

Ficha Técnica

Indicador de Gineco-Obstetrícia

| | |
|--|--------------------------|
| Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal sem instrumentação | Título |
| Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD); Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE). | Fonte |
| Casos de trauma materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau durante o parto) por 100 partos normais sem instrumentação. | Definição |
| Resultado | Nível Informação |
| Segurança | Dimensão da Qualidade |
| <p>Internações que preencham as regras de inclusão e exclusão do denominador com códigos da Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão (CID-10) para trauma materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau durante o parto - CID-10 O70.2 e O70.3) em qualquer campo de diagnóstico.</p> <p>Exclusões:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partos normais com instrumentação. Casos sem informação sobre o sexo, a idade, a data da internação e diagnóstico principal. | Numerador |
| <p>Internações por parto vaginal.</p> <p>Exclusões:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partos normais com instrumentação. Casos sem informação sobre o sexo, a idade, a data da internação e diagnóstico principal. | Denominador |



| | Definição de Termos |
|--|---------------------|
| <p>O trauma obstétrico durante o parto é frequentemente evitável. As complicações do parto podem causar ônus prolongado ao sistema hospitalar, aumentando os tempos de internação e as reinternações. A porcentagem de partos com lacerações de terceiro e quarto grau é um indicador de qualidade útil para o atendimento obstétrico, podendo auxiliar na redução da morbidade por lacerações perineais extensas.</p> <p>Numa amostra estratificada de probabilidade de partos vaginais e cesáreos, a sensibilidade ponderada e o valor preditivo dos códigos para lacerações de terceiro e quarto graus e hematomas vulvares/perineais (com base em diagnósticos ou códigos de procedimentos) foram de 89% e 90%, respectivamente (AHRQ, 2003).</p> <p>Estima-se que em aproximadamente 11% de todos os partos ocorra trauma perineal associado a incontinência fecal subsequente (Dudding et al., 2008). Embora tenham sido identificados fatores de risco, como parto prolongado e ausência de partos prévios, as recomendações precisas para a conduta durante o parto para prevenir lacerações obstétricas ainda são pouco claras (Wheeler e Richter, 2007), portanto, não está claro se este indicador tem a capacidade de prevenir lesões. Entretanto, a porcentagem de partos com lacerações de alto grau serve como um monitor útil para a qualidade do atendimento obstétrico, podendo auxiliar na redução da morbidade. Os indicadores de trauma obstétrico têm sido usados pela Joint Commission, agência acreditadora americana, e por várias outras iniciativas internacionais de qualidade que analisam dados obstétricos, como o BQS — o programa regulamentar de garantia de qualidade alemão. Como o risco de laceração perineal aumenta significativamente em partos assistidos por instrumentos (vácuo-extração, fórceps), os índices para esta população de pacientes são informados separadamente.</p> <p>Este indicador tem um valor preditivo moderado. Os casos sinalizados por este indicador não apresentaram maior mortalidade, mas apresentaram internações de 0,05 a 0,07 dias mais longas, em média, e maiores gastos hospitalares — até US\$ 220 por internação — em relação a controles cuidadosamente selecionados que não foram sinalizados pelo indicador (Zhan e Miller, 2003). As</p> | Racionalidade |



diferenças encontradas nos tempos de internação e nos gastos totais foram pequenas, mas ainda assim estatisticamente significativas, dado o grande número de eventos. Um estudo mais recente, que usou dados de 2007 corrigidos para lacerações relatadas como “presentes na internação”, estimou um aumento de 0,13 a 0,14 dias nos tempos de internação e de US\$ 210 a 243 nos custos hospitalares, em média (Foster et al., 2009). Por fim, um estudo de caso-controle feita na Inglaterra estimou um aumento de 0,48 a 0,56 dias nos tempos de internação médios (Raleigh et al., 2008).

Num estudo que testou a validade de construto do indicador usando uma medida de qualidade implícita (Miller et al., 2005), as taxas suavizadas, em 2.116 hospitais analisados pela Joint Commission, entre 1997 e 1999, se mostraram positivamente associadas ($p=0.04$) aos escores de avaliação, mas somente no subconjunto de mulheres com partos a fórceps ou vácuo-extração. Da mesma forma, dados não ajustados de um estudo realizado na Inglaterra não mostraram nenhuma associação entre o indicador e o número de reinternações (Bottle e Aylin, 2009).

Não havia evidências disponíveis sobre a validade de critério deste indicador antes de sua publicação. Este indicador provavelmente não apresenta problemas significativos com relação à ausência de dados temporais, já que está inerentemente limitado a mulheres que tiveram parto intra-hospitalar. Os melhores dados sobre a validade de critério do indicador vêm do California Obstetric Validation Study (Romano et al., 2005), que utilizou uma amostra por conglomerado aleatória estratificada de 1.662 registros de 52 hospitais (51% vaginais), dos quais 97% foram revistos por um “especialista” em codificação e um enfermeiro obstétrico especializado na revisão de registros hospitalares. Este indicador apresentou uma sensibilidade de 90% (IC 95%, 82-96%) e um valor preditivo positivo de 90-95%; o ajuste para o desenho amostral estratificado complexo aumentou a sensibilidade para 93% (IC 95%, 82-97%), mas reduziu o valor preditivo positivo para 73%.

Um estudo posterior, baseado num conjunto de dados obtidos por pesquisa clínica contendo 393 partos vaginais com presença do indicador (lacerações de 3º/4º grau) e 383 com ausência do indicador (Brubaker et al., 2007), determinou uma sensibilidade de 77% (IC 95%, 72-81%) e uma especificidade de 99,7% (IC 95%, 98.5-99.4%). O valor preditivo positivo não pôde ser estimado em virtude do desenho amostral, mas deve ser de aproximadamente 93%, dada uma prevalência típica de 5%. Uma revisão semelhante



de registros médicos de 955 casos retirados de 18 agências do NHS (National Health Service), o sistema de saúde britânico, revelou que nenhum dos eventos sinalizados estava presente no momento da internação e 15% havia recebido código errado; os restantes 85% foram confirmados (Bottle e Aylin, 2008).

Em resumo, as evidências recentes sobre a validade de construto do indicador são inconclusivas, mas as evidências sobre sua validade de critério são bastante favoráveis.

Em levantamento realizado pela OECD, a taxa de trauma obstétrico após parto vaginal sem instrumentos variou de 0,2% a 3,8% (Drösler et al., 2009). Na maioria dos países analisados, as taxas de trauma obstétrico foram mais baixas a partir dos 40 anos de idade, provavelmente porque nos grupos etários mais elevados o fator de risco “primeiro parto” não é tão frequente quanto em idades mais baixas. As taxas dos indicadores obstétricos (Trauma obstétrico – parto normal sem instrumentação, e Trauma obstétrico – parto normal com instrumentação) não estiveram associadas ao número médio de diagnósticos secundários ao nível nacional ($R^2 < 2\%$, $p > 0.5$) (Drösler et al., 2009).

Um indicador semelhante foi inicialmente implementado pela Joint Commission, agência acreditadora americana, mas foi descartado devido a controvérsias clínicas sobre quão frequentemente estas lacerações seriam evitáveis, e se o indicador poderia inadvertidamente promover o parto cesáreo por indicações clínicas questionáveis (OECD, 2009).

Idade materna; comorbidades maternas.

Uma estratégia de ajuste de risco desejável ao se calcular este indicador seria levar em consideração o peso do bebê ao nascer. Como os dados maternos e neonatais são armazenados separadamente em muitos bancos de dados hospitalares, esta melhoria metodológica pode não ser viável em muitos países.

Ajuste de Risco

O indicador pode ser subdividido segundo a realização ou não de episiotomia.

Estratificação

Este indicador tem o objetivo de sinalizar casos de traumatismo potencialmente evitável durante o parto vaginal sem instrumentos.

Interpretação



| Bancos de dados administrativos hospitalares; prontuário do paciente. | Fonte de Dados |
|---|----------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. March 2003 [Internet]. Version 3.1 (March 12, 2007). [capturado 15 dez. 2008]. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm.2. Bottle A, Aylin P. Application of AHRQ Patient Safety Indicators to English hospital data. <i>Quality and Safety in Health Care</i>, 2009 Vol. 18, pp. 303-308.3. Bottle A, Aylin P. How NHS trusts could use patient safety indicators to help improve care. <i>HealthCareRiskReport</i>, 2008 May 2008, pp. 12-14.4. Brubaker L, Bradley CS, Handa VL, Richter HE, Visco A, Brown MB, Weber AM. Anal sphincter laceration at vaginal delivery: is this event coded accurately?. <i>Obstetrics and Gynecology</i>, 2007 Vol. 109, No.5, pp.1141-1145.5. Drösler S, Romano P, Wei L. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT: PATIENT SAFETY INDICATORS. Health Working Papers. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47. REPORT 2009.6. Drösler S. Facilitating Cross-National Comparisons of Indicators for Patient Safety at The Health-System Level in the OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers No. 19</i> [online]. 07-Apr-2008. [capturado 09 abr. 2009] Disponível em: http://www.oecd.org/health/hcqi.7. Drösler S. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT, PATIENT SAFETY INDICATORS. ANNEX. Health Working Papers. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47. REPORT 2009.8. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. <i>Annals of Surgery</i>, 2008 Vol. 247, No.2, pp.224-237.9. Foster D, Young J, Heller S. US national estimates of mortality, length of stay, and costs attributable to inpatient complications of care. abstract presented at Academy Health 2009 Annual Research Meeting | Bibliografia |



(<http://www.academyhealth.org/files/arm/ARM-2009-Posters.pdf>).

10. Grobman WA, Feinglass J, Murthy S. Are the Agency for Healthcare Research and Quality obstetric trauma indicators valid measures of hospital safety?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006 Vol. 195, pp. 868-874.
11. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SIMPatIE - Work Package 4 [Internet]. March 2007. [capturado 16 set. 2007]. Disponível em:
<http://www.simpatie.org/Main/pf1175587453/wp1175588035/wp1176820943>.
12. Mattke S, Kelley E, Scherer P, et al. Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report. OECD Health Technical Papers No. 22 [online]. 09-Mar-2006. [capturado 09 abr. 2009] Disponível em: <http://www.oecd.org/health/hcqi>.
13. Miller MR, Pronovost P, Donithan M, Zeger S, Zhan C, Morlock L, Meyer GS. Relationship between performance measurement and accreditation: implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, 2005 Vol.20, No.5, pp.239-252.
14. Patient Safety Indicators Technical Specifications, Ver 4.1, December 2009. [capturado 15 jun. 2010]. Disponível em:
http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm.
15. Raleigh VS, Cooper J, Bremner SA, Scobie S. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. *BMJ*, 2008 Vol.337, No.a, pp.1702.
16. Romano PS, Yasmeen S, Schembri ME, Keyzer JM, Gilbert WM. Coding of perineal lacerations and other complications of obstetric care in hospital discharge data. *Obstetrics and Gynecology*, 2005 Vol.106, No.4, pp.717-725.
17. Wheeler TL 2nd, Richter HE. Delivery method, anal sphincter tears and fecal incontinence: new information on a persistent problem. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Oct;19(5):474-9.
18. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization.



JAMA, 2003 Vol.290, No.14, pp.1868-1874.

19. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project 'safety improvement for patients in Europe'. International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 3: pp. 169–175.

20. AHRQ QI, Patient Safety Indicators #19, Technical Specifications, Obstetric Trauma Rate – Vaginal Delivery Without Instrument www.qualityindicators.ahrq.gov

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014

