

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

Pedro Hidalgo-Lopezosa<sup>1</sup>  
María Hidalgo-Maestre<sup>2</sup>  
María Aurora Rodríguez-Borrego<sup>3</sup>

**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 graus, 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

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

<sup>2</sup> Enfermeira, Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha.

<sup>3</sup> 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<sup>(1)</sup>. Entre os benefícios conhecidos de sua utilização está a melhoria das contrações<sup>(2)</sup>. 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<sup>(3)</sup>.

O uso de oxitocina tem sido indicado para o tratamento da distocia do parto, pois poderia reduzir as taxas de cesarianas<sup>(4)</sup>. 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<sup>(4)</sup>.

Em 2007, o Instituto para a Segurança da Prática Médica advertiu que a oxitocina é um medicamento que exige grande cautela<sup>(5)</sup>. 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<sup>(5)</sup>. Estes erros estão relacionados à doses elevadas na maior parte dos casos, o que pode causar excessiva atividade uterina<sup>(6)</sup>.

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<sup>(3)</sup>. Isto ocorre devido à redução ou interrupção do fluxo sanguíneo no espaço intervilo durante as contrações<sup>(7)</sup>. 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<sup>(2,8)</sup>. Romano e Lothian<sup>(9)</sup> 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<sup>(10)</sup>, 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<sup>(11)</sup>.

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

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 (%)
<b>Paridade</b>	
Primíparas	213 (63)
Múltiparas	125 (37)
<b>Tipo de parto</b>	
Eutócico	228 (67,5)
Instrumental	47 (13,9)
Cesariana	63 (18,6)
<b>Laceração de 3º e 4º graus</b>	7 (2)
<b>Cesariana prévia</b>	20 (6)
<b>Analgesia peridural</b>	263 (78)
<b>Episiotomia</b>	133 (39)
<b>Uso de oxitocina</b>	174 (51,5)
<b>Amniotomia precoce</b>	164 (48,5)
<b>Febre materna intraparto</b>	39 (11,5)
<b>Mecônio</b>	41 (12)
<b>pH do cordão</b> 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 múltiparas), 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 múltiparas 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	NÃO			
	n = 124 n (%)	n = 89 n (%)			
<b>Tipo de parto</b>					
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
<b>Episiotomia</b>	50 (43)	47 (53)	0,094	0,60	0,34-1,04
<b>Laceração de 3º e 4º graus</b>	2 (1,5)	3(3,5)	0,652	0,47	0,07- 2,87
<b>Febre materna</b>	26(21)	7 (8)	0,009	3,10	1,28-7,32
<b>Peridural</b>	115(93)	66(74)	< 0,001	4,45	1,94-10,19
<b>pH do cordão &lt;=7.20</b>	31 (25)	9 (11)	0,009	2,84	1,27-6,34
<b>Apgar 5 m &lt; = 7</b>	3 (2,5)	1 (1)	0,672	2,18	0,22-21,3
<b>Reanimação avançada</b>	14 (10)	4 (4,5)	0,076	2,72	0, 6-8,59
<b>Mecônio</b>	21(22)	7 (11)	0,074	2,28	0,90-5,73
<b>Duração 1ª fase do parto* (horas)</b>	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 Múltiparas com e sem estimulação com oxitocina (N = 125). Córdoba, CAA, Espanha, 2011-2013

Variável	Estimulação		p	OR bruta	IC95%
	Sim	NÃO			
	n = 124 n (%)	n = 89 n (%)			
<b>Tipo de parto</b>					
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
<b>Episiotomia</b>	18 (36)	18 (24)	0,147	1,78	0,81-3,90
<b>Laceração de 3º e 4º graus</b>	1 (2)	1 (1,3)	0,980	1,51	0,09-24,7
<b>Febre materna</b>	5 (10)	1(1,5)	0,037	8,22	0,93-72,6
<b>Peridural</b>	46 (92)	36 (48)	< 0,001	12,45	4,07-38,0
<b>pH do cordão &lt;=7.20</b>	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 (%)			
<b>Apgar 5 m</b> < = 7	1 (2)	1 (1)	0,980	1,51	0,09-24,7
<b>Reanimação</b> <b>avanzada</b>	4 (9)	2 (3)	0,219	3,14	0,55-17,9
<b>Mecônio</b>	6 (18)	7 (14)	0,608	1,36	0,41-4,49
<b>Duração 1ª fase</b> <b>do parto</b> (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<sup>(3)</sup>. 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<sup>(13)</sup>.

Em conformidade com os nossos resultados obstétricos, outros autores também concluíram que a utilização de oxitocina não reduz as taxas de cesariana<sup>(1)</sup>, outros ainda concluíram que ela causa um aumento<sup>(14)</sup>. Em outro estudo, os autores concluíram que a estimulação com oxitocina aumentava a probabilidade de cesarianas e de partos instrumentais com ventosa<sup>(15)</sup>. Em contraste, outros autores mostraram uma associação entre a estimulação com oxitocina e a diminuição nas taxas de cesarianas<sup>(16)</sup>. 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<sup>(17)</sup>. 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<sup>(18)</sup>. Outros autores também não encontraram diferenças em sua revisão, Cochrane<sup>(19)</sup>. 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<sup>(20)</sup>.

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<sup>(21-22)</sup>. 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<sup>(23)</sup>. 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<sup>(20)</sup>.

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  $\leq 7$ , em comparação com mães não estimuladas<sup>(14)</sup>.

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<sup>(24)</sup>. Em um outro estudo de 2012<sup>(25)</sup>, 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<sup>(1)</sup>.

## 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.