

Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais

Pedro Hidalgo-Lopezosa¹
María Hidalgo-Maestre²
María Aurora Rodríguez-Borrego³

Objetivo: avaliar os efeitos da estimulação do parto com oxitocina nos resultados maternos e neonatais. **Método:** estudo descritivo e analítico, com 338 mulheres que deram à luz em um hospital de nível terciário. Variáveis obstétricas e neonatais foram medidas e comparadas em mulheres com e sem estimulação com oxitocina. Estatísticas foram feitas utilizando-se o teste Qui-quadrado, teste exato de Fisher e o teste t-Student; e as Odds Ratio brutas com intervalo de confiança de 95% foram calculadas. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** a estimulação com oxitocina aumentou as taxas de cesarianas, anestesia peridural, febre materna intraparto em primíparas e múltíparas. Ela também foi associada com baixos valores de pH do cordão umbilical e com uma menor duração da primeira fase do parto em primíparas. No entanto, ela não afetou as taxas de laceração perineal de terceiro e quarto grau, a episiotomia, a reanimação neonatal avançada, o teste de Apgar de 5 minutos e o mecônio. **Conclusão:** a estimulação com oxitocina não deveria ser utilizada de maneira sistemática, mas apenas em casos muito específicos. Estes resultados fornecem evidências adicionais aos profissionais de saúde e às parteiras sobre o uso de oxitocina durante o parto. Em condições normais, as mulheres deveriam ser informadas sobre os possíveis efeitos da estimulação com oxitocina.

Descritores: Oxitocina; Trabalho de Parto; Recém-Nascido

¹ PhD, Professor Asociado, Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, Espanha.

² Enfermeira, Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha.

³ PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, Espanha.

Como citar este artigo

Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2744. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>

Introdução

A oxitocina é a medicação mais utilizada em obstetrícia para a estimulação do parto⁽¹⁾. Entre os benefícios conhecidos de sua utilização está a melhoria das contrações⁽²⁾. A oxitocina é frequentemente utilizada na prática obstétrica moderna, para aumentar a atividade uterina quando ocorre uma falha no trabalho de parto, com o objetivo de permitir que o processo de parto progrida para um parto vaginal⁽³⁾.

O uso de oxitocina tem sido indicado para o tratamento da distocia do parto, pois poderia reduzir as taxas de cesarianas⁽⁴⁾. O trabalho de parto prolongado ou distocia, tem sido descrito como uma das principais indicações de cesariana, em situações em que ocorre a cessação da evolução que levaria a um parto normal e espontâneo⁽⁴⁾.

Em 2007, o Instituto para a Segurança da Prática Médica advertiu que a oxitocina é um medicamento que exige grande cautela⁽⁵⁾. Este tipo de medicação é caracterizado por necessitar de atenção especial e cuidado durante sua administração, pois apresenta um alto risco de danos quando usado incorretamente. Os erros relacionados ao uso de oxitocina são atualmente os erros mais comuns que ocorrem durante o parto⁽⁵⁾. Estes erros estão relacionados à doses elevadas na maior parte dos casos, o que pode causar excessiva atividade uterina⁽⁶⁾.

A intervenção com oxitocina, particularmente com doses elevadas, pode ter potenciais efeitos negativos para a mãe e para o feto, tais como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal⁽³⁾. Isto ocorre devido à redução ou interrupção do fluxo sanguíneo no espaço intervilo durante as contrações⁽⁷⁾. As contrações em partos normais são bem toleradas pela maioria dos fetos; porém, há risco de hipoxemia e acidemia fetal, caso as contrações sejam muito frequentes e/ou prolongadas^(2,8). Romano e Lothian⁽⁹⁾ concluíram em seu estudo, que as intervenções durante o processo de parto fisiológico, na ausência de complicações, aumenta o risco de alterações para a mãe e o feto. Eles propuseram a utilização de cuidados baseados em evidências da prática clínica para realizar o parto fisiológico, evitando o uso desnecessário da indução do parto, de intervenções regulares e de restrições também desnecessárias. Entretanto, uma meta-análise com 10 estudos clínicos randomizados controlados⁽¹⁰⁾, concluiu que altas doses de oxitocina para a estimulação do parto foram associadas com uma redução nas taxas de cesarianas e com um menor

tempo de duração do parto, sem aumentar os resultados adversos maternos ou perinatais.

A Organização Mundial da Saúde ressaltou a necessidade de rever o modelo biomédico de assistência durante a gravidez e o parto, caracterizado por um elevado intervencionismo e uma medicalização excessiva em países desenvolvidos. Em suas recomendações sobre o cuidado no parto normal, considerou inadequadas certas práticas e intervenções, tais como a amniotomia ou a ruptura artificial precoce da bolsa amniótica e o uso banal de oxitocina, entre outras⁽¹¹⁾.

Na Espanha, na Estratégia de Assistência ao Parto Normal, o Ministério da Saúde recomenda o uso limitado da oxitocina⁽¹²⁾.

No hospital onde este estudo foi realizado, um hospital de nível terciário do Sul da Espanha, a estimulação com oxitocina e a amniotomia precoce eram realizadas regularmente, mas atualmente seu uso vem sendo reduzido.

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da estimulação do parto com oxitocina nos resultados maternos e neonatais. Os objetivos específicos foram: comparar as taxas de cesarianas, os resultados do teste de Apgar de 5 minutos, os valores de pH do sangue arterial do cordão umbilical e o tipo de reanimação neonatal exigido, entre partos de mulheres submetidas e não submetidas à estimulação com oxitocina.

Métodos

Este é um estudo descritivo e analítico realizado em um hospital terciário do sul da Espanha, com 338 mulheres que deram à luz entre setembro de 2011 e setembro de 2013. Trata-se de um hospital de referência regional e nacional altamente especializado, que atende principalmente mulheres da cidade e da região central da província. Cerca de 4.000 mulheres são atendidas ao ano para parto neste hospital.

A população do estudo foi composta por todas as mulheres, primíparas e multíparas, com início de parto espontâneo atendidas durante este período de tempo.

Os critérios de inclusão foram: parto a termo, gravidez e parto de baixo risco, início espontâneo do parto, parto único e com apresentação cefálica. Foram excluídas as mulheres com partos induzidos e as mulheres que não estavam em trabalho de parto, seja por cesariana eletiva ou por cesariana de emergência.

Foram estabelecidos dois grupos, mulheres cujo parto foi estimulado com oxitocina e mulheres que não receberam oxitocina e cujo parto evoluiu de forma espontânea. Variáveis obstétricas e neonatais diferentes foram medidas e comparadas entre os dois grupos.

A estimulação com oxitocina é definida como a administração de oxitocina para melhorar e/ou aumentar a frequência e a intensidade das contrações em mulheres cujo parto começa de forma espontânea. A perfusão de oxitocina consistiu em uma diluição de 5 unidades de oxitocina em 500 ml de soro fisiológico, iniciando-se com a utilização de 6 ml/h e dobrando-se a cada 30 minutos até um máximo de 96 ml/h, até a obtenção de contrações adequadas. Ela é utilizada em mulheres com início de parto espontâneo, quando existe baixa frequência e/ou intensidade das contrações uterinas, ou quando o processo de dilatação falha e não avança, embora ela também seja usada em outros casos, para aumentar a dinâmica uterina e, assim, acelerar o processo de parto.

As participantes foram escolhidas por amostragem sistemática aleatória, selecionando-se uma mulher a cada 25 do registro de partos. Os dados das mulheres selecionadas para a amostra foram consultados de forma retrospectiva, a partir dos registros médicos e tratados anonimamente. Os dados foram inseridos em uma base de dados do programa PASW Statistics (versão 18), com o qual foi realizada a análise dos mesmos.

As variáveis consideradas foram: idade materna (anos), paridade (primípara/múltipara), idade gestacional (semanas), antecedente de cesariana prévia (sim/não), laceração vagino-perineal de 3º a 4º graus (sim/não), anestesia peridural (sim/não), uso de oxitocina durante a fase de dilatação (sim/não), tipo de parto (eutócico/instrumental/cesariana), amniotomia precoce (sim/não), febre materna intraparto (sim/não), reanimação neonatal do tipo avançado (sim/não), teste de Apgar de 5 minutos $<$ ou $=$ 7 (sim/não), pH do sangue arterial do cordão umbilical $<$ ou $=$ 7,20 (sim/não), presença de mecônio no líquido amniótico (sim/não), e duração da fase de dilatação (horas).

Para a análise dos dados, foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado e exato de Fisher para as variáveis qualitativas, e o teste t-Student para as variáveis quantitativas. As primeiras são expressas por frequências e porcentagens, enquanto as segundas são expressas por média e desvio padrão. Calculou-se também as Odds Ratio brutas e o intervalo de confiança de 95%, em cada uma das variáveis. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

O projeto para este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do mesmo hospital.

Resultados

Das 363 mulheres selecionadas para a amostra do estudo, 25 foram excluídas. Destas, 7 foram excluídas devido a parto por cesariana eletiva, 6 devido à cesariana de emergência sem trabalho de parto, outras 2 deram à luz em um hospital diferente, outras 7 por parto prematuro, e finalmente, 3 por parto de gêmeos. A amostra final foi de 338 mulheres.

A média de idade das mulheres que compuseram a amostra foi de 30,80 (5,01) anos, com uma idade mínima de 16 anos e máxima de 46 anos. A porcentagem de partos espontâneos, instrumentais e de cesarianas foi de 67,5%, 13,9% e 18,6%, respectivamente. As mulheres primíparas eram 63% ($n = 213$) e 37% ($n = 125$) eram múltiparas. Ao todo, 6% das mulheres ($n = 20$) tiveram uma cesariana anterior. A porcentagem de mulheres que foram estimuladas com oxitocina foi de 51,5% ($n = 174$). Da mesma forma, o percentual de mulheres que receberam anestesia peridural foi de 78% ($n = 263$). A episiotomia foi realizada em 39% das mulheres ($n = 133$) e 11,5% ($n = 39$) apresentaram febre intraparto. A ruptura artificial precoce de membranas foi realizada em 48,5% das mulheres ($n = 164$). A média de pH do sangue arterial do cordão umbilical foi de 7,28 (0,09). Os dados são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1. Características das mulheres que deram à luz no hospital do estudo

($N = 338$). Córdoba, CAA, Espanha, 2011-2013

Variável	n (%)
Paridade	
Primíparas	213 (63)
Múltiparas	125 (37)
Tipo de parto	
Eutócico	228 (67,5)
Instrumental	47 (13,9)
Cesariana	63 (18,6)
Laceração de 3º e 4º graus	7 (2)
Cesariana prévia	20 (6)
Analgesia peridural	263 (78)
Episiotomia	133 (39)
Uso de oxitocina	174 (51,5)
Amniotomia precoce	164 (48,5)
Febre materna intraparto	39 (11,5)
Mecônio	41 (12)
pH do cordão média (dp)	7,28 (0,09)

* Dados expressos como média (desvio padrão)

Quanto aos resultados obstétricos e neonatais (na Tabela 2 são listados os resultados das mulheres primíparas e a tabela 3, das múltíparas), diferenças estatisticamente significativas foram encontradas ao se comparar os resultados das taxas de cesarianas,

analgesia peridural, febre materna intraparto, pH do cordão umbilical e duração da fase de dilatação em mulheres primíparas. Entre as múltíparas foram observadas diferenças significativas quanto ao uso de analgesia peridural.

Tabela 2 - Resultados Obstétricos e Neonatais de Primíparas com e sem estimulação com oxitocina (N = 213). Córdoba, CAA, Espanha, 2011-2013

Variável	Estimulação		p	OR bruta	IC95%
	Sim n = 124 n (%)	NÃO n = 89 n (%)			
Tipo de parto					
Cesariana	45 (36)	8 (9)	< 0,001	5,76	2,55-13,0
Instrumental	19 (15)	20 (22,5)	0,183	0,62	0,31-1,25
Episiotomia	50 (43)	47 (53)	0,094	0,60	0,34-1,04
Laceração de 3º e 4º graus	2 (1,5)	3(3,5)	0,652	0,47	0,07- 2,87
Febre materna	26(21)	7 (8)	0,009	3,10	1,28-7,32
Peridural	115(93)	66(74)	< 0,001	4,45	1,94-10,19
pH do cordão <=7,20	31 (25)	9 (11)	0,009	2,84	1,27-6,34
Apgar 5 m < = 7	3 (2,5)	1 (1)	0,672	2,18	0,22-21,3
Reanimação avançada	14 (10)	4 (4,5)	0,076	2,72	0, 6-8,59
Mecônio	21(22)	7 (11)	0,074	2,28	0,90-5,73
Duração 1ª fase do parto* (horas)	5,1(1,5)	6,8(2,6)	< 0,001	1,62	0,95-2,29

* Dados expressos como média (desvio padrão)

Tabela 3 - Resultados Obstétricos e Neonatais de Múltíparas com e sem estimulação com oxitocina (N = 125). Córdoba, CAA, Espanha, 2011-2013

Variável	Estimulação		p	OR bruta	IC95%
	Sim n = 124 n (%)	NÃO n = 89 n (%)			
Tipo de parto					
Cesariana	8 (16)	2 (3)	0,014	6,95	1,41-34,27
Instrumental	5(10)	3 (4)	0,265	2,66	0,60-11,70
Episiotomia	18 (36)	18 (24)	0,147	1,78	0,81-3,90
Laceração de 3º e 4º graus	1 (2)	1 (1,3)	0,980	1,51	0,09-24,7
Febre materna	5 (10)	1(1,5)	0,037	8,22	0,93-72,6
Peridural	46 (92)	36 (48)	< 0,001	12,45	4,07-38,0
pH do cordão <=7,20	12 (25)	10 (13,5)	0,107	2,13	0,83-5,42

Variável	Estimulação		p	OR bruta	IC95%
	Sim	NÃO			
	n = 124 n (%)	n = 89 n (%)			
Apgar 5 m < = 7	1 (2)	1 (1)	0,980	1,51	0,09-24,7
Reanimação avançada	4 (9)	2 (3)	0,219	3,14	0,55-17,9
Mecônio	6 (18)	7 (14)	0,608	1,36	0,41-4,49
Duração 1ª fase do parto (horas)	4,1(1,4)	4,2(1,8)	0,821	0,08	-0,63-0,80

* Dados expressos como média (desvio padrão).

A análise do tipo de parto revelou diferenças estatisticamente significativas entre primíparas, sendo verificada uma maior proporção de partos vaginais no grupo das mulheres que não foram estimuladas com oxitocina. A

porcentagem de cesarianas entre as primíparas não estimuladas foi de 9%, significativamente menor do que entre aquelas estimuladas com oxitocina (36%), resultando em diferenças significativas (OR 5,76; IC95%: 2,55 – 13; $p < 0,001$). Da mesma forma, as mulheres multíparas não estimuladas com oxitocina tiveram uma menor porcentagem de cesarianas (OR 6,95; IC95%: 1,41 – 34; $p = 0,014$).

Em relação às lacerações de 3º e 4º grau e à episiotomia, não houve diferenças entre os grupos nas primíparas ou nas multíparas. No entanto, a porcentagem de primíparas com peridural no grupo com estimulação com oxitocina foi de 93% ($n = 115$) contra 74% ($n = 66$) em mulheres sem oxitocina (OR 4,45; IC95%: 1,94 – 10,19; $p < 0,001$). Estas diferenças foram maiores nas multíparas, 92%, em comparação com 48% (OR 12,45; IC95%: 4,07 – 38; $p < 0,001$). Diferenças significativas também foram encontradas na variável febre materna intraparto, na qual a porcentagem de mulheres que apresentaram uma temperatura de 38°C ou mais durante o parto, no grupo de estimulação com oxitocina, foi de 21% em comparação com 8% entre mulheres sem oxitocina (OR 3,10; IC95%: 1,28 – 7,52; $p = 0,009$).

Nos resultados neonatais, foram encontradas diferenças significativas no pH do sangue do cordão em primíparas, uma vez que a porcentagem de recém-nascidos com $pH < 7,20$ de mães estimuladas com oxitocina foi de 25%, em comparação com 11% nas mulheres que não receberam oxitocina (OR 2,84; IC95%: 1,27 – 6,34; $p = 0,009$). Não foram observadas diferenças significativas nas multíparas (OR 2,13; IC95%: 0,83 – 5,42; $p = 0,107$). Também foram comparadas as médias de pH entre os dois grupos, 7,26 (0,95) no grupo de estimulação contra 7,30 (0,93), $p < 0,001$; a diferença das médias foi de 0,036.

Não houve diferenças significativas no Apgar de 5 minutos $< = 7$ entre os recém-nascidos de primíparas,

sendo 1% no grupo de estimulação contra 2,5% (OR 2,18; IC95%: 0,22 – 21; $p = 0,672$). Entre as multíparas também não houve diferenças significativas.

Em relação à variável reanimação neonatal avançada, que é aquela que requer a intubação endotraqueal, massagem cardíaca ou a administração de medicamentos, ou todas elas, não houve diferenças significativas nas análises por paridade; no entanto, elas ocorreram ao analisar-se na totalidade da amostra, primíparas e multíparas. Neste sentido, a porcentagem de recém-nascidos que precisaram deste tipo de reanimação no grupo de estimulação foi de 10,7%, contra 3,8% (OR 3,0; IC95%: 1,15 – 7,76; $p = 0,018$). Não foram encontradas diferenças significativas na variável mecônio no líquido amniótico.

Finalmente, houve diferenças significativas na duração da fase de dilatação entre primíparas. A média de duração desta fase no grupo de estimulação nas primíparas foi de 5,1 horas (1,5), contra 6,8 horas (2,6) no grupo sem estimulação com oxitocina (OR 1,62; IC95%: 0,95 – 2,29; $p < 0,001$). Nas multíparas, estes mesmos dados foram de 4,1 h (1,4), contra 4,2 h (1,8), resultando em diferenças não significativas.

Discussão

Os resultados deste estudo devem ser vistos com cautela devido às limitações que apresenta. Entre elas, cabe mencionar que o mesmo foi realizado em um único hospital, ainda que ele proporcione uma cobertura para uma população grande. Pode-se considerar também que

a amostra é limitada, a qual representa 8% do total de mulheres atendidas por ano para parto neste hospital.

Como já mencionado, o objetivo da estimulação com oxitocina é melhorar a dinâmica uterina para que o trabalho de parto evolua para parto vaginal⁽³⁾. No entanto, os resultados obtidos neste estudo indicam que em geral, a utilização de oxitocina durante o parto pode estar relacionada com efeitos adversos na mãe e no recém-nascido. Isto é demonstrado pelos resultados obtidos quanto à proporção de cesarianas, analgesia peridural, febre materna intraparto, reanimação neonatal avançada e ao pH do cordão umbilical entre as primíparas. A perfusão de oxitocina para a estimulação do parto é significativamente associada com um aumento das taxas de cesarianas, com um maior percentual de febre materna intraparto, com valores menores de pH do cordão umbilical e com uma maior necessidade de reanimação neonatal do tipo avançada. No entanto, não houve associação com as taxas de partos instrumentais, lacerações de 3º e 4º graus ou Apgar de 5 minutos.

Parece coerente que as principais diferenças sejam encontradas entre as mulheres primíparas, pois nelas o parto é geralmente mais longo, mais difícil e ainda podem apresentar mais complicações. Assim, alguns autores observaram que a paridade era um fator que influenciava no tipo de parto, concluindo que o parto normal ou espontâneo é mais comum em múltíparas do que em primíparas⁽¹³⁾.

Em conformidade com os nossos resultados obstétricos, outros autores também concluíram que a utilização de oxitocina não reduz as taxas de cesariana⁽¹⁾, outros ainda concluíram que ela causa um aumento⁽¹⁴⁾. Em outro estudo, os autores concluíram que a estimulação com oxitocina aumentava a probabilidade de cesarianas e de partos instrumentais com ventosa⁽¹⁵⁾. Em contraste, outros autores mostraram uma associação entre a estimulação com oxitocina e a diminuição nas taxas de cesarianas⁽¹⁶⁾. Em uma meta-análise composta por nove estudos e 1.983 mulheres, concluiu-se que com a estimulação houve um aumento da quantidade de partos por vias vaginais⁽¹⁷⁾. Em uma revisão de 2011, os autores não encontraram diferenças significativas nas taxas de cesarianas ou de partos instrumentais pelo uso ou não de oxitocina⁽¹⁸⁾. Outros autores também não encontraram diferenças em sua revisão, Cochrane⁽¹⁹⁾. Por outro lado, em um estudo recente, os autores descobriram que a utilização de protocolos mais tradicionais, com doses mais baixas de oxitocina, houve uma tendência para o aumento nas taxas de cesarianas⁽²⁰⁾.

Os resultados neonatais deste estudo coincidem com os de estudos anteriores, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparou-se os valores de pH do sangue arterial do cordão umbilical de recém-nascidos de mães primíparas estimuladas com oxitocina, com os das mães sem estimulação; a utilização de oxitocina foi associada com valores de pH mais baixos⁽²¹⁻²²⁾. Em outro estudo com casos e controles, realizado em 2013, os resultados de mulheres com e sem planejamento do parto foram comparados. Os recém-nascidos de mães com planejamento de parto, caracterizadas por demonstrarem um processo de parto mais natural e um menor uso de oxitocina e outras intervenções, apresentaram melhores resultados de pH do sangue do cordão umbilical⁽²³⁾. Outros estudos associaram a utilização de protocolos com doses elevadas de oxitocina, com uma taxa mais elevada de internações na unidade neonatal, que é reduzida quando são utilizados protocolos com doses mais baixas de oxitocina⁽²⁰⁾.

Em relação à variável teste de Apgar, embora em nosso estudo não tenham sido encontradas diferenças significativas, outros autores encontraram diferenças, ou seja, uma maior porcentagem de recém-nascidos por via vaginal de mães estimuladas com oxitocina, com índices de Apgar por minuto ≤ 7 , em comparação com mães não estimuladas⁽¹⁴⁾.

No presente estudo também foi identificada uma associação entre estimulação com oxitocina e febre intraparto materna. No entanto, outros autores não encontraram evidências suficientes para sustentar que altas doses de oxitocina estavam relacionadas com a febre materna durante o parto⁽²⁴⁾. Em um outro estudo de 2012⁽²⁵⁾, verificou-se que a temperatura elevada se associava com um elevado índice de massa corporal e com o tempo decorrido desde a ruptura da bolsa amniótica até o parto, sendo que a analgesia peridural não influenciou no aumento da temperatura. Em nosso estudo, não foi encontrada qualquer relação significativa entre a elevação da temperatura materna e a administração de peridural.

A duração da fase de dilatação provou ser mais elevada no grupo sem estimulação com oxitocina entre primíparas, de modo que este resultado é consistente com o de outros autores, que demonstraram que a duração desta primeira fase do parto era significativamente mais curta quando a dose de oxitocina era aumentada⁽¹⁾.

Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo revelam que a utilização de oxitocina na estimulação do parto pode ser prejudicial tanto para a mãe como para o recém-nascido, uma vez que indicam que o uso de oxitocina está relacionado com um aumento, em primíparas e múltiparas, nas taxas de cesarianas, uso de analgesia peridural e febre materna intraparto. Além disso, também foi observada uma associação significativa entre a estimulação com oxitocina e valores baixos de pH do sangue de cordão umbilical de recém-nascidos de mães primíparas. Por outro lado, coincidindo com outros estudos, comprovou-se a sua associação com uma menor duração na primeira fase do trabalho de parto. No entanto, não houve efeitos negativos nas taxas de laceração de 3º e 4º graus, episiotomias, reanimação neonatal avançada, Apgar de 5 minutos e mecônio no líquido amniótico.

Portanto, podemos concluir que a estimulação com oxitocina não deve ser utilizada de maneira sistemática, mas apenas em casos muito específicos e onde o seu uso seja particularmente necessário.

Estes resultados podem proporcionar aos profissionais de saúde um maior conhecimento sobre os efeitos do uso da oxitocina durante o parto, o que pode ser útil para a tomada de decisões na prática clínica. Ao mesmo tempo, estes resultados reforçam a necessidade de uma reflexão sobre mudanças no paradigma da assistência ao parto. Além disso, eles também fornecem informação para as próprias gestantes quanto à aquisição de mais conhecimento sobre o processo de parto, considerando que a grávida deve estar informada sobre os possíveis efeitos do uso de oxitocina para a estimulação do parto.

Referências

- Zhang J, Branch W, Ramírez M, Laughon K, Reddy U, Hoffman M, et al. Oxytocin regimen for labor augmentation, labor progression, and perinatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2011;118:249-56.
- Simpson KR, James DC. Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199:34-5.
- Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Oxytocin: New perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:35-6.
- Peaceman AM, Gersnoviez R, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Varner MW, et al. The MFMU Cesarean Registry: impact of fetal size on trial of labor success

- for patients with previous cesarean for dystocia. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(4):1127-31.
- Institute for Safe Medical Practice [Internet]. High alert medications. [Access 27 June 2014]. Available from: <http://www.ismp.org/Tools/institutionalhighAlert.asp>
- Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2009;34(1):8-15.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics. Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: Defining the pathogenesis and pathophysiology. Washington; 2003.
- Bakker PC, van Geijn HP. Uterine activity: Implications for the condition of the fetus. *J Perinat Med.* 2008;36:30-7.
- Romano A, Lothian J. Promoting, Protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN.* 2008;37(1):94-105.
- Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, Xu H, Fraser WD. High-dose vs Low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:296-304.
- Organización Mundial de la Salud. Care in normal birth: a practical guide. OMS; 1996.
- Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid; 2007.
- Kringeland T, Daltveit A K, Moller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth.* 2010;37(1):21-7.
- Raba G, Baran P. Obstetric outcomes in oxytocin-related and spontaneous deliveries-analysis of 2198 cases. *Ginekol Pol.* 2009; 80(7):507-11.
- Indraccolo U, Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR. Impacto of the medicalization of labor on the mode of delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010;37(4):373-7.
- Krening CF, Rehling-Anthony K, Garko C. Oxytocin administration: the transition to a safer model of care. *J Perinat Nurs.* 2012;26(1):15-24.
- Shu-Qin W, Zhong-Cheng, Hairong X, Willian DF. The effect of early oxytocin augmentation in labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Sep;114(3):641-9.
- Bugg G, Siddiqui F, Thornton J. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;7:CD007123.
- Costley PL, East CE. Estimulación del trabajo de parto con oxitocina en mujeres con analgesia epidural para la reducción de los partos operatorios. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD009241.
- Lewis LS, Pan HY, Heine RP, Brown HL, Brancazio LR, Grotegut CA. Labor and pregnancy outcomes after

- adoption of a more conservative oxytocin labor protocol. *Obstet Gynecol.* 2014 May;123 Suppl 1:66S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447374.37308.4c.
21. Selo-Ojeme D, Rogers C, Mohanty A, Zaidi N, Villar R, Shangaris P. Is induced labour in the nullipara associated with more maternal and perinatal morbidity? *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(2):337-41.
22. Jonsson M, Norden-Lindeberg S, Ostlund I, Hanson U. Metabolic acidosis at birth and suboptimal care-- illustration of the gap between knowledge and clinical practice. *BJOG.* 2009;116(11):1453-60.
23. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are Birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013;38(3):150-6.
24. Frölich MA, Esame A, Warren Iii WM, Owen J. High-dose oxytocin is not associated with maternal temperature elevation: a retrospective cohort study of mid-trimester pregnancy with intrauterine fetal demise. *Int J Obstet Anesth.* 2011;20(1):30-3.
25. Frölich MA, Esame A, Zhang K, Wu J, Owen J. What factors affect intrapartum maternal temperature? A prospective cohort study: maternal intrapartum temperature. *Anesthesiology.* 2012;117(2):302-8.

Recebido: 14.3.2015

Aceito: 29.8.2015

Correspondencia:

Pedro Hidalgo Lopezosa
Hospital Universitario Reina Sofía
Av. Menéndez Pidal s/n
Córdoba, España 14004
E-mail: phlopezosa@uco.es

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.