

Gravidez múltipla

- 1 Introdução
- 2 Atenção pré-natal
 - 2.1 Aconselhamento e apoio
 - 2.2 Nutrição
 - 2.3 Ultra-sonografia
- 3 Parto pré-termo
 - 3.1 Cerclagem cervical
 - 3.2 Agentes betamiméticos profiláticos
 - 3.3 Monitorização domiciliar da atividade uterina
 - 3.4 Hospitalização na gravidez múltipla
- 4 Parto
- 5 Conclusões

1 Introdução

A gravidez múltipla representa problemas específicos para as mulheres, seus lactentes e os responsáveis por sua assistência. As mulheres tendem a apresentar os sintomas comuns e desagradáveis da gravidez, como pirose, dor nas costas, hemorragias, dificuldade em caminhar e cansaço em maior intensidade do que as mulheres grávidas de apenas um feto. São mais propensas a sofrer de anemia, hipertensão, pré-eclâmpsia, trabalho de parto pré-termo e parto cirúrgico. Os riscos aumentados para o bebê incluem malformações congênitas, monocorionicidade (ambos os bebês compartilhando uma placenta), deficiência do crescimento fetal, parto pré-termo e morte perinatal. Para os sobreviventes, a longo prazo há maior risco de paralisia cerebral.

2 Atenção pré-natal

Há uma grande variedade de opções para a atenção pré-natal regular, desde a atenção modificada compartilhada entre obstetra e clínico geral até consultas semanais a partir da 20ª semana de gestação. Não há indicações sugestivas de que um padrão de atenção pré-natal seja melhor que outro, porque essa questão importante de pesquisa nunca foi abordada adequadamente. Consultas pré-natais regulares permitem o rastreamento de hipertensão e pré-eclâmpsia por determinação cuidadosa da pressão arterial, e, no caso de sua elevação, verificação de proteinúria. A assistência a mulheres com gravidez

múltipla que desenvolvem hipertensão pode ser particularmente importante, e deve seguir as recomendações atuais de tratamento (ver Cap. 15).

2.1 Aconselhamento e apoio

As mulheres com gravidez múltipla necessitam de aconselhamento e apoio dos provedores de saúde para lidar com os problemas específicos da gravidez múltipla e com os sintomas comuns e desagradáveis da gravidez, como hemorragias, pirose e dor nas costas (ver Cap. 13). Elas podem mostrar-se particularmente ansiosas em relação à gravidez, ao nascimento e à sua capacidade de lidar com as demandas práticas e financeiras de mais de um novo bebê. Pode ser útil ajudar as mulheres a encontrar suporte, como um curso pré-natal especial para mulheres com gravidez múltipla ou encaminhamento a um grupo de apoio para gestações múltiplas.

2.2 Nutrição

As demandas fetais de ferro e folato estão aumentadas na gravidez múltipla, e a anemia é mais freqüente que nas gestações de feto único. Freqüentemente é aconselhada a suplementação rotineira de ferro e folato desde o início do segundo trimestre, embora não tenha sido demonstrado que isso melhore o resultado clínico da gravidez (ver Cap. 6).

2.3 Ultra-sonografia

Se não for realizada de rotina, a ultra-sonografia é indicada quando há suspeita de gravidez múltipla. A ultra-sonografia de rotina no início da gravidez permite a detecção precoce de gestações múltiplas, a detecção de gestações monoamnióticas (com maior risco) e a detecção de algumas anormalidades congênitas não-suspeitas. A detecção precoce de gravidez múltipla não mostrou melhorar a evolução fetal.

Foi descrito aumento do risco de defeitos do tubo neural, anomalias cardíacas e atresias intestinais em gestações gemelares. Os gêmeos unidos e a seqüência de perfusão arterial reversa em gêmeos são anomalias raras encontradas exclusivamente em gestações múltiplas. O diagnóstico precoce de anomalia fetal permite aconselhamento apropriado em relação às opções de tratamento disponíveis.

A previsão de amnionicidade (número de sacos amnióticos) e corionicidade (placentas separadas ou unidas) por ultra-

sonografia no primeiro trimestre é possível, embora sua precisão e a relevância para a evolução da gravidez ainda não tenham sido determinadas. Ao menos teoricamente, o conhecimento da amnionidade e da corionicidade pode ser útil de várias formas, como na diferenciação entre síndrome de transfusão gemelar e gravidez gemelar complicada por restrição ao crescimento intra-uterino, no tratamento após a morte de feto único, ou quando um dos gêmeos tem uma grande malformação congênita e a interrupção seletiva da gravidez é considerada.

Caso haja desenvolvimento de síndrome de transfusão gemelar, foram defendidas diversas opções terapêuticas. Estas incluem: medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides, amniocentese terapêutica repetida e técnicas que interrompem a circulação placentária patológica. São aguardados os resultados dos estudos controlados desses tratamentos, embora haja informações mínimas de que nenhum desses melhora a evolução do lactente.

A deficiência do crescimento fetal de um ou mais bebês é um risco na gestação múltipla. Não há dados adequadamente controlados sobre a utilidade da ultra-sonografia regular ou com Doppler da artéria umbilical para avaliação do crescimento fetal e bem-estar na gravidez múltipla.

3 Parto pré-termo

O parto pré-termo representa a maior ameaça para a sobrevivência do lactente. O aconselhamento quanto aos sinais e sintomas de trabalho de parto pré-termo com a recomendação de procurar o hospital nessa situação, juntamente com informações por escrito, pode ser útil, embora essa conduta não tenha sido submetida a uma avaliação controlada.

A previsão de parto pré-termo é difícil. Há relato de que a avaliação cervical por exame digital ou por ultra-sonografia permite previsão útil do risco de parto pré-termo. Não se sabe ao certo a frequência com que devem ser feitas essas avaliações, e não se sabe se trazem mais benefícios que prejuízos.

A fibronectina cervical pode ser útil para prever quais mulheres terão parto pré-termo, embora sua principal utilidade esteja em seu valor preditivo negativo. Ainda é necessário que estudos controlados determinem se a dosagem de fibronectina será útil clinicamente para melhorar a evolução da gravidez.

Alguns tratamentos pré-natais foram usados em tentativas de reduzir o risco de parto pré-termo e suas seqüelas em mulheres com gravidez múltipla. Eles incluem cerclagem cervical, agentes betamiméticos, monitorização domiciliar da atividade uterina e hospitalização para repouso no leito.

Todos foram avaliados por estudos controlados, mas até hoje nenhum mostrou-se útil para a redução do risco de parto pré-termo.

3.1 Cerclagem cervical

Na gestação normal, acredita-se que o colo do útero assumira uma função semelhante à de um esfíncter para reter o conteúdo do útero. Uma fraqueza cervical congênita ou adquirida por traumatismo ou a circunstância fisiológica incomum de gravidez múltipla são fatores que podem tornar o colo incapaz de realizar essa função com a eficiência habitual. A crença nessa "incompetência" cervical é a base para a realização da operação de cerclagem cervical.

Os dados disponíveis de estudos controlados de cerclagem cervical na gestação gemelar são muito poucos para terem utilidade clínica. Eles são compatíveis com um grande efeito benéfico e também com um grande efeito adverso da operação. A cerclagem cervical afeta outros aspectos do tratamento clínico e possui alguns riscos específicos. Não deve ser adotada especificamente na gestação gemelar fora do contexto de outros estudos controlados com tamanho e qualidade suficientes.

3.2 Agentes betamiméticos profiláticos

Foram realizados estudos com diversos agentes betamiméticos orais, incluindo isoxuprina, ritodrina, salbutamol e terbutalina, em várias doses, para a prevenção de trabalho de parto pré-termo em mulheres com gravidez múltipla. Apesar da diversidade dos agentes e das várias doses usadas, os resultados são regulares. Não foi detectado efeito benéfico da administração profilática de betamiméticos sobre o parto pré-termo, baixo peso ao nascimento ou mortalidade perinatal. Embora os agentes betamiméticos profiláticos não tenham obtido êxito em adiar o parto ou em melhorar o crescimento fetal, os quatro estudos que informam sobre a incidência de síndrome de angústia respiratória sugerem que a frequência desse resultado adverso pode ser significativamente reduzida. Não foi constatado esse efeito com o uso profilático de betamiméticos em gestações de feto único, e esse poderia ser um achado ocasional.

À luz dos riscos teóricos da exposição fetal crônica aos agentes betamiméticos, a administração profilática dessas drogas só deve ser considerada no contexto de estudos clínicos bem controlados.

3.3 Monitorização domiciliar da atividade uterina

Estudos da monitorização domiciliar da atividade uterina na gravidez múltipla foram pequenos, e não há detalhes sufici-

entes para se avaliar as potenciais fontes de viés. Há sugestões de que pode ser menos provável que os bebês nascidos de mães que utilizam monitorização domiciliar da atividade uterina para gestação gemelar pesem menos de 1.500 g, ou sejam internados em berçário de cuidados especiais. Devido ao alto potencial de viés, esses dados devem ser vistos com cautela. A monitorização domiciliar da atividade uterina, se adotada, não deve ser adotada fora do contexto de estudos adequadamente controlados.

3.4 Hospitalização na gravidez múltipla

O repouso prolongado no leito na gravidez múltipla, com o objetivo de aumentar a duração da gestação, aumentar o crescimento fetal e reduzir a mortalidade perinatal, foi defendido durante muitos anos. As considerações gerais sobre o uso de repouso no leito (ver Cap. 14) aplicam-se igualmente a seu uso na gravidez múltipla, pois a prática não é inofensiva.

A hospitalização e o repouso no leito na gravidez múltipla foram introduzidos na prática clínica sem avaliação adequada, e a política ainda não foi completamente apreciada. Apenas recentemente foram realizados alguns estudos, e são necessárias outras avaliações controladas para se esclarecer os efeitos dessa intervenção. Há mais informações disponíveis sobre gestações duplas do que sobre gestações múltiplas de maior ordem.

Há algumas sugestões a partir desses estudos de que a hospitalização de rotina de mulheres com gestações gemelares pode resultar em diminuição do risco de hipertensão materna, mas um impacto positivo sobre aspectos mais importantes foi desprezível. Na verdade, os dados sugerem que a hospitalização de rotina pode ter efeitos adversos. O risco de partos muito prematuros (menos de 34 semanas de gestação) e de bebês com peso muito baixo ao nascimento foi *aumentado* pela hospitalização de rotina nesses estudos. Não foram detectadas diferenças na incidência de depressão do índice de Apgar, internação em berçários de cuidados especiais ou mortalidade perinatal.

Alguns obstetras sugeriram que a hospitalização para repouso no leito em gestações gemelares só deve ser aplicada a mulheres que parecem correr risco maior que a média de parto pré-termo. Embora essa recomendação mais conservadora possivelmente seja justificada, há pouquíssimos dados para apoiá-la. Apenas uma dessas políticas seletivas foi avaliada em um estudo randomizado. A comparação entre os grupos hospitalizado e de controle de mulheres com dilatação cervical precoce não mostrou quaisquer benefícios sobre o risco de parto pré-termo, mortalidade perinatal, crescimento fetal ou outros

resultados neonatais. Não há base para a adoção disseminada dessa política.

Foi publicado apenas um estudo de repouso no leito em gestações triplas. Os resultados desse estudo sugerem que vários resultados adversos, incluindo parto pré-termo, morte perinatal e baixo peso ao nascimento, podem ser reduzidos por hospitalização de rotina de mulheres com gestação tripla. O estudo foi pequeno; os achados foram compatíveis com o acaso; e é necessário pesquisa adicional.

4 Parto

Praticamente não há dados de estudos controlados para ajudar a optar entre parto vaginal e cesariana nas mulheres com gravidez múltipla. Um único estudo avaliou o efeito da cesariana quando o segundo gêmeo estava em apresentação diferente da apresentação de vértice. Como seria esperado, a morbidade febril materna e a necessidade de anestesia geral aumentaram com a cesariana. Não foram encontradas vantagens compensadoras em termos de diminuição da morbidade ou mortalidade fetal ou neonatal.

5 Conclusões

Pode ser necessário apoio adicional para ajudar as mulheres com as demandas emocionais, práticas e financeiras da gravidez e o planejamento para receber mais de um bebê.

A ultra-sonografia inicial de rotina resulta em diagnóstico precoce, detecção de anormalidades fetais, e pode determinar a amnionidade e a corionidade. Não se sabe se isso melhora o resultado para a mãe ou o lactente. A assistência pré-natal regular permite o rastreamento de hipertensão. A suplementação de ferro ou folato pode ajudar a evitar anemia.

A previsão de parto pré-termo é difícil, e o papel da avaliação cervical e do uso clínico de fibronectina ainda não foi avaliado por estudos controlados. Os tratamentos que visam reduzir o risco de parto pré-termo não se mostraram efetivos.

Atualmente não há respaldo para a prática rotineira de repouso no leito hospitalar para mulheres com gestação gemelar; na verdade, os dados sugerem que ele pode ser prejudicial. Ainda não foi estabelecido se essa política seria ou não justificada em mulheres sob maior risco de trabalho de parto pré-termo, como aquelas com gestação tripla ou com dilatação cervical precoce.

O uso de cerclagem cervical, betamiméticos orais ou monitorização uterina domiciliar nas mulheres com gestação múltipla não pode ser justificado fora do contexto de estudos adequadamente controlados. Não foram estabelecidas as indicações de cesariana na gestação múltipla.



Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Crowther, C. and Chalmers, I., Bed-rest and hospitalization during pregnancy.

Grant, A., Cervical cerclage to prolong pregnancy.

Biblioteca Cochrane

Crowther, C.A., Hospitalization for bed-rest in multiple pregnancy. Cesarean delivery for the second twin.

Neilson, J.P., Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.

Revisões pré-Cochrane

Grant, A.M., Cervical cerclage in twin pregnancy. Review no. 03280.

Keirse, M.J.N.C., Prophylactic oral betamimetics in twin pregnancies. Review no. 03462.

Home uterine-activity monitoring in twin pregnancies. Review no. 06661.

Outras fontes

Crowther, C.A. (1997) Multiple pregnancy. In *High-risk pregnancy management options* (ed. D. James). WB Saunders, London.