

do indicada resolução por cesárea devido sofrimento fetal agudo intraparto (cardiotocografia categorialll). Logo após bloqueio anestésico, evolui com desconforto respiratório agudo com dessaturação e hipoxemia grave (po2 54 com relação pao2/fio2 < 200) hipotensão e aumento lactato. Cesárea de urgência sem maiores intercorrências com nascimento em masculino apgar 8/9 peso 1920g. Paciente submetida a rx tórax infiltrados difusos. Encaminhada a UTI, onde foi submetida suporte ventilatório não invasivo e hemodinâmico através de drogas vasoativas. TC de tórax consolidações bilaterais e infiltrados em "vidro fosco". Não ocorreu coagulopatia, o Doppler de mii mostrou-se negativo para TVP e o ecocardiograma transtorácico não demonstrou alteração. Paciente evoluiu com estabilidade/melhora clínica progressiva recebendo alta da UTI no 3o dia e alta hospitalar no 9o dia. A insuficiência respiratória na gestação implica numa série de diagnósticos diferenciais, que incluem eap, tep e nesse caso, um evento embólico não trombótico. Alto grau de suspeita clínica, disponibilidade de recursos diagnósticos/suporte além de uma equipe multidisciplinar treinada para urgências/emergências clínicas na gestação são fundamentais no sucesso terapêutico desses casos graves.

Instituição: Unifesp – São Paulo – SP

ACRETISMO PLACENTÁRIO: CIRURGIA CONSERVADORA

Sigla: O134

Código: 1278

Autores: Brandão, L.H.C.; Barcelos, R.A.; Antunes, D.R.V.; Mariano, B.F.; Molina, C.I.

Introdução: acretismo placentário é uma complicação da placenta prévia (PP), e refere-se a uma placenta aderida de forma anormal ao útero. Importante causa de hemorragia materna, com morbidade e mortalidade materna e perinatais elevadas. A incidência varia de 1:540 a 1:93.000 Partos. Os fatores de risco incluem: idade materna avançada, multiparidade e mulheres com cicatrizes uterinas prévias, como as cesarianas ou por traumatismos endometriais, causados por curetagens ou infecções, que diminuem a vascularização do endométrio, fazendo com que a placenta, ao se implantar, procure áreas de maior vascularização que, muitas vezes, se tornam grandes ou com cotilédones anômalos. Pode ser diagnosticado por ultrassonografia, ressonância magnética e, ultrassom com Doppler, porém como a maioria das maternidades brasileiras não dispõe de equipamentos sofisticados, na prática o diagnóstico de acretismo na PP continua sendo feito quase sempre no momento do parto. Descrição: paciente J. A. D., 42 Anos, secundigesta, primípara,

28 semanas de idade gestacional. Antecedentes: hipertensão crônica, diabetes gestacional, tireoidectomia total. Admitida com dor em baixo ventre e sangramento ativo, constatado óbito fetal intra-útero na admissão. Evolue para parto normal, e curetagem por retenção placentária. Ao anátomo patológico: restos decíduais necrosados. Ultrassonografia transvaginal: útero aumentado com conteúdo heterogêneo de espessura máxima de 4,5cm na transição com o miométrio. Submetida a tratamento cirúrgico após 53 dias de puerperio, com desejo de manutenção das funções reprodutivas pela paciente. Achados intra-operatórios: histerotomia em região fundica, identificação de conteúdo sugestivo de corioamnionite. Realizada curetagem reversa a "céu aberto" e manutenção do útero. Submetida a antibioticoterapia, recebe alta em boas condições clínicas e segue em acompanhamento ambulatorial. Relevância: trata-se de um caso raro de sucesso de abordagem cirúrgica conservadora em paciente com acretismo placentário associado a endometrite e desejo de manutenção de prole.

Instituição: Centro Universitário São Camilo – Hospital Geral de Carapicuíba – Carapicuíba – SP

CESÁREA EM PRIMIGESTAS

Sigla: O135

Código: 1279

Autores: Kenj, G.; Aoki, T.T.; Marques, R.; Rizzi, J.B.B.; Leme, V.D.T.; Sass, N.

Introdução: a cesárea é uma das cirurgias mais executadas e conhecidas na atualidade. Ao longo do tempo, observar-se uma redução na morbimortalidade materna relacionada à cesárea, esta apresenta ainda ,riscos associadas à sua prática .Altas taxas de cesárea no brasil apresentam preocupação devido aos riscos inerentes ao procedimento e às dificuldades das estratégias de redução. Um aspecto de importância deve prevalecer: evitar a primeira cesárea. Objetivo: monitorar as taxas de cesárea do serviço e promover a redução destas taxas, especificamente na população de primigestas. Metodologia: foi implementada filosofia assistencial que contemplou técnica, segurança e humanização do parto. Foram estabelecidas normas para um programa psicoprofilático para o parto natural I, com capacitação da equipe obstétrica, capacitação do serviço de anestesiologia e monitoramento do indicador mensalmente com chefes de equipe e o incremento da analgesia obstétrica .Estas medidas iniciaram em 2007 e o monitoramento da taxa de cesárea na população de primigestas foram acompanhadas. Resultados: a partir de 2002, observou-se aumento gradativo e constante do número absoluto de partos em primigestas no serviço, em