

Via de parto na gestação gemelar





Via de parto na gestação gemelar

Autoria: FEBRASGO

Participantes: Ricardo Simões, Wanderley M. Bernardo, Antonio J. Salomão,
Edmund C. Baracat

Diagramação: Ana Paula Trevisan

Introdução

A **gravidez múltipla** caracteriza-se pela presença de dois ou mais conceptos, no útero ou fora dele. Classificada em dupla ou gemelar, tripla, quádrupla, etc, associa-se a maior morbimortalidade materna, perinatal e neonatal em detrimento aquela observada para gestações únicas ¹ (**D**). Como complicações maternas identificamos maior risco de ocorrência de pré-eclampsia, anomalias da placenta e do cordão e rotura prematura pré-termo das membranas ovulares, já do ponto de vista fetal, evidencia-se maior risco de prematuridade, restrição do crescimento intrauterino e malformação fetal, sendo o baixo peso ao nascimento e a prematuridade os grandes responsáveis pela morbimortalidade perinatal ^{2,3} (**B**). Cabe aqui ressaltar os riscos associados ao parto, evento este intrinsecamente relacionado a

morbimortalidade, devido principalmente à ocorrência de apresentações não cefálicas, identificadas em 60% dos casos, seja do primeiro, segundo ou de ambos os gemelares.

Existem três possibilidades de nascimento em gestação gemelar: ambos podem nascer pela via vaginal, ambos a partir do parto cesariano ou o parto combinado, onde o primeiro nascimento ocorre pela via vaginal e o segundo a partir do parto cesariano. Na apresentação onde ambos são cefálicos – **apresentação cefálica/cefálica** – (mais comum com ocorrência em torno de 42%) é recomendado o parto pela via vaginal, desde que não existam contraindicações a esta via. No caso onde apenas o primeiro encontra-se em apresentação cefálica – **apresentação cefálica/não cefálica** – (ocorrência em 35 a 40% das gestações gemelares) não existe consenso a respeito da via de parto

mais apropriada e quando o primeiro é não cefálico, frequentemente se executa o parto cesariano.

Objetivo

O objetivo desta revisão é fornecer a melhor evidência disponível na atualidade sobre a **morbimortalidade materna, perinatal e neonatal** relacionada à **via de parto** (vaginal ou cesariano) **nos casos de gestação gemelar**.

Material e método

A obtenção da evidência a ser utilizada para análise da morbimortalidade materna perinatal e neonatal relacionada à via de parto nos casos de gestação gemelar seguiu os passos de: elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência.

1. DÚVIDA CLÍNICA

A realização da **cesariana eletiva em caso de gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica** encontra-se relacionada a menor

morbimortalidade materna, perinatal e neonatal em comparação ao parto vaginal?

2. PERGUNTA ESTRUTURADA

A dúvida clínica é estruturada por meio dos componentes do **P.I.C.O.**

(**P** (Paciente); **I** (Intervenção); **C** (Comparação); **O** (“Outcome”)).

P: Gestação gemelar

I: Parto cesariano

C: Parto vaginal

O: Morbimortalidade materna, perinatal e neonatal

3. BASES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA CONSULTADAS

As bases de informação científica consultadas foram PubMed-Medline e Cochrane. Busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas) também foi realizada.

4. ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA EVIDÊNCIA

PubMed-Medline

Estratégia: (Twins Pregnancy, Multiple OR Multiple Pregnancy OR Multiple Pregnancies OR Pregnancies, Multiple OR Pregnancy, Twin OR Pregnancies, Twin OR Twin Pregnancies OR Twin Pregnancy) AND (Cesarean Section OR Cesarean Sections OR Delivery, Abdominal OR Abdominal Deliveries OR Deliveries, Abdominal OR Caesarean Section OR Caesarean Sections OR Abdominal Delivery OR C-Section OR C Section OR C-Sections OR Postcesarean Section).

Cochrane

Estratégia: Twins Pregnancy AND cesarean section.

5. Trabalhos recuperados (30/05/2014)

BASE DE INFORMAÇÃO	NÚMERO DE TRABALHOS
Primária	
PubMed-Medline	3.746
Cochrane	20

Tabela 1 - Número de trabalhos recuperados com as estratégias de busca utilizadas para cada base de informação científica

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS TRABALHOS RECUPERADOS

A seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e resumos obtidos com a estratégia de busca nas bases de informação consultadas foi conduzida por

dois pesquisadores com habilidade na elaboração de revisões sistematizadas, de forma independente e cegada, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente (ver item 6.2), separando-se por fim os trabalhos com potencial relevância. Quando o título e o resumo não fossem esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra.

6.1 Desenho de estudo

Revisões narrativas, relatos de casos, séries de casos e trabalhos com apresentação de resultados preliminares foram excluídos da avaliação. Revisões sistemáticas e metanálises foram utilizadas com o princípio básico de recuperação de referências que porventura haviam sido perdidas em

primeiro momento a partir da estratégia de busca inicial. Foram incluídos os trabalhos com desenho de coorte ou ensaios clínicos controlados (randomizados ou não).

Foram definidos como estudo coorte aqueles com seguimento das pacientes, mesmo histórico e análise de desfechos prognósticos.

Os ensaios clínicos controlados foram avaliados segundo o escore JADAD ⁴.

6.2 Componentes do P.I.C.O.

✓ **Paciente**

— Gestação gemelar com idade gestacional superior a 30 semanas ou peso superior a 1.500g, encontrando-se o primeiro gemelar em apresentação cefálica e o segundo em apresentação cefálica ou não cefálica.

✓ **Intervenção**

— Parto cesariano eletivo.

✓ **Comparação**

— Parto vaginal.

✓ **“Outcome” (Desfecho)**

- Os desfechos foram divididos em desfechos maternos e infantis. Dentre os desfechos maternos destacam-se os precoces e os tardios. Como desfechos maternos precoces incluem-se: morte materna, rotura uterina, deiscência de cicatriz de histerotomia (total ou parcial), complicações hemorrágicas (hemorragia no intra e no pós-parto, com necessidade de transfusão sanguínea), retenção de restos placentários, histerectomia relacionada a qualquer complicação do nascimento, hematoma vulvar ou perineal (sendo necessário tratamento cirúrgico), eventos tromboembólicos, complicações de ferida operatória (infecção de ferida, deiscência ou dor), infecção puerperal, lesão de intestino, bexiga ou ureter com necessidade de tratamento

cirúrgico, ocorrência de fístula envolvendo o trato urinário, genital ou gastrointestinal, edema pulmonar, depressão pós-parto. Como desfechos maternos tardios incluem-se: complicações no aleitamento materno, dor perineal, dor abdominal, dispareunia, incontinência urinária, incontinência fecal, distopia genital, recorrência de parto cesariano em gestação subsequente e rotura uterina em gestação subsequente.

Com relação aos desfechos infantis, são considerados: morte perinatal ou neonatal (excluindo-se casos de mortes relacionadas a anomalias fetais fatais), morbidade neonatal como convulsões (ocorrência dentro das primeiras 24 horas do nascimento ou mediante a necessidade de dois ou mais

fármacos para controle), escore de Apgar, asfixia ao nascimento, complicações respiratórias, infecção, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal, encefalopatia neonatal, traumas ao nascimento (fraturas ósseas, hematoma subdural, hemorragia cerebral ou intraventricular), lesão de medula, lesão de nervo periférico (como lesão de plexo braquial), deficiências na infância, hipotonia, intubação ou necessidade de ventilação por pelo menos 24 horas e necessidade de alimentação por sonda por período igual ou superior a quatro dias.

6.3 Idioma

Foram incluídos estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola.

6.4 Segundo a publicação

Somente os trabalhos cujos textos completos encontravam-se disponíveis foram considerados para avaliação crítica.

7. TRABALHOS SELECIONADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Após submeter a estratégia de busca às bases de informação primária (PubMed-Medline e Cochrane), a avaliação dos títulos e resumos possibilitou a seleção de sete estudos.

8. EVIDÊNCIA SELECIONADA NA AVALIAÇÃO CRÍTICA E EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS

Os trabalhos considerados para leitura em texto completo foram avaliados criticamente segundo os critérios de inclusão e exclusão, por desenho de estudo, **P.I.C.O.**, língua e disponibilidade do texto completo (itens 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4).

Os resultados referentes à situação clínica considerada serão expostos individualmente, através dos seguintes itens: questão clínica, número de trabalhos selecionados (segundo os critérios de inclusão), descrição dos estudos (Tabela 2) e resultados e síntese da evidência disponível.

As referências relacionadas aos trabalhos incluídos estarão dispostas na Tabela 4 e no item referências bibliográficas.

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada na busca era definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (Tabela 3). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD, considerando os ensaios JADAD < três (3) como

inconsistentes (grau B), e aqueles com escore \geq três (3), consistentes (grau A). Para análise crítica dos estudos não randomizados, dentre os quais incluem-se os estudos prospectivos observacionais, foi utilizada a escala Newcastle-Ottawa ⁵.

Para resultados com evidência disponível serão definidos de maneira específica, sempre que possível, a população, a intervenção, os desfechos, a presença ou ausência de benefício e/ou dano e as controvérsias.

Não será incluído nos resultados, questões relacionadas a custo.

Os resultados serão expostos preferencialmente em dados absolutos, risco absoluto, número necessário para tratar (NNT), ou número para produzir dano (NNH), e eventualmente em média e desvio padrão.

As referências relacionadas aos trabalhos incluídos e excluídos estarão dispostas no item referências bibliográficas.

Planilha para descrição dos estudos e exposição dos resultados

Evidência incluída

Desenho do estudo

População selecionada

Tempo de seguimento

Desfechos considerados

Expressão dos resultados: porcentagem, risco, odds, hazard ratio

Tabela 2 - Planilha utilizada para descrição dos estudos incluídos e exposição dos resultados

Roteiro de avaliação crítica de ensaio clínico controlado randomizado (Check-list)

Dados do estudo Referência, Desenho de estudo, JADAD, força da evidência	Cálculo da amostra Diferenças estimadas, poder, nível de significância, total de pacientes
Seleção dos pacientes Critérios de inclusão e exclusão	Pacientes Recrutados, randomizados, diferenças prognósticas
Randomização Descrição e alocação vendada	Seguimento dos pacientes Tempo, perdas, migração
Protocolo de tratamento	Análise

Intervenção, controle e cegamento	Intenção de tratamento, analisados intervenção e controle
Desfechos considerados Principal, secundário, instrumento de medida do desfecho de interesse	Resultado Benefício ou dano em dados absolutos, benefício ou dano em média

Tabela 3 - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados (Check-list)

Questão clínica

A realização da **cesariana eletiva em caso de gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica** encontra-se relacionada a menor

morbimortalidade materna, perinatal e neonatal em comparação ao parto vaginal?

Evidência selecionada

Tipo de publicação	Incluídos
Ensaio clínico randomizado	7 ⁶⁻¹²
Estudo de coorte concorrente	
Estudo de coorte não concorrente	
Estudo de caso-controle	

Tabela 4 – Processo seletivo

Os principais motivos de exclusão dos trabalhos foram: desenho de estudo diferente dos ensaios clínicos longitudinais observacionais (retrospectivos ou prospectivos) ou experimentais (ensaios clínicos controlados, randomizados ou não); ausência do texto completo; estudos que não avaliaram as duas abordagens concomitantemente (parto cesariano eletivo e parto vaginal); primeiro feto em apresentação não cefálica ou idade gestacional < 30 semanas.

Resultados da evidência selecionada.

Dos 3.766 artigos inicialmente recuperados, sete foram selecionados para sustentar a síntese da evidência referente a morbimortalidade materna,

perinatal e neonatal relacionada a via de parto em caso de gestação gemelar. Os trabalhos incluídos estão relacionados na **Tabela 4**.

1. Barrett JF, et al. N Engl J Med. 2013;369(14):1295-305⁶ (A).

DESENHO: Ensaio clínico randomizado multicêntrico.

POPULAÇÃO: 2.804 mulheres com gestação gemelar perfazendo 2.795 fetos, com idade gestacional entre 32 semanas e 38 semanas e seis dias, peso estimado entre 1.500g a 4.000g, sendo o primeiro gemelar em apresentação cefálica, foram randomizadas para o parto cesariano eletivo (n=1.398 mulheres) e parto vaginal planejado (n=1.406 mulheres).

DESFECHO: Avaliar, como desfecho primário, morbimortalidade perinatal e neonatal, excluindo-se os casos relacionados a anomalias congênitas fatais.

Foram analisados mortalidade perinatal e neonatal e morbidade perinatal e neonatal severas expressas por traumas ao nascimento (fraturas ósseas, hematoma subdural, hemorragia cerebral ou intraventricular), lesão de medula, lesão de nervo periférico, convulsão (pelo menos dois episódios com ocorrência dentro das primeiras 72 horas do nascimento), escore de Apgar < 4 no 5º minuto, necessidade de ventilação pulmonar, permanência em unidade de terapia intensiva neonatal por período superior a quatro dias, septicemia, enterocolite necrotizante.

Outro desfecho analisado refere-se a morbimortalidade materna incluindo morte materna ou morbidade materna severa de ocorrência no período até o 28º dia de pós-parto como, hemorragia severa, necessidade de transfusão sanguínea, necessidade de curetagem uterina pela presença de restos

ovulares, laparotomia, histerectomia, necessidade de tratamento cirúrgico de hematoma vulvar ou perineal, embolia pulmonar, eventos tromboembólicos, pneumonia, infecção de ferida operatória, deiscência, lesão de bexiga, ureter ou intestino com necessidade de correção cirúrgica, fístula do trato genital.

RESULTADO: Das 1.393 gestantes randomizadas para o parto cesariano eletivo, 89,9% foram submetidas efetivamente a esta via de parto para ambos os fetos. Por outro lado, das mulheres randomizadas para a via de parto vaginal, 56,2% deram a luz por esta via efetivamente (39,6% foram submetidas ao parto cesariano). **Não se identificou, entre as vias de parto, diferença significativa no que diz respeito a mortalidade perinatal e neonatal bem como nos desfechos considerados severos (RRA=-0,003 com IC95%: -0,007 a 0,002 e RRA=-0,001 com IC95%: -0,006 a 0,006**

respectivamente). Com relação aos desfechos maternos, também não foi identificada diferença entre as vias de parto na avaliação da mortalidade materna ou morbidade materna severa (RRA=0,011 com IC95%: -0,010 a 0,031 e RRA=-0,009 com IC95%: -0,034 a 0,017 respectivamente).

2. Hoffmann E, et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(4):463-9⁷ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: 1.175 mulheres com gestação gemelar (dois fetos vivos com idade gestacional de 36 semanas) sendo 1.060 dicorionicas e 115 monocorionicas.

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade perinatal e neonatal (escore de Apgar ≤ 7 ; pH de artéria umbilical $< 7,1$; necessidade de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal por mais de três dias ou morte) de acordo com a corionicidade e a via de parto.

RESULTADO: Gestações gemelares dicorionicas nas quais o parto ocorreu pela via vaginal (n=689) estiveram associadas a maiores riscos de desfechos negativos em comparação àqueles que se deram pela cesariana eletiva (RR=0,705 com IC95%: 0,512 a 0,964). Com relação às gestações monocorionicas, não se identificou diferença entre as vias de parto para os desfechos considerados (RR=0,8 com IC95%: 0,319 a 1,968).

3. Peaceman AM, et al. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(4):462.e1-6⁸ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente de base populacional.

POPULAÇÃO: Mulheres com gestação gemelar que deram a luz entre os anos de 1995 a 2000 (idade gestacional ≥ 30 semanas, peso $> 1.500\text{g}$ no qual o primeiro gemelar era cefálico). Neste estudo, os gemelares foram divididos em dois grupos com base na apresentação: cefálica/cefálica e cefálica/não cefálica.

DESFECHEO: Avaliar morbimortalidade perinatal e neonatal (escore de Apgar ≤ 3 no 5^o minuto, trauma de parto e mortalidade no primeiro ano de vida).

RESULTADO: Para as apresentações cefálica/cefálica, não se identificou diferença na morbimortalidade entre os nascimentos que ocorreram pela

via vaginal ou pela cesariana eletiva. Considerando as apresentações cefálica/não cefálica, identificou-se pequeno aumento na incidência de escore de Apgar ≤ 3 no 5º minuto bem como trauma ao nascimento.

4. Kontopoulos EV, et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15(4):219-24⁹ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: 88.811 mulheres com gestação gemelar (dois fetos vivos com idade gestacional ≥ 34 semanas, estando o primeiro em apresentação cefálica).

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade perinatal e neonatal de acordo com a via de parto e apresentação.

RESULTADO: Dos 177.622 gemelares, 87% encontravam-se em apresentação cefálica/cefálica. 97.692 nasceram pela via vaginal e 72.825 por meio do parto cesariano eletivo. 7.105 nascimentos ocorreram pelo parto combinado (o primeiro pela via vaginal e o segundo pela cesariana). **Os nascimentos que se deram por meio do parto cesariano, nas apresentações cefálica/não cefálica, bem como os que ocorreram por meio do parto pela via vaginal na apresentação cefálica/cefálica apresentaram a menor taxa de mortalidade neonatal (1,6 por 1.000 nascidos vivos). Já, a maior taxa de mortalidade esteve relacionada aos nascimentos que ocorreram pelo parto combinado para as apresentações cefálica/não cefálica (2,7 mortes para cada 1.000 nascidos vivos). Entre gemelares em apresentação cefálica/cefálica,**

observou-se maior mortalidade neonatal quando o parto ocorreu por meio da via vaginal seguido da cesariana.

5. Rabinovici J, et al. Am J Obstet Gynecol. 1987;156(1):52-6¹⁰ (B).

DESENHO: Ensaio clínico randomizado.

POPULAÇÃO: Sessenta mulheres com gestação gemelar (dois fetos vivos com idade gestacional ≥ 35 semanas, sendo o primeiro em apresentação cefálica). Trinta e três parturientes (21 com fetos em apresentação cefálica/pélvica e 12 em apresentação cefálica/transversa) foram alocadas para o parto pela via vaginal, e 27 parturientes randomizadas para o parto

cesariano eletivo (18 com fetos em apresentação cefálica/pélvica e nove em apresentação cefálica/transversa).

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade materna, perinatal e neonatal de acordo com a via de parto e apresentação.

RESULTADO: Não se identificou diferença entre as duas vias de parto no que diz respeito ao escore de Apgar para os 1º e 5º minutos bem como na incidência de morbidade neonatal para o nascimento do segundo gemelar. Com relação a morbidade febril materna, identificou-se maior frequência para aquelas submetidas ao parto cesariano eletivo em detrimento ao parto pela via vaginal (40,7% versus 11,1% respectivamente).

6. Grisaru D, et al. Am J Perinatol. 2000;17(6):303-7¹¹ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (dados obtidos entre os anos de 1989 e 1995).

POPULAÇÃO: Parturientes (n=235) com gestação gemelar (dois fetos vivos com idade gestacional \geq 32 semanas, sendo o primeiro em apresentação cefálica).

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade perinatal e neonatal de acordo com a via de parto e apresentação.

RESULTADO: Não se identificou diferença entre as duas vias de parto (parto vaginal ou parto cesariano eletivo) para os desfechos neonatais considerados (trauma ao nascimento, complicações neurológicas ou mortalidade perinatal).

7. Smith GC, et al. BJOG. 2005;112(8):1139-44¹² (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (dados obtidos entre 1985 e 2001).

POPULAÇÃO: Parturientes com gestação gemelar (dois fetos vivos) com idade gestacional ≥ 36 semanas.

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade perinatal e neonatal para o primeiro e segundo feto de acordo com a via de parto e apresentação.

RESULTADO: **Não se identificou associação entre a ordem de nascimento e risco de morte entre os 1.472 partos cesarianos eletivos. Identificou-se a**

morte de um dos gêmeos em 0,14% dos partos cesarianos eletivos em detrimento a 0,52% para o parto pela via vaginal, todavia apresentando associação semelhante quando realizado ajuste para os fatores de confusão.

Discussão

A avaliação da melhor via de parto nos casos de gestação gemelar é tarefa complexa em virtude da ocorrência frequente de condições sobrepostas como maior risco de pré-eclampsia, rotura prematura de membranas ovulares, restrição de crescimento intrauterino (própria gestação *per si* se apresenta como situação de risco), bem como da heterogeneidade das condutas clínicas

adotadas nas quais encontram-se apoiadas, uma vez que não existe consenso na literatura. Todavia, alguns parâmetros devem ser considerados na indicação da via de parto nesta situação clínica como a apresentação fetal, idade gestacional, peso estimado dos fetos, discordância de peso entre os fetos, corionicidade, aminionicidade, devendo ainda sempre ponderar a experiência do obstetra, preferência da paciente e vitalidade fetal.

Como identificado anteriormente, quase que a totalidade dos estudos que analisam a via de parto nas gestações gemelares o fazem de maneira retrospectiva utilizando-se para tanto de dados obtidos a partir de bases de registros populacionais. Cabe aqui o questionamento a respeito da acuidade das bases de dados das quais as informações se originaram, identificando-se, em muitas delas desvantagens, determinando por conseguinte limitação da

validade interna, intrínseca a este desenho de estudo, uma vez que faltam dados, controle dos dados aleatórios bem como ausência de dados clínicos importantes para a interpretação dos resultados como condições clínicas específicas do atendimento e acompanhamento dos nascimentos (informações sobre o acompanhamento do pré-natal e monitorização do trabalho de parto). Desta sorte, grande controvérsia a respeito da melhor via de parto nas gestações gemelares permanece como uma constante na literatura.

Após a publicação do *Term Breech Trial*, política de cesarianas eletivas tomou força em todo o mundo, uma vez que a partir deste estudo, identificou-se redução do risco de efeitos adversos perinatais em gestações de termo com o feto único em apresentação pélvica a partir da resolução pela via alta (parto cesariano eletivo), comparado com o parto pela via vaginal planejado ou com

o parto cesariano de emergência ¹³ (A). Apoio adicional para sistematização do parto cesariano planejado em gestações gemelares provém de grandes estudos observacionais que demonstraram redução do risco de eventos adversos perinatais em detrimento ao parto pela via vaginal ou cesariana eletivo ^{7,12} (B).

Da revisão conduzida na literatura, foi possível identificar apenas dois ensaios clínicos randomizados, dos quais o maior e mais recente conhecido como *Twin birth study*, não identificou, na análise entre as duas vias de parto conduzidas para resolução da gestação gemelar com fetos apresentando idade gestacional entre 32 e 38 semanas de gestação sendo o primeiro em apresentação cefálica, diferença quanto a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal ⁶ (A) ¹⁰ (B).

Recomendações finais

Gestações múltiplas encontram-se associadas a maiores riscos maternos e fetais em comparação à gestação única.

A decisão sobre a via de parto na gestação gemelar deve ser lastreada por diversos fatores como a apresentação fetal, complicações materno-fetais, antecedentes maternos clínicos e obstétricos devendo-se ainda considerar a experiência do obstetra no manejo do parto nesta condição.

Evidência originada a partir de um único ensaio clínico randomizado multicêntrico não identificou benefícios em termos de redução da

morbimortalidade materna, perinatal e neonatal na indicação do parto cesariano eletivo em gestações gemelares (idade gestacional entre 32 a 38 semanas) com o primeiro feto em apresentação cefálica.

Referências

1. Ghai V, Vidyasagar D. Morbidity and mortality factors in twins. An epidemiologic approach. Clin Perinatol. 1988;15(1):123-40. Review. PubMed PMID: 3286088.

2. Coonrod DV, Hickok DE, Zhu K, Easterling TR, Daling JR. Risk factors for preeclampsia in twin pregnancies: a population-based cohort study. *Obstet Gynecol.* 1995;85(5 Pt 1):645-50. PubMed PMID: 7724089.
3. Skupski DW, Nelson S, Kowalik A, Polaneczky M, Smith-Levitin M, Hutson JM, Rosenwaks Z. Multiple gestations from in vitro fertilization: successful implantation alone is not associated with subsequent preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(4 Pt 1):1029-32. PubMed PMID: 8885770.
4. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.

5. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Acessado 10 Fevereiro 2014.

6. Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, Gafni A, Joseph KS, Mason D, Ohlsson A, Ross S, Sanchez JJ, Asztalos EV; Twin Birth Study Collaborative Group. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1295-305. PubMed PMID: 24088091.

7. Hoffmann E, Oldenburg A, Rode L, Tabor A, Rasmussen S, Skibsted L. Twin births: cesarean section or vaginal delivery? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(4):463-9. PubMed PMID: 22432546.
8. Peaceman AM, Kuo L, Feinglass J. Infant morbidity and mortality associated with vaginal delivery in twin gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(4):462.e1-6. PubMed PMID: 19318158.
9. Kontopoulos EV, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The impact of route of delivery and presentation on twin neonatal and infant mortality: a population-based study in the USA, 1995-97. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;15(4):219-24. PubMed PMID: 15280128.

10. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156(1):52-6. PubMed PMID: 3799768.
11. Grisaru D, Fuchs S, Kupferminc MJ, Har-Toov J, Niv J, Lessing JB. Outcome of 306 twin deliveries according to first twin presentation and method of delivery. *Am J Perinatol.* 2000;17(6):303-7. PubMed PMID: 11144312.
12. Smith GC, Shah I, White IR, Pell JP, Dobbie R. Mode of delivery and the risk of delivery-related perinatal death among twins at term: a retrospective cohort study of 8073 births. *BJOG.* 2005;112(8):1139-44. PubMed PMID: 16045531.

13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83. PubMed PMID: 11052579.