



Indicadores de Segurança do Paciente – Gineco-Obstetrícia

Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal	Título
Projeto de Indicadores para Maternidades - Women's Hospitals Australasia – Austrália; Danish National Indicator Project.	Fonte
Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal.	Definição
Resultado	Nível Informação
Efetividade; segurança	Dimensão da Qualidade
Número de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal. Inclusões: Todas as mulheres que têm parto vaginal, independente da paridade. Exclusões: Partos cesáreos.	Numerador
Número de mulheres que têm parto vaginal. Inclusões: Todas as mulheres que têm parto vaginal, independente da paridade. Exclusões: Partos cesáreos.	Denominador
HPP primária é definida classicamente como perda de sangue pelo trato genital de 500 ml ou mais nas primeiras 24 horas após o parto. HPP secundária é a perda de sangue que ocorre entre 24 horas e 12 semanas após o parto (Alexander et al, 2002). HPP grave é definida como uma perda de sangue ≥ 1000 ml ou como perda de sangue suficiente para causar instabilidade/comprometimento hemodinâmico (Anderson et al, 2000).	Definição de Termos
A hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação com risco de vida que ocorre em aproximadamente 3-5% dos partos vaginais e, dessa forma, continua a ser uma das principais causas de morbidade e	Racionalidade



mortalidade materna (Warkus et al, 2005). A HPP primária é definida classicamente como perda de sangue pelo trato genital de 500 ml ou mais nas primeiras 24 horas após o parto. Esta definição tem pouco uso prático, pois raramente é possível quantificar a perda de sangue, e a hemorragia média tem entre 500 e 600 ml (Harrison e Park-Kivell, 1998). Portanto, a maioria dos médicos considera que uma perda de sangue entre 500 e 600 ml está dentro dos limites fisiológicos. A HPP secundária é a perda de sangue que ocorre entre 24 horas e 12 semanas após o parto (Alexander et al, 2002).

Perda de sangue ≥ 1000 ml é uma definição mais útil, pois isto corresponde ao percentil 95 da perda de sangue associada ao parto vaginal espontâneo. A HPP grave é definida como uma perda de sangue ≥ 1000 ml ou como perda de sangue suficiente para causar instabilidade/comprometimento hemodinâmico (Anderson et al, 2000). Os relatos deste nível de perda de sangue são bastante esparsos na literatura, mas foi informada uma incidência de 1-2% em todos os nascimentos (Rizvi et al, 1996). Num fórum recente sobre HPP realizado pela *Women's Hospitals Australasia* (WHA) houve uma concordância geral quanto ao fato de que as estimativas atuais de perda de sangue são significativamente variáveis e frequentemente imprecisas, como demonstrado em várias auditorias hospitalares. O fórum chegou a um consenso sobre as seguintes definições de perda de sangue com o propósito de gerar referenciais de excelência e recomendou que o termo subjetivo HPP deixe de ser utilizado:

Categoria A: perda de sangue < 500 ml;

Categoria B: perda de sangue de 500 a 1499 ml;

Categoria C: perda de sangue ≥ 1.500 ml (WHA, 2005).

Um estudo realizado em 2003 demonstrou que parteiras e outros profissionais da saúde frequentemente erravam em 30 a 50% suas estimativas sobre a perda de sangue materna durante o parto (Glover, 2003). A subestimação da perda de sangue também pode ser exacerbada caso a hemorragia esteja oculta (NSW Dept. of Health Policy PD2005-264).

Algumas das consequências da perda de sangue significativa são:

- Anemia;
- Transfusão de sangue e seus riscos associados, como exposição a produtos do sangue;
- Coma;
- Coagulação intravascular disseminada (CID);
- Morte materna e/ou fetal;
- Dificuldades na amamentação;
- Choque hipovolêmico;
- Histerectomia;



- Maior tempo de internação;
- Outras coagulopatias; e
- Insuficiência renal.

A perda de sangue ≥ 1000 ml está associada a uma morbidade materna considerável e a uma mortalidade materna baixa, porém consistente.

Infelizmente, a mortalidade materna não tem caído de maneira substancial nos últimos 10 anos, e a hemorragia pós-parto ainda é uma causa comum de morte materna no mundo desenvolvido e em desenvolvimento (Geller et al, 2006; Warkus et al, 2005). Alguns dos fatores de risco para hemorragia pós-parto são: pré-eclâmpsia, nuliparidade, gestação múltipla, cesárea prévia, HPP prévia, trabalho de parto prolongado, obstrução do trabalho de parto, placenta retida, episiotomia, parto assistido por instrumentos (vácuo ou fórceps) e lacerações do cérvix uterino, vagina ou períneo (Anderson et al, 2000).

Infelizmente, uma proporção considerável de mulheres irá sofrer complicações intra-parto que causam hemorragia grave (McLintock, 2005); por isso, é fundamental que as organizações assegurem uma equipe de parto bem treinada na prevenção, reconhecimento e tratamento da HPP. O treinamento deve incluir a familiaridade com diretrizes de multidisciplinaridade (Ferrazzani et al, 2005 e Rizvi, 2004).

No período pós-parto imediato, a HPP pode causar morbidade materna considerável. Isto inclui anemia ferropriva, falha ou atraso na lactação, necrose hipofisária, choque, exposição a produtos do sangue, choque e hipotensão hemorrágicos, coagulopatia, necrose tubular aguda, coma e necessidade de intervenções cirúrgicas (inclusive histerectomia), assim como internação prolongada (Anderson et al 2000). Há poucos dados disponíveis sobre os efeitos da HPP na saúde física e emocional da mulher durante o período de recuperação pós-parto e depois dele.

Mulheres que têm uma experiência de parto traumática podem desenvolver transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (Reynolds 1997; Ayers e Pickering, 2001). Relatos de caso indicam que um parto traumático também pode afetar a capacidade de amamentação da mulher, o vínculo com seu filho e o retorno à atividade sexual (Reynolds, 1997).

Um dos fatores que mais contribuem para as taxas de morbidade e mortalidade associadas à HPP é a correção tardia e inadequada da hipovolemia (NSW DoH, Policy PD2005-264). Dessa forma, o monitoramento da perda de sangue de importância clínica se torna um importante fator para assegurar o bem-estar materno durante o parto e a prevenção da morbidade e mortalidade materna associada a este nível de perda de sangue.

Benefícios esperados com a implementação do indicador: Aumentar a importância da revisão regular de diretrizes e práticas na prevenção e conduta diante da grande perda de sangue; Melhorar a compreensão sobre a importância de se estimar precisa e consistentemente a perda de sangue; Conduta mais rápida diante da suspeita de uma grande perda de



sangue; Melhorar os desfechos de saúde maternos; Benefícios físicos para o sistema de saúde, pela prevenção de comorbidades associadas e redução do tempo de internação; Reduzir o risco de danos à saúde física e emocional da mãe e de atraso no vínculo mãe-bebê e na amamentação.	
	Ajuste de Risco
	Estratificação
<p>Este indicador mensura a taxa de perda de sangue ≥ 1000 ml e sua relação com o bem-estar materno e fetal nas primeiras 24 horas após um parto vaginal. Oferece às maternidades um indicador para a perda de sangue grave que possa incentivar a investigação de estratégias de classificação de riscos e diretrizes clínicas para o processo de parto. Se as taxas forem consideravelmente mais altas que as de hospitais de mesmo perfil a nível nacional, os clínicos podem ser incentivados a rever a triagem de mulheres, para identificar melhor os fatores de risco, e as práticas de conduta durante o parto, assegurando assim que a perda de sangue seja identificada e tratada rapidamente, ou ao menos minimizada com ações apropriadas. Também estimula o interesse em taxas comparativas de grandes perdas de sangue e suas tendências, e incentiva os clínicos e pesquisadores a investigarem as estratégias de prevenção e conduta usadas nos hospitais com taxas significativamente baixas.</p> <p>Pode ocorrer subestimação e/ou superestimação da perda de sangue; a tendência de registrar <1000 ml mesmo que a estimativa tenha sido ao redor de 1000 ml ou um pouco mais, para excluir o caso do numerador; a especificidade pode ser um problema, pois algumas mulheres apresentam comprometimento hemodinâmico sem chegarem a uma perda de sangue de 1000 ml, enquanto outras perdem um volume muito maior de sangue e parecem clinicamente normais.</p>	Interpretação
Prontuários dos pacientes; Banco de dados nacional sobre nascimentos	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. Alexander. J., Thomas P. and Sanghera, J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858.CD002867.2. Anderson J., Etches, D., and Smith, D. Postpartum haemorrhage: Third stage emergency, Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Course Syllabus, Chpt J, 4th Ed. American Academy of Family Physicians, Kansas. 2000.3. Ayers, S. and Pickering, A.D. Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence, Birth, 2001 Vol. 28, pp: 111-118.4. Ferrazzani, S., Guarigla, L., Draisci, G., Sorrentino, L., De Stefano, V., D'Onofrio, G. and Caruso, A. Postpartum haemorrhage, Minerva	Bibliografia



- Gynecological, Vol. 57(2), pp: 111-129, 2005 Apr.
5. Geller, S E., Adams, M. G., Kelly, P. J., Kodkany, B. S. and Derman, R. J. Postpartum haemorrhage in resource-poor settings, *Int. J Gynaecol Obstet* 2006 Mar; Vol. 92(3):202-211. Epub 2006 Jan 19.
6. Glover, P. Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? *Aust J Midwifery*, 2003 Vol. 16(2), pp: 21-24.
7. Harrison, K. and Parke-Kivell, R. Management of postpartum haemorrhage, *Prescriber Update*, 1998 No. 16 pp: 4-9.
8. McIntock, C. Postpartum haemorrhage, *Thromb Res.*, 2005 Feb.; Vol. 115, Suppl. 1, pp: 65-68.
9. NSW Department of Health Policy Directive: Postpartum haemorrhage (PPH) – the framework for prevention, early recognition and management; PD2005_264.
10. Reynolds, J.L. Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth, *Can Med Assoc J*, 1997 Vol. 156, pp: 831-835.
11. Rizvi, K., Chua, S., Arulkumaran, S., Ratnam S.S.A. Comparison between visual estimation and laboratory determination of blood loss during the third stage of labour; *Aust. NZ Journal Obstet Gynaecol* 1996, Vol. 36, pp: 152-154.
12. Warkus, T., Denys, A., Hohfield, P. and Gerber, S. Management of postpartum haemorrhage, *Rev Med Suisse*, 2005 Nov 9. 1(40): 2600-4.
13. Warkus, T., Denys, A., Hohfield, P. and Gerber, S. Management of postpartum haemorrhage, *Rev Med Suisse*, 2005 Nov 9. 1(40): 2600-4.
14. Women's Hospitals Australasia. Supporting Excellence in Maternity Care: The Core Maternity Indicators Project. [online]. Published by Women's Hospitals Australasia. Australian; January 2007. Disponível em:
[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/\\$File/CMI-Report-Jan2007.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/$File/CMI-Report-Jan2007.PDF).
15. Kesmodel US, Jalving LR. Measuring and improving quality in obstetrics - The implementation of national indicators in Denmark. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2011. 90(4):295-304