5.