

## HEMORRAGIA PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE GOIÂNIA

### POSTPARTUM HEMORRHAGE AT THE MATERNITY UNIT OF THE HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE GOIÂNIA

RUI GILBERTO FERREIRA<sup>1</sup>; GUSTAVO MEDEIROS ANDRADE<sup>1</sup>; JOÃO VINÍCIUS GALLIÊTA DE CARVALHO<sup>1</sup>; MARCONI DE PAIVA MANZI FILHO<sup>1</sup>

1- Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia GO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação grave que pode ocorrer após o parto e é caracterizada, basicamente, por uma perda excessiva de sangue. Sendo, inclusive, a principal causa de mortalidade materna em todo o mundo. Estudos mostram que a prevalência de hemorragia pós-parto no mundo se baseia em cerca de 10%, variando entre 2 a 16%, sendo a atonia uterina a principal etiologia.

**OBJETIVOS:** Calcular a taxa de prevalência de HPP, identificar os tipos de parto das pacientes, identificar as causas e identificar os desfechos materno e fetal.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, analítico e descritivo que avaliou os prontuários de mulheres que tiveram hemorragia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) no ano de 2021.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A idade média foi de 26,11 anos e a média de gestações prévias dessas pacientes foi de 1,55, ambas se mostraram compatíveis com a literatura. Encontramos 9 casos de hemorragia pós-parto dentre as 532 pacientes, resultando na prevalência de 1,69%. Sendo a laceração uterina a principal causa de HPP, se mostrando diferente da literatura mundial.

**CONCLUSÃO:** Nosso estudo encontrou uma prevalência de 1,69%. Cinco casos (55,55%) tiveram parto normal e 4 (44,44%) cesarianos. Cinco casos (55,55%) foram por laceração vaginal, 2 casos (22,22%) foram por placenta prévia, um caso (11,11%) foi por atonia uterina e anticoagulação prévia e um caso (11,11%) foi por causa indefinida. Todas as pacientes com HPP sobreviveram. Um recém-nascido veio a óbito e os demais apresentaram alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Hemorragia Pós-Parto; Prevalência, Hemorragia; Parto; Complicações do Trabalho de Parto.

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Postpartum hemorrhage (PPH) is a serious complication that can occur after childbirth and is characterized by excessive blood loss. It is, in fact, the leading cause of maternal mortality worldwide. Studies show that the prevalence of postpartum hemorrhage worldwide is approximately 10%, ranging from 2 to 16%, with uterine atony being the main etiology.

**OBJECTIVES:** To calculate the prevalence rate of PPH, identify the types of delivery of the patients, identify the causes, and identify maternal and fetal outcomes.

**METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, retrospective, analytical, and descriptive study that evaluated the medical records of women who had hemorrhage at the Hospital das Clínicas from Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) in 2021.

**RESULTS AND DISCUSSION:** The mean age was 26.11 years, and the mean number of previous pregnancies of these patients was 1.55, both of which were consistent with the literature. We found 9 cases of postpartum hemorrhage among the 532 patients, resulting in a prevalence of 1.69%. Uterine laceration was the main cause of PPH, which was different from the global literature.

**CONCLUSION:** Our study found a prevalence of 1.69%. Five cases (55.55%) were normal deliveries, and 4 (44.44%) were cesarean sections. Five cases (55.55%) were due to vaginal laceration, 2 cases (22.22%) were due to placenta previa, one case (11.11%) was due to uterine atony and previous anticoagulation, and one case (11.11%) was due to an undefined cause. All patients with PPH survived. One newborn died, and the others were discharged from the hospital.

**Keywords:** Postpartum Hemorrhage, Prevalence, Hemorrhage, Delivery, Labor Complications.

## INTRODUÇÃO

As urgências durante a gravidez vêm aumentando ano após ano, sobretudo por conta do meio sociodemográfico no qual a mulher está inserida. Tal problemática é refletida nas altas taxas de mortalidade materna ainda existentes, em decorrência de complicações durante a gravidez.<sup>1</sup>

Dentre as várias complicações de urgência durante a gravidez e o puerpério, destacam-se as urgências de natureza hemorrágica. Tendo em vista esse tipo de urgência, a hemorragia pós-parto era definida tradicionalmente como uma perda de sangue superior a 500mL após um parto vaginal ou mais de 1000 mL após um parto cesárea. Mais recentemente, a hemorragia pós-parto passou a ser definida como uma perda cumulativa de sangue de 1000mL ou mais, ou perda associada a sinais ou sintomas de hipovolemia, independentemente da via de parto. Os sinais e sintomas clínicos típicos de hipovolemia (por exemplo, hipotensão e taquicardia) devido à hemorragia pós-parto podem não aparecer até que a perda de sangue exceda 25% do volume sanguíneo total (>1500 ml durante o final da gravidez).<sup>2</sup>

A hemorragia pós-parto pode ser primária, quando ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, e secundária, quando ocorre entre 24 horas e até 12 semanas após o parto. Completando a definição, tem-se que as causas da hemorragia pós-parto podem ser resumidas pelos quatro "T's": tônus (atonia uterina), traumatismo (lacerações ou ruptura uterina), tecido (retenção de placenta ou coágulos) e trombina (deficiência de fatores de coagulação).<sup>2</sup>

As hemorragias pós-parto não são totalmente evitáveis, porém a identificação de sua causa precisa ser imediata (urgência), uma vez que ter conhecimento da causa da HPP implica diretamente na forma de tratamento e em sua eficácia.<sup>3</sup>

Em relação a sua epidemiologia, a HPP é constatada em cerca de 1 a 3% dos partos. No contexto mundial, a taxa de mortalidade materna em regiões desenvolvidas, como Estados Unidos e Canadá, em 2015 foi de 12 por 100.000 nascidos vivos, enquanto nas regiões em desenvolvimento foi de 239 por 100.000.<sup>4</sup>

A literatura constatou que 99% das mortes maternas concentraram-se em países em desenvolvimento e mais da metade delas ocorreu em contextos de crise, ambientes inadequados e desprovidos de recursos. No contexto nacional, tem-se que a relação de mortes maternas aumentou de 62 para 64 por 100.000 nascidos vivos entre 2015 e 2017, variando de acordo com a região.<sup>4</sup>

## OBJETIVOS

### 1. Objetivo geral

Avaliar a taxa de prevalência da hemorragia pós-parto em mulheres que tiveram parto na maternidade do HC-UFG no ano de 2021.

## 2. Objetivos específicos

- 2.1. Calcular a taxa de prevalência.
- 2.2. Identificar o tipo de parto das pacientes com hemorragia pós-parto.
- 2.3. Identificar as causas de hemorragia pós-parto.
- 2.4. Identificar os desfechos materno e fetal dos casos clínicos estudados.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, analítico e descritivo através da coleta de dados dos prontuários de mulheres da maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia. A amostra do presente trabalho foi constituída de mulheres que tiveram parto na maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia, no período de janeiro a dezembro de 2021.

### 1. Procedimentos

Foram analisados prontuários de pacientes que tiveram parto na maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia no ano de 2021. As fichas analisadas nos prontuários incluem a avaliação perioperatória, a descrição do parto, as fichas de evolução da internação, as prescrições médicas da internação e os relatórios de alta materna e neonatal (quando esses se encontravam disponíveis). O acesso aos prontuários foi realizado através do SAMIS (Serviço Médico e Informação em Saúde) do HC-UFG após aprovação do CEP.

### 2. População do estudo

A amostra do presente estudo foi constituída por 532 prontuários. Os dados coletados foram armazenados no programa Planilhas Google.

### 3. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes que tiveram parto na maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia no ano de 2021.

**Critérios de Exclusão:** foram excluídos do estudo os prontuários que não foram encontrados pelo SAMIS, os prontuários que não possuíam informações sobre o parto/internação e os prontuários de pacientes cujo parto se deu fora das dependências da maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia no ano de 2021.

### 4. Variáveis do estudo

#### 4.1. Variáveis de toda a amostra

- A. Tipo do parto (normal ou cesariana).
- B. Hemorra pós-parto: presente ou ausente.

#### 4.2. Variáveis da amostra com HPP presente

- A. Tipo do parto (normal ou cesariana).
- B. Idade materna (anos).
- C. Histórico obstétrico: GPNCA - Gesta (número de gestações), Para (número de gestações com feto viável), Normal (número de partos normais), Cesária (número de partos cesários) e Aborto (número de abortos).
- D. Descrição sobre gestações anteriores: intercorrências durante a gestação e/ou parto.

- E. Diagnósticos prévios: morbidades e comorbidades.
  - F. Medicações em uso prévio.
  - G. Data do parto (dd/mm/aaaa).
  - H. Descrição do parto: intercorrências durante o procedimento.
  - I. Tratamento: condutas no intra-operatório e/ou durante a evolução na internação.
  - J. Desfecho materno: alta hospitalar (com data) ou óbito.
  - K. Desfecho do recém-nascido: vivo, óbito e/ou alta hospitalar.
5. Aprovação no Comitê de Ética

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com o número do parecer 5951.648.

## RESULTADOS

Foram analisados 532 prontuários de mulheres que tiveram parto na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás em 2021, nosso espaço amostral de 100%. Obtivemos 392 partos cesarianos, o que representa 73,68% do total, e 140 partos normais, representando 26,31% do total.

Dentre esses 532 partos analisados, 9 evoluíram com Hemorragia Pós-Parto (HPP), o que nos dá uma prevalência de 1,69%. Detalhando cada um desses 9 casos de HPP, temos: 5 desses casos foram por parto normal e 4 por cesárea. A relação entre “número de casos de hemorragia pós-parto via parto normal” e “número total de partos normais” foi de 3,57%. A relação entre “número de casos de hemorragia pós-parto via cesárea” e “número total de partos cesáreos” foi de 1,02%.

A média de idade das mulheres foi de 26,11 (18, 22, 23, 27, 28, 28, 29, 29, 31) anos. A mediana foi de 28 anos. A moda, foi de 28 e 29 (bimodal).

A média de gestações das pacientes, levando em consideração a gestação atual, foi de 2,55 (1, 1, 2, 2, 2, 3, 3, 4, 5) gestações. Já a média de gestações prévias dessas pacientes foi de 1,55 (0, 0, 1, 1, 1, 2, 2, 3, 4) gestações.

Em relação às etiologias das hemorragias, temos a seguinte divisão: dos 9 casos, 5 foram por lacerção (55,55 %), 2 foram por placenta prévia (22,22%), 1 foi por atonia uterina e anticoagulação prévia (11,11%) e 1 foi por causa indefinida (11,11%).

Todos os casos de HPP relatados no presente estudo tiveram hemorragia imediata. As 9 pacientes sobreviveram e receberam alta hospitalar.

Das pacientes com HPP avaliadas, a primeira paciente tinha 29 anos de idade, um histórico obstétrico de 2 gestações anteriores, ambas por parto normal, sem intercorrências. A mesma paciente tinha pré-eclâmpsia, em uso de anti-hipertensivos, mesmo assim apresentando descontrole pressórico, e hipotireoidismo. De medicações de uso prévio, a paciente fazia uso de sulfato ferroso 40 mg e levotiroxina 25 mcg. O parto dessa paciente se deu no dia 10/04/2021, às 6:00 da manhã. A descrição do parto apresenta que esse se deu espontaneamente (normal). Durante o intra-operatório, foi encontrada uma laceração de segundo grau mediolateral à direita. A partir disso, a paciente apresentou sangramento aumentado não medido, sendo realizada sutura com fio Catgut simples, uma ampola de ocitocina e uma ampola de Methergin. Logo, o sangramento reduziu, sendo feita a limpeza da paciente e encerrado o procedimento cirúrgico. Duas horas e meia após o parto, foi realizado, ainda, 1000 ml de soro fisiológico (SF) 0,9% via endovenosa (EV). Durante a evolução na internação, a paciente não apresentou novos sangramentos ou demais queixas e complicações. A paciente recebeu alta no dia 12/04/2021 junto do recém-nascido.

A segunda paciente apresentava 31 anos, um histórico obstétrico de 4 gestações, sem informações

sobre as vias de parto realizadas ou sobre intercorrências nessas gestações prévias. Tal paciente possuía doença de chagas, diabetes mellitus gestacional (DMG) e trombose venosa profunda (TVP) em membro inferior esquerdo de diagnósticos prévios. A paciente estava em anticoagulação plena com Marevan, sem demais informações sobre outras possíveis medicações em uso prévio. O parto da paciente se deu no dia 07/01/2021, após ser admitida no pronto-socorro do Hospital das Clínicas com TVP em anticoagulação plena, evoluindo com necessidade de parto cesáreo de urgência devido a sofrimento fetal agudo. Na descrição do parto da paciente, foi apresentado que esse foi feito pela via cesárea, evidenciando atonia uterina e sangramento vaginal intenso. Durante o intra-operatório foi realizada histerorrafia com fio Catgut cromado 0 via abdominal, após atonia uterina não ter sido revertida com massagem, ocitocina e Methergin. Na histerorrafia, foi realizada ligadura das artérias uterinas, colocado dreno sub-aponeurótico, feito curativo compressivo e, assim, encerrando o procedimento cirúrgico, recebendo a paciente, no pós-operatório imediato, 500ml de plasma fresco por transfusão. No dia 08/01 a paciente foi hemotransfundida com 2 concentrados de hemácia (CH) e mais 500 ml de plasma fresco. Durante a evolução na internação a paciente não apresentou novas queixas ou complicações. A paciente, por fim, recebeu alta no dia 13/01/2021 e o recém-nascido veio a óbito devido a múltiplas malformações.

A terceira paciente tinha 28 anos, um histórico obstétrico de 2 gestações, sendo que sua primeira gestação foi sem intercorrências e a sua segunda gestação com natimorto de 29 semanas por má formação. A paciente tinha diagnóstico prévio de anemia e DMG e seus medicamentos de uso prévio eram Sulfato ferroso 40 mg, 1 cápsula por dia. O parto em questão foi normal, iniciado no dia 27/11/2021, às 8:30 da manhã. Observou-se a dequitação completa da placenta e inserção velamentosa de cordão. Além disso, uma laceração em colo posterior com sangramento discretamente aumentado e uma laceração de 2º grau em fúrcula. Como tratamento, foi feito ocitocina 10 UI intramuscular, compressão da laceração que cessou o sangramento. Optou-se por não fazer a rafia da laceração em colo posterior. Realizou-se rafia com Catgut 0 da laceração de 2º grau em fúrcula. Foram utilizados: SF 0,9% EV + ocitocina 5UI e Ibuprofeno 600mg. Por fim, recebeu alta no dia 29/11/2021 junto do recém-nascido.

A quarta paciente tinha 22 anos, sem gestações anteriores. Seus diagnósticos prévios eram: pré-eclâmpsia, DMG, pré-eclâmpsia. E seus medicamentos de uso prévio eram: metildopa, lamotrigina e fluoxetina. O parto em questão foi normal, iniciando no dia 27/11/2021, às 11:00 da manhã. Observou-se a dequitação da placenta que evoluiu com hemorragia abundante no pós-parto. Realizou-se compressão uterina bimanual, além disso feito 10 UI de ocitocina IM e feito reposição volêmica com 500ml de SF com 4 ampolas de ocitocina. Feito 8 ampolas de Transamin e misoprolol 800mcg retal. E solicitação de bolsa de sangue O-. Além disso, foi feito a formação do globo de segurança de Pinard. Na revisão do trajeto foi encontrada laceração de 1º grau em pequenos lábios, realizado a rafia com Catgut cromado 3-0, e uma laceração de 1º grau em fúrcula, realizado a rafia com Catgut 3-0. Feito ainda no mesmo dia dexametasona 4mg IM, tramadol 100mg EV. Além disso, no dia seguinte, utilizou sulfato ferroso 40mg via oral (VO) e compressa fria no períneo 2x ao dia. Por fim, recebeu alta no dia 29/11/2021 junto do recém-nascido.

A quinta paciente tinha 28 anos, com histórico obstétrico de 3 gestações prévias e uma história de sangramento aumentado após parto normal há 8 anos. Seu único diagnóstico prévio era anemia hemolítica fetal por incompatibilidade de fator Rh e não tinha informações sobre seus medicamentos de uso prévio. O parto em questão foi cesariana, feito no dia 30/05/2021, às 16:40 da tarde. Às 18:00, a paciente, no pós operatório imediato, iniciou com sangramento, sendo feito, portanto, SF 0,9% 500ml com 2

ampolas de ocitocina EV, depois mais 500ml de SF 0,9%. Além disso, utilizou Tenoxicam 20mg 1 ampola e 1 ampola de Methergin IM. Além disso, utilizou Transamin 250mg e bolsa de gelo em região infra umbilical. E ringer lactato 1000ml. Por fim, recebeu alta no dia 01/06/2021 junto do recém-nascido.

A sexta paciente tinha 18 anos, em sua primeira gestação. Não havia informações sobre diagnósticos ou medicações em uso prévio. A paciente foi admitida com trabalho de parto espontâneo, evoluindo com parto normal às 20:00h do dia 01/10/2021. Na descrição do parto, após revisão do canal do parto e dequitação completa da placenta, consta um sangramento abundante por laceração de segundo grau no períneo, na vagina mediana e médio-lateral bilateral. No intra-operatório, foi realizada rafia da laceração com fio Catgut cromado 0 simples e 10 UI de ocitocina IM. No mesmo dia, foram administrados soro ringer-lactato 500ml EV, Ibuprofeno 50 mg VO de 8/8h, Dipirona 500mg VO, Methergin 1 ampola IM de 8/8h e Dramin B6 1 ampola EV de 8/8h, juntamente com compressa fria 3 vezes ao dia. No segundo e terceiro dias de pós-operatório (PO) foram feitos mais 500ml de SF 0,9% EV em cada dia. Nos demais dias de internação a paciente evoluiu sem queixas ou demais alterações. A paciente recebeu alta no dia 04/10/2021 junto do recém-nascido.

A sétima paciente tinha 23 anos, com um histórico obstétrico de uma gestação e um parto cesárea sem intercorrências. Ela possuía diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica e antes de descobrir a gestação ela fazia tratamento com Imatinibe e Hidroxiureia, porém esses medicamentos foram proscritos e a paciente seguiu utilizando somente sulfato ferroso. O parto da paciente aconteceu às 4:40 do dia 17/07/2021 e foi um parto normal que evoluiu imediatamente com um sangramento aumentado em decorrência de uma laceração de 2º grau em fúrcula. No intra-operatório, foi feita a rafia com catgut cromado e Catgut simples 0 da laceração e 500ml de SF 0,9 500ml e Ocitocina 10 UI EV. No mesmo dia a paciente também foi tratada com Ibuprofeno 600mg, Paracetamol, Misoprostol 25 mcg, Ocitocina 10 UI, Methergin 1 ampola e mais 500 ml de SF 0,9. No dia 19/07/2021 a paciente precisou de outra cirurgia para revisão de canal de parto. Foi realizado sutura de laceração de pequeno lábio esquerdo, 2 CH, Hidrocortisona 500mg, Misoprostol 200mcg, Methergin 1 ampola e 1 plasma fresco congelado. A paciente evoluiu bem e recebeu alta no dia 31/07/2021 junto com seu recém nascido.

A oitava paciente tinha 27 anos, com um histórico obstétrico de uma gestação prévia com parto normal sem intercorrências. Seu único diagnóstico prévio era placenta prévia centro total, porém sem informações de medicações de uso prévio. O parto em questão foi cesariana, com início no dia 15/10/2021, às 7:40. Evoluiu com sangramento intenso intraoperatório e, no dia 16/10/2021, evoluiu ,ainda, com Hemoglobina de 6,28. No dia 15/10/2021 foi utilizado 1 ampola de Methergin IM SOS. Já no dia 16/10/2021 foram utilizadas 2 unidades de CH EV e hidrocortisona 100mg EV. Por fim, recebeu alta no dia 19/10/2021 junto com seu recém nascido.

A nona paciente tinha 29 anos, com histórico obstétrico de 1 gestação prévia, cesariana sem intercorrências. Seus diagnósticos prévios eram DMG, placenta prévia centro total, acretismo placentário e feto córmico. Sem informações de seus medicamentos de uso prévio. O parto em questão foi cesariana, feito no dia 17/06/2021, sem informações sobre o horário. Observou-se sangramento ativo e intenso por ponto de acréscimo após retirada de cotilédone aderido. Os seguintes métodos foram realizados: pinçamento, secção e ligadura com cromado 01 dos ligamentos redondos, dissecação do folheto anterior do ligamento largo em direção a prega vesicouterina do peritônio, pinçamento, secção e ligadura dos ligamentos útero-ovários e tubas, dissecação do espaço vesicouterino, abaixamento vesical após secção dos pilares vesicais até a vagina, pinçamento, secção e ligadura dos vasos uterinos com

cromado 01 na altura do istmo uterino, pinçamento, secção e ligadura com cromado 1 dos ligamentos cardinais e útero-sacros, circuncisão vaginal com retirada da peça cirúrgica (útero), reparo dos ângulos vaginais com pinças de Kocher, fixação dos paramétrios aos ângulos vaginais com Catgut cromado 1, fechamento da cúpula vaginal com Catgut simples 0, revisão da hemostasia da parede vesical e cúpula vaginal e retirada de compressas da cavidade abdominal. Por fim, recebeu alta no dia 21/06/2021 junto com seu recém nascido.

## DISCUSSÃO

Calvert<sup>5</sup>, em uma revisão sistemática, encontrou uma prevalência estimada global de HPP é de 10,8%, enquanto que a de HPP grave foi de 2,8%. Com relação à HPP grave, Calvert<sup>5</sup> mostra que a África foi o país com a maior prevalência (5,1%), seguida pela América do Norte (4,3%). A estimativa é de que 3% das mulheres que têm parto na América do Sul, Europa e Oceania sofram HPP grave. A menor taxa de prevalência da forma grave dessa enfermidade está na Ásia (1,9%). Já de acordo com Kebede<sup>6</sup>, em estudo transversal de base institucional, a prevalência de HPP primária geral foi de 16,6%, o que, no entanto, supera as estimativas de prevalência de outros países como Japão, Índia, Uganda, Zimbábue e Etiópia, que apresentaram, respectivamente, 13%, 3,3%, 9%, 1,6% e 5,8% de taxa de prevalência. O presente trabalho encontrou uma prevalência de HPP na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás de 1,69% no ano de 2021, prevalência essa que se mostrou menor que a média da literatura mundial.

Oyelese<sup>7</sup>, em uma revisão sistemática de diferentes regiões do mundo, mostrou uma prevalência geral de HPP (definida como perda de sangue maior que 500 mL) de 6,09%. No entanto, quando a perda de sangue foi medida objetivamente, a taxa praticamente dobrou, passando a ser de 10,6%. Calvert<sup>5</sup> também encontrou que, em estudos que usaram métodos com medição subjetiva, levaram a estimativas mais baixas de prevalência. A prevalência encontrada em nosso trabalho, de 1,69%, não distingue casos graves de leves de HPP, não havendo, também, um critério diagnóstico da perda sanguínea descrito nos prontuários analisados (se  $\geq 500\text{ml}$  ou  $\geq 1000\text{ml}$ ), nem uma descrição de como foi avaliado a perda sanguínea durante os partos, o que dificulta a análise dos dados, porém a prevalência encontrada em nosso estudo se assemelha mais ao que evidencia a literatura sobre a prevalência de HPP grave.

Quando se analisa a relação da idade com a HPP, Kebede<sup>6</sup> mostra que a média de idade das pacientes foi de 27,44 anos, com idades entre 18 e 40 anos, sendo que 83,9% das pacientes apresentavam idades entre 20 e 34 anos. Em nosso trabalho, encontramos uma média de idade das pacientes de 26,11 anos, sendo que essas idades variaram entre 18 e 31 anos, o que se mostra semelhante à média da literatura.

Em relação ao histórico obstétrico das pacientes, Kebede<sup>6</sup> mostra que 23,7% das pacientes com HPP eram grandes múltiparas, sendo que 9,7% tiveram HPP e 7,1% tinham histórico de natimorto em gestações anteriores. Nosso estudo mostra que a média de gestações das pacientes com HPP foi de 2,55 gestações, variando de uma a 5 gestações. Sobre intercorrências nas gestações anteriores, nosso trabalho evidenciou que uma paciente (11,11%) apresentou histórico de HPP em gestação anterior, uma paciente (11,11%) teve gestação anterior com natimorto de 29 semanas e 2 pacientes eram grandes múltiparas (22,22%). Essas intercorrências das pacientes em gestações anteriores se assemelham ao que evidencia a literatura, ou seja, maior ocorrência de HPP e natimorto em gestações anteriores de pacientes que apresentam HPP na gestação atual.

Kebede<sup>6</sup> mostra que 38,2% das mulheres com HPP tiveram pré-eclâmpsia e 23,5% tiveram hemor-

ragia anteparto na gestação atual. Em nosso trabalho, 2 pacientes (22,22%) apresentaram na gestação atual pré-eclâmpsia, 4 pacientes (44,44%) apresentaram DMG, uma paciente (11,11%) apresentou hipotireoidismo, uma paciente (11,11%) apresentou Doença de Chagas, uma paciente (11,11%) apresentou TVP, uma paciente (11,11%) apresentou doença hemolítica por incompatibilidade do fator Rh, uma paciente (11,11%) apresentou leucemia mielóide crônica, duas pacientes (22,22%) apresentaram placenta prévia centro total e uma paciente (11,11%) apresentou feto córmico. Tal presença de grande variedade de diagnósticos prévios em nosso trabalho, quando comparado à literatura, se deve ao fato de a maternidade do Hospital das Clínicas da UFG ser uma unidade de saúde terciária especializada no atendimento de condições graves, como gestações de alto risco.

Com relação ao tipo de parto, Kebede<sup>6</sup> mostra que o parto normal estava presente em 81,8% dos casos de HPP. Ainda sobre isso, a literatura evidenciou que a probabilidade de se ter HPP aumentou em pacientes que tiveram parto vaginal instrumental. Nosso trabalho mostra que 5 pacientes (55,55%) tiveram parto normal e 4 pacientes (44,45%) tiveram parto cesáreo, o que está de acordo com a literatura, com uma maior ocorrência de HPP em partos normais, porém em uma porcentagem menor, provavelmente devido ao nosso reduzido espaço amostral.

De acordo com Teixeira et. al.<sup>8</sup>, um estudo transversal quantitativo em uma maternidade Salvador, Bahia, Brasil, a mortalidade materna por HPP em 2015 foi de 12 casos em 100.000 nascidos vivos em países desenvolvidos, já nos países em desenvolvimento os óbitos chegam a 239 em 100.000 nascidos vivos. Ainda segundo o autor, na grande maioria dos países desenvolvidos a taxa de mortalidade é de menos de 1%. Em nosso estudo não foi encontrado óbito materno por HPP, o que pode estar relacionado com a capacidade do serviço no manejo de casos graves e com o espaço amostral limitado.

Quanto a etiologia da HPP, Teixeira et. al.<sup>8</sup> mostrou que, das HPP encontradas, 66,32% tiveram causa atribuída à atonia, 27,97% tiveram causa atribuída à laceração ou trauma e 3,10% em decorrência de distúrbios de coagulação. Kebede<sup>18</sup> revelou que a causa mais comum foi útero atônico (71,4%) seguido de trauma genital (14,3%) e retenção de placenta (14,3%). A epidemiologia da HPP nos Estados Unidos, de acordo com Bateman<sup>9</sup>, mostrou que, dos casos HPP, em 79% a atonia uterina estava presente, e em 9,5% havia algum distúrbio placentário. Em nosso trabalho, encontramos como etiologias da HPP 5 casos por laceração (55,55%), 2 causados por placenta prévia (22,22%), 1 associado com atonia e anticoagulação (11,11%) e 1 sem causa definida (11,11%), o que se mostra diferente do que há disponível na literatura sobre etiologias da HPP, provavelmente devido ao reduzido espaço amostral.

Nosso estudo apresenta algumas limitações como um pequeno espaço amostral e a ausência de descrição, nos prontuários, de como foi feita a mensuração da perda sanguínea na HPP, o que dificulta a comparação dos dados.

Enfatizamos a necessidade de mais estudos sobre prevalência de HPP no Brasil devido a carência desses dados na literatura. Recomendamos, para estudos futuros, que os pesquisadores usem métodos objetivos para medir a perda de sangue, em oposição à estimativa visual, pois o uso de métodos não objetivos pode subestimar a perda de sangue devido à medição imprecisa, subestimando, consequentemente, a prevalência da HPP. É válido desenvolver mais estudos avaliando o impacto do diagnóstico precoce e da atuação de unidades de equipe habilitadas na prevalência da HPP.

## CONCLUSÃO

Nosso estudo encontrou 9 casos de HPP dentre as 532 pacientes estudadas, nos dando uma prevalência de 1,69%. Dos tipos de parto, 5 foram normais (55,55%) e 4 foram cesáreos (44,44%). A maior causa (etiologia) de HPP foi laceração vaginal, representada por 5 dos 9 casos (55,55%), seguido de placenta prévia com 2 casos (22,22%), atonia uterina e anticoagulação prévia (11,11%) e causa indefinida (11,11%). Todas as pacientes com HPP sobreviveram. Um recém-nascido veio a óbito (má formação congênita), já os demais apresentaram alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Silva FL, Russo J, Nucci M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. Horizontes Antropológicos [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Jul 15];27(59):245–65.
2. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. Longo DL, editor. New England Journal of Medicine. 2021 Apr 29;384(17):1635–45.
3. Li YT, Chang WH, Wang PH. Postpartum hemorrhage. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Jun 16];61(1):5–7.
4. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Jul 31].
5. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying Regional Variation in the Prevalence of Postpartum Haemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hernandez AV, editor. PLoS ONE. 2012 Jul 23;7(7):e41114.
6. Kebede BA, Abdo RA, Anshebo AA, Gebremariam BM. Prevalence and predictors of primary postpartum hemorrhage: An implication for designing effective intervention at selected hospitals, Southern Ethiopia. Mastroli SA, editor. PLOS ONE. 2019 Oct 31;14(10):e0224579.
7. Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2010 Mar;53(1):147–56.
8. Teixeira D, Couto TM, Martins RD, Teixeira JRB, Pires JA, Santos G de O. Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in a Maternity Ward. Aquichan. 2021 Jul 7;21(2):1–13.
9. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The Epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a Large, Nationwide Sample of Deliveries. Anesthesia & Analgesia. 2010 May;110(5):1368–73.

RUI GILBERTO FERREIRA - <http://lattes.cnpq.br/3863770221302482> - <https://orcid.org/0000-0003-3213-9819>

GUSTAVO MEDEIROS ANDRADE - <http://lattes.cnpq.br/6255654516394582> - <https://orcid.org/0000-0002-8560-1731>

JOÃO VINÍCIUS GALLIÊTA DE CARVALHO - <http://lattes.cnpq.br/4905407596164538> - <https://orcid.org/0000-0003-4729-7668>

MARCONI DE PAIVA MANZI FILHO - <http://lattes.cnpq.br/2330668941267979> - <https://orcid.org/0000-0001-9720-8278>

## ENDEREÇO

RUI GILBERTO FERREIRA

Rua Corumbaíba, Quadra - V 02, Lote 02, Residencial Goiás, Alphaville - CEP: 74 884 565, Goiânia – GO

Email: dr.ruigilberto@gmail.com

Revisão Bibliotecária - Romulo Arantes

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Recebido: 24/01/24. Aceito: : 02/04/24. Publicado em: 26/04/24.