

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO E
CLÍNICO DE PACIENTES COM HEMORRAGIA PÓS
PARTO SUBMETIDAS A INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS
EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO**

Aluna: Bruna Antunes Durães de Carvalho

Orientadora: Leila Katz

Colaboradores: Maria Eduarda Trigueiro Ramos, Maria Fernanda Trigueiro Ramos,
Natália Nunes Tenório, Melania Maria Ramos Amorim, André Vieira Lanza

Recife, Outubro de 2022

Autores

Bruna Antunes Durães de Carvalho

Estudante do décimo primeiro período do curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (81) 9.92067180

E-mail: brunaantunesdc@gmail.com

Maria Eduarda Trigueiro Ramos

Estudante do décimo período do curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Telefone: (81) 9.92035380

E-mail: mdudaramos02@gmail.com

Natália Nunes Tenório

Estudante do décimo período do curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (87) 9.99115370

E-mail: natalianunestenorio@hotmail.com

Maria Fernanda Trigueiro Ramos

Estudante do terceiro período do curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (81) 9.91155225

E-mail: nandaramos02@gmail.com

André Vieira Lanza

Médico Ginecologista e Obstetra

Residente em Endoscopia Ginecológica pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Estudante de Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU)

Telefone: (31) 9.87832549

E-mail: andreanza07@gmail.com

Melania Maria Ramos Amorim

Doutora em Tocoginecologia pela UNICAMP

Pós-Doutorado em Saúde Reprodutiva pela OMS

Professora da pós-graduação do IMIP e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Telefone: (83) 98294321

E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

Leila Katz

Doutora em Tocoginecologia pela UNICAMP

Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica do Centro de Atenção à Mulher do IMIP

Telefone: (81) 9.88585977

E-mail: katzleila@gmail.com

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM HEMORRAGIA PÓS PARTO SUBMETIDAS A INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

Bruna Antunes Durães de Carvalho¹ - TCC e bolsista PIBIC-IMIP

Maria Eduarda Trigueiro Ramos¹ - TCC e PIBIC

Natália Nunes Tenório¹ - TCC e PIBIC

Maria Fernanda Trigueira Ramos¹ - PIBIC

Melania Maria Ramos Amorim^{2,3}

André Vieira Lanza⁴

Leila Katz²

¹ Estudante de Medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Integral no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

³ Professora de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

⁴ Estudante de Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU)

RESUMO

Introdução: O tratamento da hemorragia puerperal deve ser efetuado por uma sucessão de procedimentos farmacológicos, de compressão uterina e cirúrgicos. Aplicada como intervenção de último recurso no manejo da HPP, a histerectomia é o procedimento cirúrgico periparto mais invasivo e irreversível com relação a fertilidade. Vários estudos foram e vêm sendo desenvolvidos com relação ao perfil clínico das pacientes que evoluíram com HPP, porém, nota-se que ainda há uma carência de informações no que tange às correlações entre os perfis das pacientes com HPP que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos conservadores e aquelas que evoluíram para a histerectomia.

Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de pacientes com hemorragia pós-parto submetidas a intervenções cirúrgicas que foram admitidas na UTI obstétrica de um hospital de referência estadual (IMIP), comparando aquelas submetidas a procedimentos cirúrgicos conservadores com as que evoluíram para a histerectomia.

Métodos: trata-se de um estudo do tipo coorte retrospectivo, desenvolvido na UTI obstétrica do IMIP. Foram incluídas todas as puérperas com diagnóstico de HPP admitidas na UTI obstétrica do IMIP submetidas a procedimentos cirúrgicos no período de Janeiro de 2012 a Março de 2020. A coleta dos dados foi feita por meio de prontuários físicos.

Resultados: Foram obtidos dados de 358 mulheres. Dessas pacientes, 141 (39,7%) foram submetidas à procedimentos cirúrgicos para controle da HPP – 97 foram submetidas à histerectomia (27%), 62 (17,3%) foram submetidas a suturas compressivas e 17 (4,7%) foram submetidas à algum tipo de sutura vascular. Foram identificados como fatores de risco significativos para histerectomia parto fora da instituição, multiparidade

e idade materna maior que 35 anos. Com relação às variáveis sociodemográficas, foram estudadas estado civil, raça/cor e escolaridade, mas estas variáveis não representaram fatores de risco ou protetores estatisticamente relevantes. Com base nos dados analisados, foi realizada uma regressão logística múltipla para controle de variáveis de confusão e a variável que persistiu associada ao risco de evoluir para histerectomia foi a multiparidade.

Conclusões: Conhecer as pacientes com HPP que são submetidas a procedimentos cirúrgicos, as frequências de seu uso e quais fatores estão associados com procedimentos conservadores e quais apontam para uma conduta mais radical permite um maior planejamento dos serviços de saúde para atendimento adequado dessas mulheres. Esse conhecimento, aplicado no planejamento do sistema de saúde e de cada unidade individualmente pode levar à diminuição de morbimortalidade desse grupo de pacientes e mais adequada alocação de recursos humanos e materiais.

Palavras-Chave: *hemorragia pós-parto; procedimentos cirúrgicos; fatores de risco; histerectomia.*

ABSTRACT

Introduction: The treatment of postpartum hemorrhage (PPH) must be carried out by a succession of pharmacological, uterine compression and surgical procedures. Applied as a last resort intervention in the management of PPH, hysterectomy is the most invasive and irreversible peripartum surgical procedure with respect to fertility. Several studies have been and are being developed regarding the clinical profile of patients who developed PPH, however, it is noted that there is still a lack of information regarding the correlations between the profiles of PPH patients who underwent conservative surgical procedures. and those who progressed to hysterectomy. **Objective:** to analyze the sociodemographic , epidemiological and clinical profile of patients with postpartum hemorrhage undergoing surgical interventions who were admitted to the obstetric intensive care unit of a state referral hospital (IMIP), comparing those undergoing conservative surgical procedures with those who progressed to hysterectomy. **Methods:** this is a retrospective cohort study, developed in the obstetric intensive care unit of IMIP. All puerperal women diagnosed with PPH admitted to the obstetric intensive care unit of IMIP undergoing surgical procedures from January 2012 to March 2020 were included. Data collection was performed through physical charts. **Results:** Data were obtained from 358 women. Of these patients, 141 (39.7%) underwent surgical procedures to control PPH – 97 underwent hysterectomy (27%), 62 (17.3%) underwent compressive sutures and 17 (4.7%) were submitted to some type of vascular suture. As significant risk factors for hysterectomy childbirth outside the institution, multiparity and maternal age greater than 35 years were identified. Regarding sociodemographic variables , marital status, race/color and education were studied, but these variables did not represent statistically relevant risk or protective factors. Based on the analyzed data, a multiple logistic

regression was performed to control for confounding variables and the variable that persisted associated with the risk of evolving to hysterectomy was multiparity .

Conclusions: Knowing patients with PPH who undergo surgical procedures, the frequency of their use and which factors are associated with conservative procedures and which ones point to a more radical approach allows for greater planning of health services to provide adequate care for these women. This knowledge, applied in the planning of the health system and of each unit individually, can lead to a decrease in morbidity and mortality in this group of patients and a more adequate allocation of human and material resources.

Key words: *postpartum hemorrhage; surgical procedures; risk factors; hysterectomy.*

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador de saúde pública que reflete condições de vida e assistência em saúde de uma população¹. No Brasil, a RMM (Razão de Mortalidade Materna), em 2021, foi de aproximadamente 107,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Estudo divulgado em julho de 2022 pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr), revelou que a RMM no território nacional é aproximadamente 35% maior do que o valor anunciado. A principal causa de morte materna no país são as doenças hipertensivas na gestação, e em segundo lugar temos as causas hemorrágicas^{1,2}.

O tratamento e controle hemorrágico deve ser efetuado por uma sucessão de procedimentos farmacológicos, de compressão uterina e cirúrgicos. O manejo inicial geralmente é feito com a administração de uterotônicos. Quando estes não conseguem controlar o sangramento, deve-se propor outras intervenções rapidamente^{2,3}. Em pacientes após parto vaginal ou cesárea finalizada, as abordagens minimamente invasivas, como o uso de balões intrauterinos (BIU) são, inicialmente, a escolha de tratamento⁴.

Vários procedimentos cirúrgicos conservadores visam a preservação do útero da paciente e podem ser realizados antes de se recorrer a histerectomia, dentre eles a embolização arterial, as ligaduras vasculares (LVs) e as suturas compressivas⁵.

As ligaduras vasculares são estratégias eficientes para o controle hemorrágico, principalmente durante cesarianas⁴. As principais artérias alvo de intervenção são as uterinas, porém pode-se realizar ligadura das artérias útero-ovarianas e até mesmo a hipogástrica. Rapidez do tratamento e experiência do cirurgião parecem ser os fatores que mais influenciam a eficácia do manejo cirúrgico da HPP por meio das LVs⁴.

Ainda dentro do conjunto de técnicas conservadoras que preservam a fertilidade da paciente existem as suturas compressivas, que propiciam compressão mecânica do

útero, podendo haver ou não oclusão das artérias uterinas⁶. Variadas técnicas foram desenvolvidas, como sutura B-Lynch, Hayman, Cho, Matsubara Yano, Pereira, mas não há estudos que apontem alguma como sendo superior⁷.

Excluindo o canal de parto/lesões perineais, o tratamento definitivo em grande parte das HPP tem sido a histerectomia periparto de caráter emergencial. As taxas crescentes de histerectomia periparto de emergência são estimadas em uma a três por 1000 partos nos Estados Unidos⁸. Já em um estudo da Rede Internacional de Sistemas de Pesquisa Obstétrica (INOSS), realizado em nove países europeus, que teve como objetivo analisar as estratégias de manejo no caso de hemorragia obstétrica levando à histerectomia, podemos observar que um total de 1.302 histerectomias periparto foram identificadas entre 2.498.013 partos (5,2/10.000 partos)⁹.

Aplicada como intervenção de último recurso no manejo da HPP, a histerectomia é o procedimento cirúrgico periparto mais invasivo e irreversível com relação a fertilidade, além de ter sido incluído pela OMS como critério de *near miss* materno. Deve ser efetuada sem atrasos, uma vez que esta intervenção cirúrgica está associada a uma perda adicional de 2 a 3 litros de sangue, sua realização tardia pode acabar agravando ou dando início a um quadro de choque hemorrágico⁶. Das mulheres que evoluíram com HPP cerca de 3,5% sofrem histerectomia, sendo na maioria das vezes por causas diferentes da atonia¹⁰.

Vários estudos foram e vêm sendo desenvolvidos com relação ao perfil clínico das pacientes que evoluíram com HPP, porém, nota-se que ainda há uma carência de informações no que tange às correlações entre os perfis das pacientes com HPP que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos conservadores e aquelas que evoluíram para a histerectomia.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma comparação, analisando as pacientes admitidas na UTI obstétrica de um hospital de referência estadual (IMIP), entre aquelas que resolveram o quadro de HPP com procedimentos cirúrgicos conservadores (suturas compressivas e/ou ligaduras vasculares) com as que evoluíram para a histerectomia, possibilitando assim a melhora do cuidado e assistência às pacientes de risco.

MÉTODOS

O presente trabalho é uma coorte retrospectiva, desenvolvida na UTI obstétrica da maternidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, centro quaternário de referência para atendimento de gestantes de alto risco, tanto materno quanto neonatal em Recife, Pernambuco. Foram incluídas todas as puérperas com diagnóstico de HPP, que foram admitidas na UTI obstétrica do IMIP por causas hemorrágicas que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos, no período de Janeiro de 2012 a Março de 2020. O presente estudo está baseado em projeto âncora denominado “Hemorragia Pós-Parto em uma UTI Obstétrica no Nordeste brasileiro: coorte retrospectiva”, sendo realizada uma listagem de alta das pacientes internadas na UTI obstétrica com diagnóstico de HPP, com os registros das pacientes, solicitou-se os prontuários no SAME. A coleta dos dados foi feita por meio de prontuários físicos.

Foram analisadas variáveis sócio demográficas (idade, cor, escolaridade, procedência), variáveis obstétricas (número de consultas no pré-natal, números de gestações, paridade e histerectomia periparto).

Os dados foram digitados em banco de dados específico criado no programa estatístico Epi Info versão 7.2.4. A digitação dos dados foi realizada após revisão dos formulários, em blocos de dez. Este banco de dados foi revisado obtendo listagem das

variáveis e corrigindo eventuais inconsistências ou falta de informações a partir da consulta aos formulários. A análise estatística foi realizada utilizando os programas estatísticos Epi Info versão 7.2.4 e Medcalc versão 11.6.1.0. As variáveis categóricas foram comparadas em tabelas de contingência utilizando-se os testes qui-quadrado de associação de Pearson e exato de Fisher, quando pertinente.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2012 e março de 2020, foram admitidas 4.316 pacientes na UTI Obstétrica do IMIP, sendo 608 (14,1%) em decorrência de HPP de acordo com lista de registro de admissão do setor. Os prontuários de 434 pacientes foram localizados, e destes, 76 foram excluídos após lista de checagem do estudo (diagnóstico de hemorragia puerperal excluído após análise do prontuário ou registros insuficientes para análise). Após eliminação de registros duplicados, obtivemos dados de 358 mulheres. Dessas pacientes, 141 (39,7%) foram submetidas à procedimentos cirúrgicos para controle da HPP – 97 foram submetidas à histerectomia (27%), 62 (17,3%) foram submetidas à sutura compressivas e 17 (4,7%) foram submetidas à algum tipo de sutura vascular (Figura 1).

Das 97 mulheres histerectomizadas, 68 (70%) tiveram a histerectomia como único procedimento realizado para controle de HPP. Em 33 pacientes (9,2%) mais de uma técnica cirúrgica foi utilizada e em 44 (12,3%) apenas procedimentos cirúrgicos conservadores foram utilizados (sutura compressivas e/ou sutura vascular) (Figura 2).

A média de idade das pacientes com histerectomia foi de 28,4 anos, enquanto as pacientes com DMA ausente eram mais novas, com média de 24,6 anos ($p=0,001$). Na análise bivariada, idade maior que 35 anos foi fator de risco para histerectomia (RR=1,40; IC95% 1,16-1,69; $p=0,01$), mas não houve diferença estatística significativa para puérperas menores que 19 anos (RR=0,73; IC95% 0,47-1,11; $p=0,08$) (Tabela 1).

A mediana do número de gestações entre as que foram submetidas à histerectomia e para as que tiveram manejo conservador, foi de 2,5 e 1 respectivamente ($p < 0,01$). Já a mediana de partos prévios foi 2 e 1 ($p = 0,0002$). Foi verificado que pacientes multíparas tiveram maior risco de serem submetidas a histerectomia (RR=1,37; IC 95% 1,13-1,65; $p = 0,008$) (Tabela 1).

Verificamos que metade das pacientes submetidas à histerectomia residiam no interior do estado de Pernambuco ou em outros estados do país. Além disso, 43,4% das pacientes histerectomizadas e 20,4% das submetidas a medidas conservadoras não tiveram seus partos realizados no IMIP (RR=1,39; IC95% 1,09-1,65; $p = 0,008$) (Tabela 1).

Com relação às variáveis sociodemográficas, foram estudadas estado civil, raça/cor e escolaridade, mas estas variáveis não representaram fatores de risco ou protetores estatisticamente relevantes. Foram identificados como fatores de risco significativos para histerectomia parto realizado fora da instituição (RR=1,34; IC95% 1,09-1,65; $p = 0,008$), e idade materna maior que 35 anos (RR=1,40; IC95% 1,16-1,69; $p = 0,01$) (Tabela 1).

Por fim, com base nos dados analisados, foi realizada uma regressão logística múltipla para controle de variáveis de confusão e a variável que persistiu associada ao risco de evoluir para histerectomia foi a multiparidade (OR=4,32; IC 95% 1,40-13,28; $p = 0,01$) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Saúde não é apenas o resultado de fatores de risco biológicos e individuais, mas também de fatores como renda, origem étnica, gênero, educação e assim por diante.

Juntos, os meios estruturais e as condições de vida diária constituem os determinantes sociais da saúde¹¹. Esses fatores produzem iniquidades na assistência e no cuidado materno e moldam resultados desiguais nos indicadores de saúde pública¹².

Essa coorte foi conduzida em um dos maiores centros de cuidado intensivo obstétrico do país, e seus resultados são de extrema relevância para entender a qualidade da assistência obstétrica a uma das principais causas de mortalidade materna. Recentemente tem-se observado taxas crescentes de histerectomia periparto que atinge até 0,3% das parturientes⁸, com mortalidade materna de cerca de 1,1%¹³. No presente estudo, quase um terço das pacientes admitidas na UTI obstétrica por HPP foram submetidas a histerectomias, com 9,27% de óbito. É possível que essa taxa muito acima do relatado na literatura mundial reflita problemas na assistência obstétrica do nosso país - em parte descritos no modelo dos três atrasos¹³. Entretanto, por se tratar de estudo conduzido em UTI obstétrica de referência, provavelmente houve maior captação de mulheres com hemorragia grave, que têm mais chance de ter desfecho materno adverso - entre eles a perda do útero e óbito.

Na análise bivariada a idade materna avançada foi um fator significativo para o maior risco de histerectomia. Das pacientes que realizaram esta cirurgia, 20,6% apresentavam idade maior que 35 anos. Quando comparamos as pacientes que tiveram um desfecho positivo da HPP por realização de procedimentos cirúrgicos conservadores conseguimos ver um número menor, de apenas 4,5% das mulheres com mais de 35 anos. Esse achado também foi apresentado em dois grandes estudos de coorte multinacionais, um que inclui dados do estudo WOMAN¹⁴ e outro do INOSS¹⁵. Nesses estudos, especialmente gestantes com mais de 40 anos apresentaram um risco maior para histerectomia^{14,15}.

Em relação a variável cor, a associação entre a cor preta e parda e a maior suscetibilidade a morbidades que resultam em desfechos maternos adversos já é bastante conhecida. Um estudo de corte transversal realizado em uma maternidade de Salvador na Bahia, destacou que 94% das mulheres que apresentaram HPP se declararam pretas, todavia não apresentaram associação significativa entre a variável raça e HPP¹⁶. Da mesma maneira, as cores preta e parda representam maior porcentagem no estudo, representando 84% das pacientes que evoluíram com histerectomia periparto. Quando comparado à porcentagem dentre as pacientes submetidas a abordagens conservadoras, nota-se também grande prevalência de mulheres pretas ou pardas (73,3%) em relação a mulheres de outros grupos raciais. Entretanto, tal variável não constituiu fator de risco estatisticamente relevante no presente estudo. É importante destacar, portanto, que a raça por si só não representa fator de risco, mas sim a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que essa população enfrenta devido às desigualdades socio-raciais.

Quando analisamos a paridade dessas puérperas, observamos que multíparas têm maior chance de serem submetidas a histerectomia, enquanto mulheres que estão tendo o primeiro filho tendem a receber mais tratamento conservador. Podemos notar, então, que a prole definida é um fator que repercute na conduta da equipe assistencial. De forma semelhante, em estudo de 2010, que incluíram 981 casos de HPPE (histerectomia pós-parto de emergência), mostrou que a principal variável associada ao risco de evoluir para este procedimento cirúrgico é a multiparidade¹⁷. Esse achado permaneceu significativo, mesmo após análise multivariada. Observamos que a idade, que na análise bivariada maior que 35 anos, que havia se mostrado associada de forma significativa não persistiu associada ao risco de a paciente evoluir com HPP. Provavelmente a multiparidade, por

ser bastante coincidente com a multiparidade, pode por colineariedade, ter eliminado a idade como achado.

Com relação a procedência das pacientes estudadas, foi visto que 50,6% das pacientes que evoluíram para histerectomia procediam do interior do estado de Pernambuco ou de outros estados do país, enquanto 36,6% das puérperas, as quais tal medida não foi necessária para controle da HPP, procediam da mesma localidade. Embora não evidenciado como fator de risco relevante estatisticamente quando comparado os dois grupos de pacientes, a significativa prevalência de histerectomias nas mulheres que residem em regiões distantes do serviço estudado, reflete o Modelo dos Três atrasos obstétricos. Nota-se, especificamente, a relevância do segundo atraso (dificuldade no transporte à maternidade), refletindo diretamente no aumento de desfechos maternos adversos.

É importante destacar que o presente estudo teve uma limitação importante por se tratar de um estudo retrospectivo, colhendo dados de prontuários, o que acarreta a perda de dados, o que pode ser um viés. Além disso, tem como limitação o fato de ser realizado em uma única instituição.

Por outro lado, que descreve uma população bastante específica, ou seja, aquelas que evoluíram com indicação de UTI, permitindo reunir procedimentos raros e pacientes mais graves. Tratando-se de um estudo coletado em um único serviço, apresenta uma amostra robusta e que avalia a condução de pacientes especialmente graves e quais fatores podem influir na condução assistencial.

Conhecer as pacientes com HPP que são submetidas a procedimentos cirúrgicos, as frequências de seu uso e quais fatores estão associados com procedimentos conservadores e quais apontam para uma conduta mais radical permite um maior

planejamento dos serviços de saúde para atendimento adequado dessas mulheres. Esse conhecimento, aplicado no planejamento do sistema de saúde e de cada unidade individualmente pode levar a diminuição de morbimortalidade desse grupo de pacientes e mais adequada alocação de recursos humanos e materiais.

REFERÊNCIAS

1. World Health O. Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response (MDSR). Geneva WHO [Internet]. 2016;(64):ages. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2016081714%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2016081714>.
2. Evensen A, Anderson JM. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment [Internet]. Vol. 95. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://online.lexi.com/action/home>.
3. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2014.
4. Alves AL, Azevedo GU, São José CN, Silva LB, Silva Filho AL. Ligaduras vasculares no tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto. *Femina*. 2021;49(4):246-50.
5. Alves ÁLL, Silva LB da, Melo VH. Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto. *Femina* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 16];42(4):193–201. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4592.pdf>

6. Alves AL, Nagahama G, Nozaki AM. Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto. FEMINA. 2020;48(10):615-22.
7. Alves ÁLL, Silva LB da, Melo VH. Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós-parto. Femina. 2014;42(6):265–76.
8. Bateman BT, Mhyre JM, Callaghan WM, et al: Peripartum hysterectomy in the United States: Nationwide 14 year experience. Am J Obstet Gynecol 206. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.07.030>, 2012. 63.e1-63.e8
9. Machado LSM: Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. North Am J Med Sci 3:358-361, 2011. <https://doi.org/10.4297/najms.2011.358>
10. Shakur H, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, El-Sheikh M, Akintan A, et al. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017;389(10084):2105–16.
11. World Health Organization. Social determinants approach to maternal deaths. World Health Organization, Ano 2021 Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/india-social-determinants/en/
12. OPAS. Recomendações Assistenciais Para Prevenção, Diagnóstico E Tratamento Da Hemorragia Obstétrica [Internet]. Vol. 2, Organização Pan-Americana da Saúde. 2018. 15p. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Kallianidis AF, Maraschini A, Danis J, et al. Management of major obstetric hemorrhage prior to peripartum hysterectomy and outcomes across nine European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100:1345–1354. <https://doi.org/10.1111/aogs.14113>

14. S. Huque, I. Roberts, B. Fawole, R. Chaudhri, S. Arulkumaran e H. Shakur-Still, “Fatores de risco para histerectomia periparto entre mulheres com hemorragia pós-parto: análise de dados do WOMAN julgamento”, *BMC Gravidez Parto*, vol. 18, não. 1, pág. 186, 2018.

15. AF Kallianidis, A. Maraschini, J. Danis et al., “Análise epidemiológica da histerectomia periparto em nove países europeus”, *Acta Obstetricia e Gynecologica Scandinavica*, vol. 99, nº. 10, pág. 1364-1373, 2020.

16. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto numa maternidade / Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in a Maternity Ward / Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la hemorragia posparto en una maternidade Teixeira Soares, Daianne; Menezes Couto, Telmara; Dias Martins, Ridalva; Brito Teixeira, Jules Ramon; Alves Pires, Jaqueline; Santos, Gleice de Oliveira.

Aquichan; 21(2): e2127, jun. 25, 2021. Artigo em Inglês | LILACS, BDENF - Enfermagem, COLNAL | ID: biblio-1283799

Biblioteca responsável: CO243.1

17. SouzaL. S. de, & de SouzaA. F. (2019). Histerectomia Pós-Parto de emergência em maternidade pública de cuidados de alto risco no estado do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (32), e1669. <https://doi.org/10.25248/reas.e1669.2019>

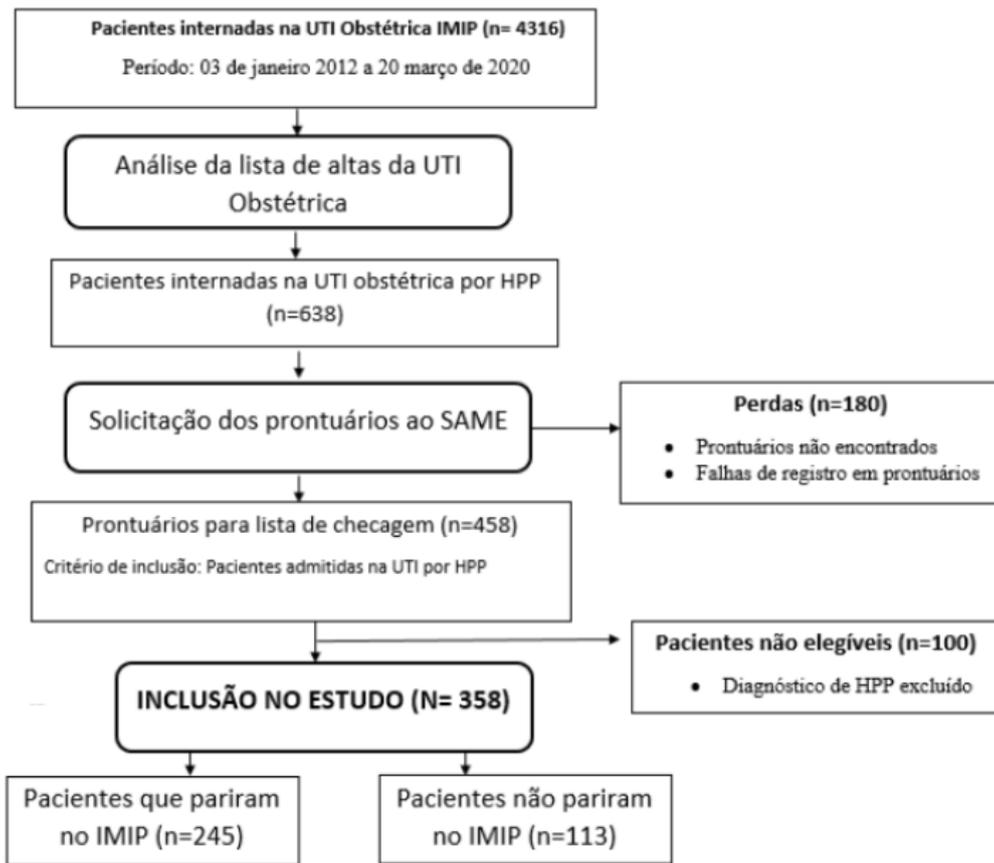
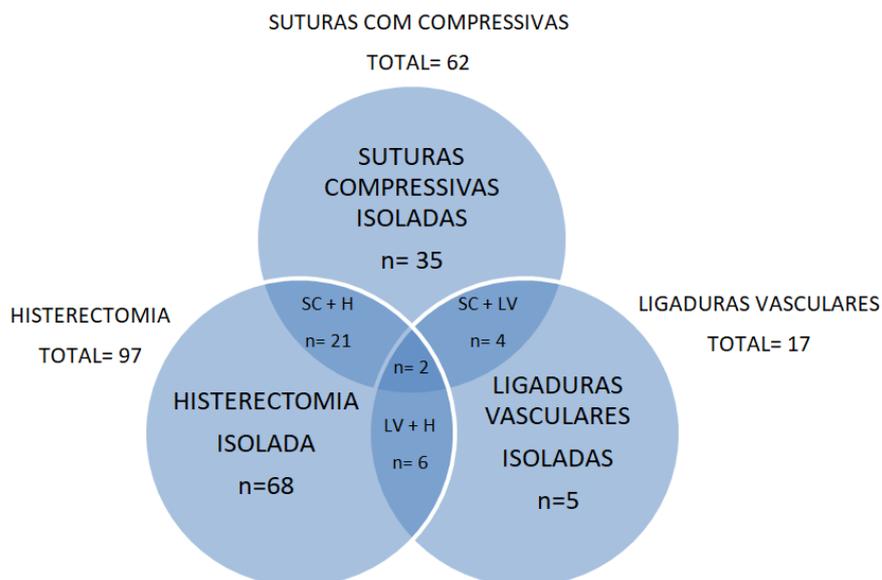


Figura 1. Fluxograma de captação das pacientes



*uma paciente pode ter feito mais de um procedimento.

SC= suturas compressivas

LV= Ligaduras vasculares

H=Histerectomia

Figura 2. Distribuição dos procedimentos cirúrgicos em pacientes com HPP

TABELAS

Tabela 1. Características das pacientes com HPP submetidas a procedimentos cirúrgicos

Característica	HISTERECTOMIA (n=97)		PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONSERVADORES (n=44)		RR	IC 95%	P
Idade (em anos) (média/DP)	28,4	7,0	24,6	6,4	-	-	0,001
Idade menor ou igual a 19 (em anos) (n/%)	11	11,3	10	22,7	0,73	0,47- 1,11	0,08
Idade maior que 35 (em anos) (n/%)	20	20,6	2	4,5	1,40	1,16- 1,69	0,01
Número de gestações (mediana/IIQ)	2,5	1-3	1	1-2	-	-	<0,01*
Número de partos (mediana/IIQ)	2	1-3	0	0-1	-	-	0,0002*
Multiparas (n/%)	32	34,4	4	10,8	1,37	1,13- 1,65	0,008**
IG no parto (mediana/IIQ)	37	33,3- 38,3	36	33,5- 39,1	-	-	0,84
Procedência do interior ou de outros estados (n/%) ^a	44	50,6	15	36,6	1,19	0,94- 1,51	0,14
Parto fora da instituição (n/%)	42	43,3	9	20,4	1,34	1,09- 1,65	0,008

Sem companheiro (n/%) ^b	7	15,6	12	38,7	0,55	0,29-1,02	0,02
Até 8 anos de estudo (n/%) ^c	17	41,5	18	62,0	0,70	0,47-1,06	0,08
Preta ou parda (n/%) ^d	21	84,0	11	73,3	1,31	0,62-2,74	0,44**
Consultas pré-natais (mediana/IIQ) ^e	6	5-7,5	7	5-10	-	-	0,39*
Cesariana nessa gestação (n/%)	70	75,3	37	86,0	0,82	0,65-1,03	0,15
Cesariana prévia (n/%) ^f	30	68,2	5	38,5	1,35	0,95-1,89	0,10**
História prévia de HPP (n/%)							
Indução ou aceleração do trabalho de parto (N/%)	7	7,2	4	9,1	0,91	0,57-1,45	0,74**
Peso fetal (média/DP)	2478,8	1020,0	2463,9	958,6	-	-	0,94
Corioamnionite (n/%)							
Óbito fetal intraparto (n/%)	6	8,2	1	2,6	1,33	0,95-1,85	0,41

*Mann-Whitney **Fisher ^aInformação disponível para 128 sujeitos ^bInformação disponível para 76 sujeitos (usar IC, dados esparsos) ^cInformação disponível para 111 sujeitos ^dInformação disponível para 40 sujeitos ^eInformação disponível para 55 sujeitos ^fInformação disponível para 57 sujeitos