

O terceiro estágio do trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Componentes da assistência durante o terceiro estágio
 - 2.1 Uso profilático rotineiro de ocitócicos
 - 2.2 Comparações de diferentes ocitócicos
 - 2.3 Clampeamento e secção do cordão umbilical
 - 2.4 Tração controlada do cordão
 - 2.5 Injeção venosa intra-umbilical
 - 2.6 Estimulação da papila
- 3 Conduta ativa *versus* conduta expectante no terceiro estágio
- 4 Complicações do terceiro estágio
 - 4.1 Hemorragia pós-parto
 - 4.2 Placenta retida
 - 4.3 Inversão do útero
- 5 Conclusões

1 Introdução

Após a experiência culminante de dar à luz um bebê, o desprendimento da placenta (o terceiro estágio do trabalho de parto) pode parecer inofensivo e até monótono. Entretanto, esse período é de grande risco. A hemorragia pós-parto ainda é uma causa importante de morbidade e mortalidade maternas, particularmente nos países em desenvolvimento. A placenta retida pode exigir remoção manual; a inversão do útero é uma complicação rara, mas amedrontadora e com risco de vida. Os efeitos da assistência durante esse período podem ter importantes conseqüências. O objetivo do tratamento durante o terceiro estágio deve ser minimizar efeitos adversos graves, como perda de sangue e retenção da placenta, e interferir o mínimo possível com os processos fisiológicos e o relacionamento entre a mãe e o bebê.

A assistência de rotina ou profilática durante o terceiro estágio envolve diversas escolhas. A primeira é entre adotar uma conduta “expectante” (fisiológica) e apenas tratar as complicações quando ocorrerem ou seguir uma conduta de antecipação, mais ativa, utilizando um ou mais dos componentes da “conduta ativa”.

A conduta expectante envolve a espera vigilante, sem uso de medicamentos profiláticos, tração do cordão ou pressão do fundo. O esforço materno auxiliado pela gravidade é suficiente para o desprendimento da placenta, e o cordão umbilical é

clampeado e seccionado após a expulsão da placenta. Os componentes da “conduta ativa” incluem: uso profilático de drogas ocitócicas (ocitocina e/ou ergometrina ou prostaglandinas); clampeamento e secção precoces do cordão umbilical; e tração controlada do cordão para desprendimento da placenta. Alguns profissionais também podem pressionar o fundo do útero.

Na prática, as duas condutas nem sempre são tão diferentes como pode parecer à primeira vista. Aqueles que adotam uma conduta ativa podem diferir entre si nos componentes usados, assim como aqueles que adotam uma conduta basicamente expectante. Em virtude dessa superposição, a avaliação desses pacotes de assistência é difícil, e nem sempre é fácil interpretar os resultados.

2 Componentes da assistência durante o terceiro estágio

2.1 Uso profilático rotineiro de ocitócicos

Embora poucos discutam a contribuição dos ocitócicos no *tratamento* da hemorragia pós-parto, a administração profilática rotineira desses medicamentos para reduzir o risco de hemorragia pós-parto não foi aceita de forma tão universal.

Diversos estudos, incluindo mais de 8.500 mulheres, compararam as que receberam e as que não receberam preparações ocitócicas profiláticas (geralmente associadas a outros componentes variáveis do tratamento ativo). Os dados disponíveis sugerem que a administração rotineira de ocitócicos reduz pela metade o risco de hemorragia pós-parto e reduz em 70% o uso terapêutico de ocitócicos.

O efeito dos ocitócicos profiláticos sobre a retenção da placenta ainda não está claro. Há sugestões de que a administração rotineira de ocitócicos aumenta o risco de retenção da placenta, mas esse achado pode refletir a descrição seletiva de dados de resultado, ou podem ser casuais.

Menos da metade dos estudos forneceu informações sobre a hipertensão como potencial efeito colateral do uso de ocitócicos; aqueles que o fizeram mostraram efeito hipertensivo estatisticamente significativo dos ocitócicos. Dados mais gerais sobre a pressão arterial de outros estudos também sugerem que o uso profilático de ocitócicos, particularmente a ergometrina, causa aumento da pressão arterial.

A vantagem dos ocitócicos profiláticos em termos de redução do risco de hemorragia pós-parto deve ser avaliada levando-se em conta a morbidade rara, mas grave, que algumas vezes foi associada à sua administração. As mortes maternas por parada cardíaca e hemorragia intracerebral foram atribuídas à ergometrina, assim como casos não-fatais de parada cardíaca, infarto do miocárdio, eclâmpsia pós-parto e edema pulmonar. A morbidade grave relacionada ao uso profilático de ocitocina é muito menor que com a ergometrina. Como esses eventos são muito raros, os estudos randômicos disponíveis não podem oferecer estimativas significativas do grau com que eles podem ser atribuídos à administração de ocitócicos. Outras conseqüências adversas raras da administração rotineira de ocitócico incluem asfixia intra-uterina de um segundo gêmeo não-diagnosticado.

Teoricamente, estudos randomizados devem ser capazes de fornecer informações úteis sobre efeitos adversos mais comuns, embora menos graves, como náuseas e vômitos, e cefaléias. Infelizmente, os estudos fornecem poucas informações úteis sobre esses efeitos. Além de registrar efeitos hipertensivos, houve poucas tentativas sistemáticas de quantificar os efeitos colaterais do uso de ocitócicos. A ergometrina reduz os níveis séricos de prolactina, mas poucos estudos investigaram se interfere ou não com a amamentação. Os dois estudos nos quais isso foi examinado não constataram diferença relativa à amamentação no momento da alta hospitalar.

As prostaglandinas também exercem grande efeito na estimulação das contrações uterinas. As preparações injetáveis estão bem estabelecidas no tratamento de hemorragia pós-parto grave ou intratável. Entretanto, seu papel na profilaxia durante o terceiro estágio é menos claro. São dispendiosas, e seria necessário que fossem muito melhores que os ocitócicos para serem uma alternativa vantajosa. Um pequeno estudo comparou o uso intramuscular de prostaglandina com o uso de placebo. Esse estudo sugere que as prostaglandinas podem reduzir o risco de hemorragia pós-parto e a necessidade de ocitócicos terapêuticos, mas os dados são insuficientes para quaisquer conclusões definitivas. As preparações orais são mais promissoras, e são discutidas adiante.

2.2 Comparações de diferentes ocitócicos

Com base nos estudos em que a ocitocina foi comparada aos alcalóides do esporão do centeio, geralmente a ergometrina, o uso de ocitocina foi associado a uma tendência de menor hemorragia pós-parto, menor demora no desprendimento da placenta e menos aumentos da pressão arterial, embora nenhuma dessas diferenças tenha atingido significado estatístico.

A sintometrina (uma associação entre ergometrina e ocitocina projetada para tirar vantagem do início mais rápido do efeito da ocitocina e do efeito mais prolongado da ergometrina) tem um efeito sobre a freqüência de hemorragia pós-parto semelhante ao dos alcalóides do esporão do centeio usados isoladamente. Parece um pouco menos provável que a sintometrina esteja associada a prolongamento do terceiro estágio do que os alcalóides do esporão do centeio. Apenas um pequeno estudo considerou os efeitos sobre a pressão arterial, com dados insuficientes para se chegar a quaisquer conclusões definitivas.

A sintometrina reduz em 20% o risco de hemorragia pós-parto em comparação com a ocitocina isolada. Isso foi demonstrado por seis estudos, envolvendo mais de 10.000 mulheres. Não houve diferença aparente entre as duas drogas na necessidade de remoção manual da placenta ou de transfusão sanguínea. Apenas metade dos estudos relatou efeitos colaterais, mas, naqueles que o fizeram, a sintometrina foi associada a um risco muito maior de vômito e elevação da pressão arterial. Essas desvantagens podem ter sido exageradas por relatos seletivos. Os poucos estudos que descrevem os índices de Apgar, icterícia neonatal e amamentação no momento da alta hospitalar não sugeriram diferença desses resultados entre os dois agentes.

Seis estudos com 1.200 mulheres compararam as prostaglandinas (intramusculares ou retais) aos ocitócicos. Devido à raridade do resultado, esses estudos foram pequenos demais para avaliar se as prostaglandinas são melhores ou piores que os ocitócicos para minimizar o risco de hemorragia pós-parto, mas sugerem que as prostaglandinas intravenosas podem ter mais efeitos colaterais, como vômito, dor abdominal e diarreia. Como as prostaglandinas injetáveis também são dispendiosas, parece não haver motivo para a realização de outros estudos, particularmente nos países em desenvolvimento. Entretanto, o misoprostol, um análogo da prostaglandina, parece mais promissor. Tem as vantagens de ter baixo custo, e pode ser usado por via oral ou retal. Outro possível benefício para os países em desenvolvimento é que, ao contrário dos ocitócicos, ele é estável em temperatura ambiente nos climas tropicais. O misoprostol está sendo avaliado em diversos estudos em curso, e o maior deles é uma comparação com a ocitocina. Os resultados desses estudos indicarão se o misoprostol tem quaisquer vantagens importantes em relação aos ocitócicos, mas até que esses estudos estejam completos não se pode recomendar o misoprostol para uso clínico.

2.3 Clampeamento e secção do cordão umbilical

O manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto geralmente leva a clampeamento e secção do cordão umbilical

relativamente cedo, antes do início da tração controlada do cordão. A antecipação do equilíbrio fisiológico do volume sanguíneo na unidade fetoplacentária dessa forma pode predispor a retenção da placenta, hemorragia pós-parto, transfusão fetomaterna e diversos efeitos indesejados no recém-nascido, em particular a angústia respiratória. O clampeamento tardio do cordão resulta em transfusão placentária para o bebê, que pode chegar a 20% a 50% do volume sanguíneo do bebê, dependendo do momento em que o cordão é clampeado, do nível em que o bebê é mantido antes do clampeamento, e se foram ou não administrados ocitócicos.

Vários estudos compararam diferentes momentos para clampeamento do cordão. Entretanto, é difícil interpretá-los, pois utilizaram definições variadas de “inicial” e “tardio”, relataram diferentes resultados, e alguns deles eram metodologicamente fracos. O clampeamento do cordão mais cedo causa maiores volumes sanguíneos placentários residuais e placentas mais pesadas, mas essas observações não têm relevância clínica. Os estudos são pequenos demais para se chegar a quaisquer conclusões fidedignas sobre os possíveis efeitos do momento de clampeamento do cordão sobre a frequência de hemorragia pós-parto.

O clampeamento precoce do cordão resulta em menores níveis de hemoglobina e hematócrito no recém-nascido, mas esses efeitos são mínimos com 6 semanas de idade e indetectáveis aos 6 meses de vida. Os níveis de bilirrubina neonatal são menores nos bebês após clampeamento precoce do cordão. Isso parece refletir-se em maior incidência de icterícia clínica após clampeamento tardio, mas essa diferença não é estatisticamente significativa.

Essa questão tem interesse especial na assistência de bebês pré-termo, quando o clampeamento precoce frequentemente é realizado para facilitar a ressuscitação. As considerações teóricas sugerem que uma demora de apenas 30 segundos pode ter importantes benefícios clínicos para esses bebês. Essa sugestão é apoiada por resultados de três pequenos estudos.

Permitir o sangramento da extremidade placentária do cordão reduz o risco de transfusão fetomaterna, o que pode ser importante em relação à isoimunização do grupo sanguíneo.

2.4 Tração controlada do cordão

A tração controlada do cordão envolve tração do cordão enquanto se mantém contrapressão ascendente sobre o segmento inferior do útero colocando a mão sobre a parte inferior do abdome. Foram realizados dois estudos nos quais a tração controlada do cordão foi comparada a condutas menos ativas, uma das quais algumas vezes exigia o uso de pressão sobre o fun-

do. A tração controlada do cordão foi associada a uma menor perda média de sangue e a um terceiro estágio mais curto, porém os estudos não fornecem dados suficientes para que se chegue a conclusões definitivas sobre seus efeitos na hemorragia pós-parto ou na remoção manual da placenta. Um dos pesquisadores observou ruptura do cordão umbilical em 3% das mulheres tratadas com tração controlada do cordão, e também que as mulheres eram mais propensas a considerar a pressão do fundo desconfortável.

2.5 Injeção venosa intra-umbilical

A injeção de ocitocina na veia umbilical no momento do clampeamento do cordão, ou logo após, foi sugerida como forma de estimular a separação da placenta, acelerando assim o desprendimento da placenta e reduzindo a hemorragia pós-parto. A teoria afirma que a ocitocina estimula a contração do músculo uterino, e/ou o aumento do volume sanguíneo na placenta estimula a dequitação da parede uterina. Os poucos estudos que avaliam a injeção intra-umbilical de ocitocina ou solução salina foram pequenos demais para avaliar os efeitos dessas intervenções sobre resultados clinicamente importantes.

A injeção venosa intra-umbilical de ocitocina também foi comparada à ocitocina intramuscular, mas novamente esses estudos são pequenos demais para quaisquer conclusões definitivas.

2.6 Estimulação da papila

A sucção imediata após o parto para estimular a contração uterina foi utilizada durante muitos anos, e pode ser empregada associada a vários componentes de conduta ativa, ou como parte da conduta expectante. A estimulação da papila dessa forma pode aumentar a liberação de ocitocina, que pode então estimular as contrações uterinas, incentivando o descolamento da placenta e reduzindo a hemorragia pós-parto. Um estudo randomizado da política de incentivo à sucção precoce em partos realizados por parteiras tradicionais não demonstrou qualquer redução da hemorragia pós-parto. Outras condutas incluem estimulação manual da papila pela mulher e o uso de bombas de extração de leite. Essas estratégias simples para reduzir os riscos do terceiro estágio do trabalho de parto merecem avaliação adicional, particularmente nos países em desenvolvimento.

3 Conduta ativa *versus* conduta expectante no terceiro estágio

Os efeitos de ocitócicos profiláticos, o clampeamento precoce do cordão e a tração controlada do cordão foram avaliados se-

paradamente nos estudos controlados em que se chegou às conclusões anteriores. Se esses três componentes forem interdependentes, como foi sugerido, as conclusões desses estudos devem ser analisadas com cuidado.

O tratamento ativo do terceiro estágio (incluindo todos os três elementos) também foi diretamente comparado a uma política de conduta expectante, ou fisiológica (que não inclui ocitócicos profiláticos, clampeamento do cordão após desprendimento da placenta e ausência de tração do cordão). Quatro entre cinco estudos que comparam a conduta ativa com a conduta expectante foram realizados em centros nos quais a conduta ativa era a prática normal. O quinto foi realizado em um ambiente no qual tanto a conduta expectante quanto a conduta ativa eram usadas regularmente.

Em todos esses estudos, a conduta ativa no terceiro estágio do trabalho de parto foi considerada associada a reduções importantes (mais de 50%) do risco de hemorragia pós-parto, baixos níveis de hemoglobina pós-parto e uso de transfusão sanguínea. Também foi associada a um terceiro estágio mais curto e a uma redução do uso de ocitócicos terapêuticos.

Foram observados alguns efeitos adversos. O tratamento ativo resulta em aumento de náuseas e vômitos, cefaléia e hipertensão pós-parto. Em geral, a remoção manual da placenta foi mais freqüente com a conduta ativa, mas esse efeito não foi estatisticamente significativo e não foi observado em todos os estudos. Não houve efeito óbvio sobre o risco de retenção subsequente com necessidade de remoção cirúrgica. Houve menor tendência a icterícia e a internações no berçário de cuidados especiais após conduta ativa, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas, e esses resultados não foram descritos em todos os estudos. Não foram detectados efeitos sobre o índice de Apgar em 5 minutos. Nos dois estudos que avaliaram a amamentação, não houve diferenças na alta hospitalar, ou seis semanas depois.

Quando se avaliam as opiniões maternas, a maioria parece preferir a conduta ativa.

4 Complicações do terceiro estágio

4.1 Hemorragia pós-parto

A assistência de uma mulher com hemorragia pós-parto depende de uma avaliação rápida, mas cuidadosa, da causa, e interrupção imediata da hemorragia antes de a situação tornar-se crítica. Se a causa da hemorragia for traumática, isso exigirá reparo cirúrgico; se for causada por atonia uterina, deve ser obtida contração do útero, assegurando-se que ele esteja vazio e bem contraído.

A ocitocina e a ergometrina foram as condutas de primeira linha tradicionais para produzir contração do útero quando a hemorragia é causada por atonia uterina. Também foram usadas prostaglandinas e análogos das prostaglandinas. Embora a eficácia das prostaglandinas e de seus análogos para interromper a hemorragia pós-parto causada por atonia uterina não tenha sido demonstrada em estudos controlados, seu efeito dramático quando todas as outras medidas falharam mostra que o uso dessas drogas é válido. A injeção de prostaglandinas no miométrio pode evitar a necessidade de tamponamento uterino, ligadura da artéria ilíaca interna, ou mesmo histerectomia. Foram descritos efeitos colaterais maternos graves após a injeção de prostaglandina intramiometrial. As vantagens devem ser avaliadas levando-se em consideração os riscos, e deve-se dar atenção especial às doses usadas. Mais recentemente, foi descrita a administração retal de uma grande dose de misoprostol (1.000 mg) para o tratamento da hemorragia pós-parto. Até agora, há poucas informações sobre sua eficácia.

4.2 Placenta retida

O tratamento convencional na retenção da placenta é a remoção manual após separar com o dedo a placenta da parede uterina, habitualmente sob anestesia geral, peridural ou subaracnóidea. Em lugares onde não seja possível realizar anestesia, a analgesia com injeção intravenosa de petidina e diazepam ou bloqueio paracervical foram sugeridos como opções.

Também foram propostos outros métodos para estimular o descolamento da placenta. Os dados disponíveis sugerem que a injeção de solução de ocitocina na veia umbilical reduz a necessidade de remoção manual da placenta, em comparação com a injeção de solução salina isolada ou a conduta expectante. Não parece afetar o risco de hemorragia pós-parto. Não foram descritos sinais de efeitos adversos da solução de ocitocina, embora a remoção manual após a ocitocina possa ser mais difícil que o habitual devido à firme contração do útero. Estudos também avaliaram o uso de solução salina isolada injetada no cordão; não foi constatado efeito sobre a incidência de remoção manual da placenta. Um estudo avaliou a injeção de uma solução de prostaglandina no cordão, mas foi muito pequeno para se chegar a quaisquer conclusões.

4.3 Inversão do útero

Atualmente, a inversão do útero é muito rara. Pode ocorrer em face de tração excessiva do cordão na presença de um útero relaxado, pressão vigorosa no fundo ou pressão intra-abdominal excessivamente alta causada por tosse ou vômito. A tra-

ção imprópria do cordão sem contrapressão para evitar desci-da do fundo algumas vezes resulta em inversão uterina. O tratamento envolve reversão imediata da inversão, freqüentemente facilitada por anestesia geral e/ou tocólise. A seguir, a hemorragia ou a retenção da placenta deve ser tratada da forma descrita anteriormente.

5 Conclusões

O uso rotineiro de ocitócicos no terceiro estágio do trabalho de parto diminuirá o risco de hemorragia pós-parto, quando comparado a outras técnicas (incluindo alguns componentes da conduta ativa) sem uso profilático de ocitócicos.

Os dados disponíveis não apóiam o uso profilático de prostaglandinas injetáveis ou de ergometrina isolada. O uso de Sintometrina (ergometrina + ocitocina) em vez de ocitocina (10 unidades) está associado a uma pequena (20%) redução do risco de hemorragia pós-parto, mas ao custo de aumento de hipertensão arterial e vômito. Provavelmente, é melhor evitar a administração profilática de sintometrina nas mulheres com hipertensão prévia ou pré-eclâmpsia. Caso contrário, a escolha do agente dependerá de um equilíbrio entre a avaliação do risco para a mulher, os valores vinculados a esses riscos concorrentes e as preferências pessoais da mulher.

Os análogos da prostaglandina orais, como o misoprostol, são promissores para a profilaxia durante o terceiro estágio, mas ainda não podem ser recomendados na prática clínica. Um grande estudo em curso atualmente está comparando o misoprostol à ocitocina.

Os dados disponíveis não revelam qualquer efeito do clampeamento precoce do cordão sobre a perda de sangue ou a hemorragia pós-parto. O clampeamento precoce do cordão deve ser evitado em mulheres Rh-negativas, exceto se for permitido que a extremidade placentária do cordão sangre livremente, porque aumenta o risco de transfusão fetomaterna. São necessárias mais informações sobre os efeitos do momento do clampeamento do cordão em fetos pré-termo. Estratégias simples como sucção precoce e estimulação da papila também merecem avaliação adicional.

Como um pacote, foi claramente demonstrado que o manejo ativo do terceiro estágio possui um efeito protetor sig-

nificativo contra a hemorragia pós-parto quando comparado aos componentes da conduta expectante. As implicações práticas dependem da importância relativa atribuída aos diferentes resultados avaliados, e das preferências pessoais da mulher. Em termos de hemorragia pós-parto, o manejo ativo é claramente melhor. Entretanto, dependendo da preparação de ocitócico usada, há aumento do risco de náusea, vômito e hipertensão. Nas situações em que a hemorragia pós-parto é particularmente perigosa, a conduta ativa tem vantagens que podem salvar a vida da paciente.

Além da ocitocina e da ergometrina, devem-se usar prostaglandinas ou um análogo das prostaglandinas (quando possível) para o tratamento da hemorragia pós-parto intratável grave. Ainda não foi estabelecido qual preparação, dose ou via de administração é mais eficaz.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Prendiville, W. and Elbourne, D., Care during the third stage of labour.

Biblioteca Cochrane

Carroli, G. and Bergel, E., Umbilical vein injection for management of retained placenta.

Gulmezoglu, A.M., Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage.

McDonald, S., Prendiville, W.J. and Elbourne, D., Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta.

Prendiville, W.J., Elbourne, D. and McDonald, S., Active versus expectant management of the third stage of labour.

Outras fontes

Bullough, C.H., Msuku, R.S. and Karonde, L. (1989). Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *Lancet*, 2, 522-5.

Irons, D.W., Sriskandabalan, P. and Bullough, C.H. (1994). A simple alternative to parenteral oxytocics for the third stage of labor. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 46, 15-8.

Kinmond, S., Aitchison, T.C., Holland, B.M., Jones, J.G., Turner, T.L. and Wardrop, C.A. (1993). Umbilical cord clamping and preterm infants: a randomised trial. *BMJ*, 306, 172-5.

Nordstrom, L., Fogelstam, K., Fridman, G., Larsson, A. and Rydhstroem, H. (1997). Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 104, 781-6.