



## Indicadores de Segurança do Paciente – Gineco-Obstetrícia

Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue $\geq 1000$ 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 $\geq 1000$ 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 $\geq 1000$ ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal. <b>Inclusões:</b> Todas as mulheres que têm parto vaginal, independente da paridade. <b>Exclusões:</b> Partos cesáreos.	Numerador
Número de mulheres que têm parto vaginal. <b>Inclusões:</b> Todas as mulheres que têm parto vaginal, independente da paridade. <b>Exclusões:</b> 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 $\geq 1000$ 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  $\geq 1000$  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  $\geq 1000$  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  $\geq 1.500$  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  $\geq 1000$  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 <math>\geq 1000</math> 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 <math>&lt;1000</math> 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"><li>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.</li><li>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.</li><li>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.</li><li>4. Ferrazzani, S., Guarigla, L., Draisci, G., Sorrentino, L., De Stefano, V., D'Onofrio, G. and Caruso, A. Postpartum haemorrhage, Minerva</li></ol>	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