



## Indicadores de Segurança do Paciente – Gineco-Obstetrícia

Porcentagem de pacientes que precisaram de cesárea de urgência, cujo parto cesáreo foi realizado no tempo ideal	Título
Danish National Indicator Project.	Fonte
Porcentagem de pacientes que precisam de cesárea de urgência, cujo parto cesáreo é realizado no tempo ideal	Definição
Resultado	Nível Informação
Efetividade: segurança	Dimensão da Qualidade
1. Número de cesáreas realizadas em menos de 15 minutos após a solicitação de parto cesáreo de urgência (Grau 1). 2. Número de cesáreas realizadas em menos de 30 minutos após a solicitação de parto cesáreo de urgência (Grau 2).	Numerador
1. Número de pacientes que requerem cesárea de urgência de Grau 1. 2. Número de pacientes que requerem cesárea de urgência de Grau 2.	Denominador
Cesária de urgência: Grau 1 (situação de risco de vida para a mãe e / ou feto); Grau 2 (mãe e / ou feto em perigo, mas a situação não é de risco de vida); Grau 3 (situação instável, mas não há perigo imediato) (DSOG , 2009). Limite de tempo para realização da cesárea: Grau 1 (o mais imediato possível ... a organização deve fazer o parto dentro de 15 minutos se possível); Grau 2 (o mais rapidamente possível ... a criança deve nascer dentro de 30 minutos); Grau 3 (durante o trabalho de parto - a criança deve nascer dentro de uma hora) (DSOG , 2009).	Definição de Termos
A cesariana de urgência pode ser classificada como, por exemplo: 1) tempo entre a decisão e a incisão ou entre a decisão e o parto; 2) a técnica anestésica; 3) escalas analógicas verbais ou visuais; 4) definições descritivas, clínicas (Lucas et al., 2009). A “The Danish Society of Obstetrics and Gynaecology” (DSOG) recomenda que a	Racionalidade



<p>cesariana de urgência seja definida de acordo com: Grau 1 (situação de risco de vida para a mãe e / ou feto); Grau 2 (mãe e / ou feto em perigo, mas a situação não é de risco de vida; Grau 3 (situação instável, mas não há perigo imediato) (DSOG , 2009). Para cada um deste Graus, um limite de tempo foi proposto: Grau 1 (o mais rápido possível ... a organização deve fazer o parto dentro de 15 minutos se possível); Grau 2 (o mais rapidamente possível ... a criança deve nascer dentro de 30 minutos); Grau 3 (durante o trabalho de parto - a criança deve nascer dentro de uma hora) (DSOG , 2009). Na Grã-Bretanha, recomenda-se um tempo entre a decisão e o parto de, no máximo, 30 minutos, com o argumento de que este prazo foi aceito em relação à auditoria (NCCWCH, 2004). O risco de complicações maternas, incluindo endometrite, infecções de sítio cirúrgico e lesões operatórias parece independente do tempo entre a decisão e o parto, ou 30 minutos (Chauhan et al., 1997; Bloom et al., 2006). Em relação ao recém-nascido, tempos maiores de 30 minutos têm sido associados com um pH baixo do cordão umbilical e aumento do risco de admissão em UTI (Chauhan et al., 1997). Partos em tempos menores de 30 minutos têm sido associados a um risco aumentado de intubação e de PH do cordão umbilical menor que 7,00 (Bloom et al., 2006). Este último achado pode ser devido a viés de seleção.</p>	
	Ajuste de Risco
	Estratificação
<p>Padrão proposto pelo Danish National Indicator Project, para a realização da cesárea de urgência:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Grau 1: no mínimo 95%;</li><li>- Grau 2: no mínimo 95%.</li></ul>	Interpretação
Banco de dados administrativos hospitalares; prontuários dos pacientes	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bloom SL, Leveno KJ, Spong CY, Gilbert S, Hauth JC, Landon MC, et al. Decision-to-incision times and maternal and infant outcomes. <i>Obstet Gynecol.</i> 2006;108:6–11.</li><li>2. Chauhan SP, Roach H, Naef RH, Magann EF, Morrison JC, Martin JNJ. Cesarean section for suspected fetal distress. Does the decision-incision time make a difference? <i>J Reprod Med.</i> 1997;42:347–52.</li><li>3. DSOG. Akut sectio – klassifikation, melding og organisation. [Acute cesarean section – classification, call and organisation] (in Danish. No abstract available). 2009. Sandbjerg: DSOG Guideline.</li><li>4. Kesmodel US, Jalving LR. Measuring and improving quality in obstetrics - The implementation of national indicators in Denmark. <i>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.</i> 2011. 90(4):295-304.</li><li>5. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M. Urgency of caesarean section: a new classification. <i>J R Soc Med.</i> 2000;</li></ol>	Bibliografia



93:346–50.

6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. 2004. Clinical guideline no. 13. London: National Institute for Clinical Excellence.

7. SAMPAIO, Anderson Gonçalves; SOUZA, Alex S. R. Indicação de cesarianas em óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(4):169-75.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

9. XU, Shiqin; SHEN, Xiaofeng; WANG, Fuzhou. Pesando Riscos e Benefícios: Lições Aprendidas com as Intervenções Terapêuticas de um Caso com Pré-Eclâmpsia Grave. Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(3):290-295.