

ACRETISMO PLACENTÁRIO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Autores: Bezerra, V.A.; Fernandes, C.; Barison, G.A.S.; Oliveira, R.C.S.; Gomes, M.T.V.; Madeira, M.

Sigla: O118

Introdução: A placenta acreta é uma condição obstétrica de manejo desafiador e morbimortalidade perinatal elevadas. Sua incidência tem aumentado nas últimas décadas em decorrência das crescentes taxas de cesarianas. O objetivo deste relato é chamar a atenção para a importância do diagnóstico pré-natal e para o envolvimento e suporte de equipes multidisciplinares no tratamento eletivo destes casos. **Relato do Caso:** Gestante de 34 anos com cesariana prévia e sem comorbidades fez diagnóstico ultrassonográfico de placenta prévia centro total durante o pré-natal. A suspeita de acretismo placentário foi confirmada por ressonância nuclear magnética de pelve, sendo a placenta classificada como increta ao nível da cicatriz uterina anterior. Não era possível excluir a invasão da serosa uterina. Diante do diagnóstico, após as devidas orientações à paciente sobre os riscos do quadro, optou-se por cesariana eletiva com 36 semanas seguida de histerectomia puerperal com placenta "in situ". O parto foi precedido por intervenções adjuvantes, tais como a colocação cistoscópica de duplo J e inserção de balões vasculares em artérias ilíacas internas. Para maior acesso à cavidade abdominal optou-se pela incisão mediana infra umbilical e a histerotomia foi longitudinal e corporal fúndica. Após extração fetal, realizou-se histerectomia total sem tentativa de dequitação da placenta, sendo possível a dissecação da bexiga e a preservação dos órgãos pélvicos. Sem necessidade de transfusão sanguínea. A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta 72 horas após o procedimento cirúrgico. **Comentários:** A placenta prévia em pacientes com cicatrizes uterinas está associada ao acretismo placentário em 10 a 20% dos casos. O risco se eleva com a realização de repetidas cesarianas. Esta patologia tem morbimortalidade materna significativa por hemorragia intraparto maciça ao se tentar dequitar a placenta. O diagnóstico pré-natal e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para o planejamento eletivo destes casos. Apesar da possibilidade de cirurgia conservadora com preservação do útero, o procedimento com um desfecho mais favorável é a histerectomia puerperal com placenta "in situ".

Instituição: Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - SP

CESÁREA EM PRIMÍPARAS: FREQUÊNCIA E PRINCIPAIS INDICAÇÕES

Autores: Mezzacappa, M.S.; Koiffman, A.C.F.; Kenj, G.; Marques, R.; Leme, V.D.T.; Sass, N.

Sigla: O119

Objetivo: Monitorar as taxas de cesárea especificamente na população de primíparas da Instituição. **Metodologia:** No serviço foi implementada filosofia assistencial que contemplou técnica, segurança e humanização do parto. Foram estabelecidas normas para um Programa Psicoprofilático para o parto natural, com capacitação da Equipe Obstétrica, e do Serviço de Anestesiologia, com o monitoramento do indicador mensalmente. Estas medidas iniciaram em 2011 com o monitoramento da taxa de cesárea na população atendida, com a análise das indicações de cesárea no ano de 2015. **Resultados:** A partir de 2008, houve maior incremento de partos em nulíparas com 2280; em 2009 (2281) e em 2010 (2333). A partir de 2011 houve estabilização do número de partos de primíparas com 2740; 3038; 2938; 2757 e 2647 e com taxas de 31,5%; 36%; 37,1%; 32% e 34% nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 respectivamente. Com todas as medidas, a taxa de cesárea em primíparas no ano de 2015 foi de 34% e as principais indicações foram: Falha de Indução em 9,9% (97); Alterações de Cardiotocografia (categoria 2 e 3) e/ou colo desfavorável em 32,3%(316); Apresentações Anômalas em 11,55%(113); Macrossomia em 8,79% (86); Distócia Funcional/Parada Secundária em 19,82% (194); Síndromes Hipertensivas em 4,8%(47); Gemelaridade em 2,14% (21); Hemorragias de terceiro trimestre em 2,24% (22); Restrição de crescimento em 1,22% (12); Sofrimento fetal agudo em 1,02% (10) e 7,97% outros (78). **Conclusão:** As taxas de cesárea em 2015 foram de 34% com qualidade assistencial, mantendo a técnica, segurança e humanização do parto, pois a taxa de cesárea é um marcador de qualidade da assistência obstétrica. Um aspecto de importância deve prevalecer: evitar a primeira cesárea.

Instituição: Hospital Municipal Maternidade Escola - São Paulo - SP

MOLA HIDATIFORME COMPLETA EM ÚTERO DIDELFO, UMA COMBINAÇÃO NÃO USUAL: RELATO DE CASO

Autores: Ortiz, K.I.S.; Lafraia, F.M.; Mattar, R.; Mesquita, M.R.; Passos, J.P.; Sun, S.Y.

Sigla: O120

Introdução: A Mola hidatiforme completa (MHC) ocorre em 1:1500 gestações e as Malformações Mullerianas ocorrem em 6,7% da população geral. Habitualmente, os úteros malformados se associam a maior frequên-