


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

Nota:
8,5 (certo e meio)



GESTACÃO MULTÍPLA
NA MATERNIDADE DO HOSPITAL SANTA ISABEL

KÁTIA REGINA DA SILVA

AUTORA:

KÁTIA REGINA DA SILVA

Doutoranda da 11ª fase do curso de graduação em Medicina
da Universidade Federal de Santa Catarina.

GESTAÇÃO MÚLTIPLA NA MATERNINADE
DO HOSPITAL SANTA ISABEL .

BLUMENAU NOVEMBRO DE 1987

AGRADECIMENTOS

- . Ao Dr. Juarez Pereira Zimmermann, ginecologista e obstetra do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Santa Isabel;
- . Ao Dr. Eliziário Pereira Fº, chefe do Departamento do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Santa Isabel;
- . Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Santa Isabel;
- . Em extensão a todos os Ginecologistas e Obstetras do Hospital Santa Isabel;
- . Ao meu marido Léo.

À todos meu agradecimento

Sem eles não seria possível a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

- I - RESUMO
- II - ABSTRACT
- III - INTRODUÇÃO
- IV - CASUÍSTICA E MÉTODOS
- V - RESULTADOS
- VI - DISCUSSÃO
- VII - CONCLUSÃO
- VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I - RESUMO

São analisadas 43 pacientes com gestação múltipla, correspondendo a 9,6:1000 nascimentos na maternidade do Hospital Santa Isabel (HSI) de Blumenau, no período de janeiro de 1986 a setembro de 1987. A maioria das pacientes apresentavam idade entre 18 e 28 anos (67,4%) e eram secundíparas (41,9%). Cerca de 79% das mulheres receberam atendimento pré-natal. O parto prematuro ocorreu em 51,2% dos casos.

A posição dos gêmeos no parto, obedeceu a seguinte distribuição: cefálica/cefálica - 60,5%; pélvica/cefálica - 16,4%; cefálica/pélvica - 9,3%; transversa/cefálica - 4,6%; pélvica/cefálica/cefálica - 4,6%; cefálica/face com proclividade de membro superior - 2,3% e transversa cefálica/cefálica - 2,3%. O parto foi vaginal em 45,5% dos casos, sendo que em uma circunstância, após o parto normal do primeiro, houve necessidade de realizar a cesárea no segundo gemelar. A mortalidade perinatal foi de 11,2%, com 6,7% dos óbitos intra-uterinos. A incidência de conceptos Pequenos para a Idade Gestacional (PIG) foi de 50,5% do universo pesquisado.

II - ABSTRACT

Here are analyzed 43 patients with multiple gestation, corresponding to 9.6:1000 births in the maternity section of Santa Isabel Hospital in Blumenau for the period January 1986/September 1987. The majority of the patients were between 18 and 28 years old (67.4%) and were in their second pregnancy (41.9%).

Nearly 79% of the women were receiving prenatal assistance. Premature births happened with 51.2% of them.

The positions of the twins at birth were as follows:

cephalic/cephalic - 60.5%; pelvic/cephalic - 16.4%; cephalic/pelvic - 9.3%; transversal/cephalic - 4.6%; pelvic/cephalic/cephalic - 4.6%; cephalic/face with proceeding of a superior member - 2.3% and transversal cephalic/cephalic - 2.3%.

The births were 45.5% vaginal, even if in one case, after the normal birth of the first, a caesarian section was needed for the second twin. The perinatal mortality was 11.2% with 6.7% of the deaths being intra-uterine. The 50.5% of the conceived were too small for the gestational period.

III - INTRODUÇÃO

Analisar os diferentes aspectos da gestação múltipla, as condutas adotadas e os resultados materno-fetais de 43 pacientes da maternidade do HSI, são os principais objetivos desta pesquisa do período janeiro de 1986 a setembro de 1987.

A gravidez múltipla decorrente dos imprevistos possíveis, figura entre as de alto risco, solicitando dos especialistas meticoloso atendimento pré-natal, visto que a pluralidade de conceptos apresenta cortejo de disgravídias, tornando o evento propenso à distócia.

Em Obstetrícia, a gestação múltipla cresceu em conceito, e já tem um capítulo especial: a GEMELOGIA. Na gravidez, a gestante torna-se GEMELIGESTA e ao parir, GEMELÍPARA.

Com maior incidência que na prenhez única, a gestação múltipla, além das disgravídias, apresenta muitas vezes malformações fetais, constituindo-se no capítulo da TERATOLOGIA, tornando-os incompatíveis com a vida.

A tendência de gestação múltipla não é oriunda de herança paterna, mas nas prenhez dizigóticas, ou seja, quando

originam-se da fecundação de dois óvulos e dois espermatozoides, a hereditariedade é materna e predomina nas mulheres cujas mães geraram gêmeos. A verdade é que a causa da herança é desconhecida. A gravidez múltipla poderá ser oriunda de superimpregnação (nos casos raros). A superfecundação pode ocorrer quando dois óvulos são liberados do mesmo ciclo, em curto intervalo. A superfetação (discutível), ocorre quando são fecundados óvulos de ciclos diferentes.

Levantar casuísticas reais em gemeligestas não se torna tarefa fácil, visto que surgem interrupções precoces por vezes a morte exclusiva de um dos fetos. Esta ocorrência tem maior frequência na monozigotia, ou seja, originada de óvulo e espermatozoide únicos, sendo geralmente decorrente de fenômeno não compensado de transfusão de sangue. Quando os dois gêmeos fenecem, geralmente nada de anormal se verifica e o quadro lembra a interrupção da gestação de um só conceito.

A multigestação é realmente pouco frequente e diminui a medida que aumenta o número de conceitos. Segundo HELLIN (1895), a gemelidade obedecia a seguinte distribuição:

. prenhez dupla	1:89	
. prenhez tripla	$1:89^2$	(1:7921)
. prenhez quádrupla	$1:89^3$	(1:707929)
. prenhez quintupla	$1:89^4$	(1:62742241)
. prenhez sêxtupla	$1:89^5$	(1:7184059449)

De um modo geral, a presença de x gêmeos deve ocorrer em $1:89^{(x-1)}$ dos partos.

Já que o prognóstico fetal é sempre temeroso, devido aos riscos que ele se submete advindo das frequentes complicações que ocorrem durante a gravidez (particularmente quando ocorrem patologias clínicas maternas, parto prematuro, além de maior incidência de apresentação anômala e acidentes funiculares no parto), é necessário que se faça um acompanhamento pré-natal para diagnosticar precocemente a gestação múltipla e melhorar assim o prognóstico materno e fetal. Entretanto, o prognóstico perinatal dos gêmeos tem melhorado no decorrer do tempo, com o aperfeiçoamento da própria obstetrícia e das especialidades paralelas, principalmente no que concerne às técnicas diagnósticas e terapêuticas, através da ultrasonografia e outros métodos como a Dopplerfluxometria, a cardiotocografia (CTG) e o perfil biológico fetal. Com a utilização destes métodos, pode-se diagnosticar precocemente a multigestação, saber o tipo de placentação e assim assessorar o crescimento e vitabilidade fetal.

IV - CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente trabalho foi um estudo retrospectivo de um grupo de 43 pacientes que tiveram gestação múltipla no período de 1º de janeiro de 1986 a 30 de setembro de 1987, na maternidade do HSI.

Utilizou-se para o levantamento de dados, um protocolo contendo as seguintes informações:

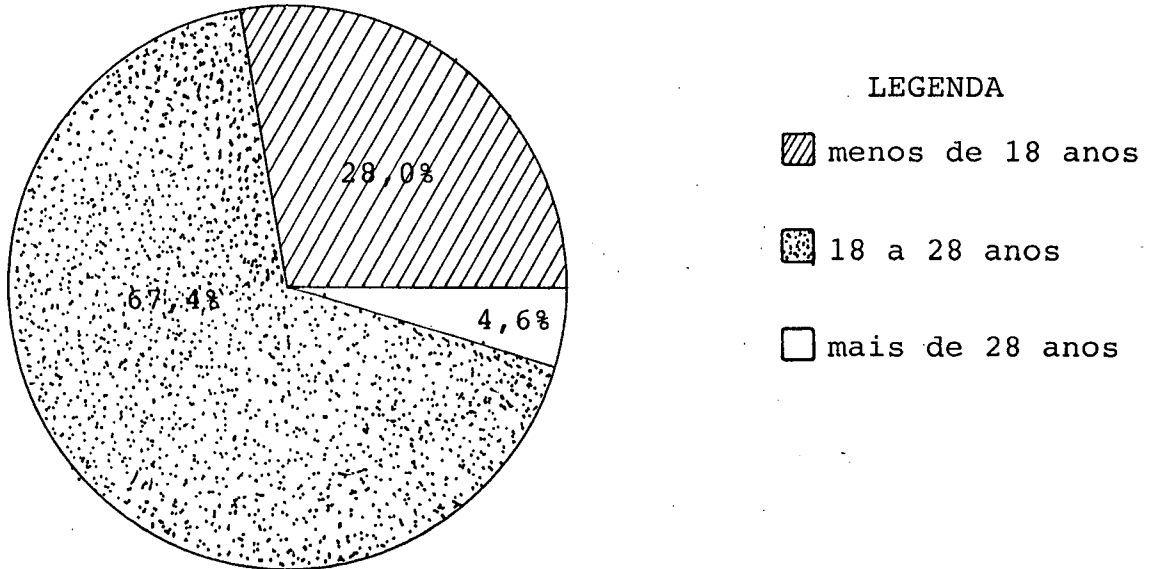
- idade, paridade, estado civil e RH das pacientes;
- data e tipo de parto;
- apresentação fetal;
- número, sexo, apgar dos recém-nascidos;
- idade gestacional;
- assistência pré-natal e
- intercorrências materno-fetais no decorrer do parto.

Os dados foram obtidos através dos prontuários das pacientes, fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) e Livro de Ocorrências da Maternidade do HSI de Blumenau.

V - RESULTADOS

No período de tempo estudado, ocorreram 4497 nascimentos, de modo que a incidência de gestação múltipla foi de 43 casos (9,6:1000), sendo que 40 casos (93%) foram de gestação dupla e três casos (7%) de gestação tripla. A idade e paridade das pacientes são apresentadas nas figuras 1 e 2 respectivamente. A idade gestacional, posição dos gêmeos e tipo de parto, peso dos recém-nascidos são mostradas nas tabelas 1,2 e 3, respectivamente. As principais indicações de cesárea aparecem na tabela 4. O único óbito materno ocorreu devido ao edema agudo de pulmão, conseqüente a eclâmpsia. Nesse caso, a cesárea foi efetuada mesmo com a paciente em edema agudo de pulmão. A morbidade fetal, incluindo natimortalidade e mortalidade neonatal são vistas na tabela 5.

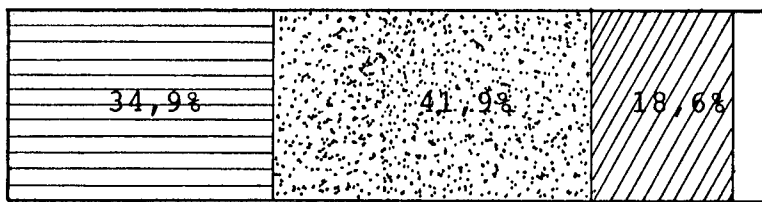
IDADE DAS PACIENTES NA GESTAÇÃO MÚLTIPLA



Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

FIGURA 1

PARIDADE DAS PACIENTES NA GESTAÇÃO MÚLTIPLA



Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

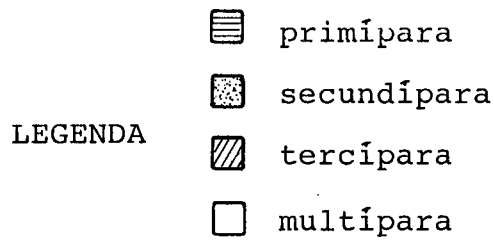


FIGURA 2

Tabela 1 - Idade em semanas dos recém-nascidos

IDADE	Nº	%
menos de 37 semanas	22	51,2
37 semanas ou mais	21	48,8
T O T A L	43	100,0

Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

Tabela 2 - Posição dos gêmeos e tipo de parto

POSIÇÃO DOS GÊMEOS	TIPO DE PARTO					
	VAGINAL		CESÁREA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
.cefálica/cefálica	15	75,0	11	47,8	26	60,5
.cefálica/pélvica	03	15,0	01	4,3	04	9,3
.cefálica/face com procidência de membro superior	01	5,0	-	-	01	2,3
.pélvica/cefálica	01	5,0	06	26,2	07	16,4
.transversa/cefálica	-	-	02	8,7	02	4,6
.transversa/cefálica cefálica	-	-	01	4,3	01	2,3
.pélvica/cefálica cefálica	-	-	02	8,7	02	4,6
T O T A L	20	100,0	23	100,0	43	100,0

Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

Tabela 3 - Peso dos recém-nascidos

PESO EM GRAMAS	Nº	%
até 999	01	1,1
1000 - 1499	06	6,7
1500 - 2499	38	42,7
2500 - 2999	36	40,5
3000 ou mais	08	9,0
T O T A L	89	100,0

Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

Tabela 4 - Indicação de cesárea na gestação múltipla

INDICAÇÃO DE CESÁREA	Nº	%
.bacia anômala sequela de poliomielite	01	4,2
.descolamento prematuro da placenta (DPP)	03	12,5
.cesárea anterior	02	8,3
.apresentação transversa do primeiro recém-nascido	03	12,5
.apresentação pélvica do primeiro recém-nascido	08	33,3
.eclâmpsia	01	4,2
.distócia cervical	02	8,3
.desproporção feto-pélvica	03	12,5
.apresentação de face e procidência de membro superior	01	4,2
T O T A L	24	100,0

Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

Tabela 5 - Morbidade perinatal na gestação múltipla

MORBIDADE DO RECÉM-NASCIDO	Nº	%
.prematuridade	03	30,0
.síndrome de transfusão gemelo gemelar (STGG)	01	10,0
.anóxia	04	40,0
.malformação associada a descolamento prematuro da placenta	02	20,0
T O T A L	10	100,0

Fonte: SAME/HSI - 1986/1987

VI - DISCUSSÃO

No grupo das 43 pacientes estudadas na maternidade do HSI, concluiu-se que a maioria dos dados obtidos através da análise dos prontuários, estão em conformidade com os da bibliografia consultada.

Segundo a fig. 1, constatou-se que a pluralidade de fetos predomina na faixa etária acima de 18 anos: menos de 18 anos - dois casos (4,6%); 18 a 28 anos - vinte e nove casos (67,4%); mais de 28 anos - doze casos (28%). Vários autores afirmam que a pluralidade fetal é mais frequente nas primigestas e multigestas, sendo que a nossa casuística não confirma tal assertiva. Da fig. 2 têm-se os seguintes resultados: primíparas - quinze casos (34,9%); secundíparas - dezoito casos (41,9%); tercíparas - oito casos (18,6%) e multíparas - dois casos (4,6%).

É sabido que a matriz tem a capacidade de albergar aproximadamente 6 quilos. Na gestação múltipla ocorre que este peso é atingido precocemente e como tal, a duração da gestação é por vezes antecipada. Fato caracterizado na tabela 1, onde a duração da gestação com menos de 37 semanas foi de 51,2% e igual ou acima, 48,8%.

A tabela 2 relaciona a posição do primeiro e segundo gemelar com o tipo de parto, sendo que:

- cefálica/cefálica, num total de vinte e seis casos (60,5%), onde a via de escolha foi o canal pelvigenital (75%); o que veio a confirmar os dados da literatura estudada;
- cefálica/pélvica, quatro casos (9,3%), via de escolha foi o canal pelvigenital (15%);
- cefálica/face com proclivência de membro superior, apenas um caso (2,3%); neste, o parto ocorreu pelo canal pelvigenital para o primeiro gemelar, sendo necessário a extração do segundo gemelar por via abdominal, devido a apresentação de anomalia. A necessidade de extração do segundo gêmeo por cesárea já foi descrito anteriormente por EVRARD & GOLD (1981);
- pélvica/cefálica, sete casos (16,4%), via de escolha foi a abdominal (26,2%);
- transversa/cefálica, num total de dois casos (4,6%), a via de escolha em todos os casos foi a abdominal (8,7%);
- transversa/cefálica/cefálica, apenas um caso (2,3%), o parto ocorreu por via abdominal (4,3%);
- pélvica/cefálica/cefálica, dois casos (4,6%), com parto pela via abdominal para ambos os casos (8,7%).

Uma vez que as apresentações anômalas são comuns na gestação múltipla, impõem-se a presença do anestesista no parto, sempre que possível. Imediatamente após o parto do primeiro gêmeo, deve-se verificar a situação do segundo gemelar, por exame abdominal e vaginal.

Na gestação múltipla, após 32 semanas, a taxa de crescimento fetal diminui a conta da redução de suprimentos nutritivos através da placenta. Este fato sugere que a frequência de recém-nascidos PIG seja expressiva. Nos 89 recém-nascidos das 43 pacientes estudadas, anotaram-se os seguintes pesos para os recém-nascidos (v.tab.3). Do levantamento efetuado conclui-se que a incidência de recém-nascidos PIG (50,5%) e adequado para a idade gestacional (49,5%) foram praticamente idênticas, mas o percentual de recém-nascidos PIG é relevante, o que vem a confirmar a citação anterior.

CETRULO & COL (1980), advogam o uso liberal de cesárea quando um ou ambos os fetos exibem apresentação anômala, como mostra esse levantamento.

Indicamos cesárea na apresentação pélvica do primeiro gemelar (33,3%). As demais indicações estão na tabela 4. A incidência total de cesárea foi de 55,8%. Em apenas um caso, a cesárea foi realizado somente para o segundo gemelar, sendo que o primeiro foi retirado pelo canal pelvigenital.

A tabela 5 mostra as causas de morbidade perinatal observadas nesse estudo. A morbidade fetal foi de dez casos (11,2%), com seis casos de natimortalidade (6,7%) e quatro casos de morbidade neonatal (4,5%). Em relação a prematuridade, a morte ocorreu devido as complicações: síndrome da angústia respiratória e hemorragia intraventricular. No caso de STGG, a morte se deu em decorrência de anastomoses entre as duas circulações feto-placentárias que eleva o ganho ponderal de um dos fetos em prejuízo do

outro, o que parece ocorrer em 30% dos gêmeos monocoriônicos (GILES & AL, 1985).

A mortalidade perinatal decorrente da anóxia, possivelmente foi decorrente a toxemia gravídica, DPP, manobras extrativas fetais. Os dois casos de natimortalidade em decorrência de malformação e DPP, confirmam ser estas complicações frequentes em gestação múltipla.

VII - CONCLUSÕES

1. A taxa de gestação múltipla na maternidade do HSI foi de 9,6:1000 nascimentos, sendo prevalente na faixa de 18 a 28 anos e nas secundíparas.
2. Das 43 pacientes estudadas, 93% apresentaram gestação dupla e 7% tripla.
3. No decorrer da gestação receberam atendimento pré-natal 79% das mulheres gestantes.
4. O parto prematuro ocorreu em 51,2% dos casos, onde o índice de recém-nascidos de baixo peso (PIG) foi de 50,5%.
5. A associação de apresentação mais frequente foi a cefálica com 60,5% dos casos.
6. Houve predomínio da via abdominal, onde a incidência de cesárea foi de 54,5%.
7. A indicação mais frequente de cesárea foi a apresentação pélvica do primeiro recém-nascido (33,3%).
8. A morbidade perinatal foi de 10 casos em 89 conceptos o que resulta numa taxa de 112:1000.

9. A mortalidade intra-útero foi de seis casos (6,7%), enquanto que a mortalidade neonatal, quatro casos (4,5%).
10. Houve um caso de mortalidade materna, decorrente de edema agudo de pulmão, conseqüente a eclâmpsia.

Todos os dados acima mostrados, reforçam o conceito de que a gestação múltipla é de alto risco, sendo necessário que a assistência pré-natal e no parto seja prestada por pessoal especializado.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARI & SOARES MMO - A Gemelidade na Maternidade Carmela Dutra. J bras Ginec, 93(3): 163-164, 1983.
- AMAR I, SOARES MMO & REZENDE FILHO J - A Gemelidade na 33ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro. J bras Ginec, 96(1): 33-34, 1986.
- BENSON RC - Diagnóstico e Tratamento em Obstetrícia & Ginecologia. 2ª ed. bras. Ed. Guanabara Koogan, 1980.
- ELLIS JW & BECKMANN CHARLES RB - Manual de Obstetrícia. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1986.
- MATHIAS L, FERNANDES L, SUZAN AA, USKI M, NOBRE L, CAMARGO N & MAIA FILHO NL - Conduta na Gestação Gemelar R bras Ginec & Obstetrícia, VII (4): 153-156, 1985.
- MERLO JG & DEL SOL JR - Obstetrícia. Barcelona, Ed. Salvat, 1982.
- MONTENEGRO CAB, RODRIGUES LIMA J & REZENDE J - Prenhez Gemelar : recentes considerações na propedêutica biofísica. J bras Ginec, 97 (6): 259-266, 1987.
- PRADO FC - Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento. 13ª Ed. bras. Ed. Osvaldo Luiz Ramos, 1985.
- REZENDE J - Obstetrícia. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1969.

**TCC
UFSC
TO
0276**

N.Cham. TCC UFSC TO 0276
Autor: Silva, Kátia Regin
Título: Gestação múltipla na maternidade



972812353

Ac. 254407

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM