

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

*nota 9  
(nove)  
semas  
20.06.83*

UTILIZAÇÃO DE OCITOCINA NA INDUÇÃO OU CONDUÇÃO  
DO TRABALHO DE PARTO - UM ESTUDO PROSPECTIVO

ARILENE D. DE SOUZA  
ELEONORA MONTANHA  
FLÁVIO RAULINO

FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 1983.

ÍNDICE

1. RESUMO .....	ii
2. INTRODUÇÃO .....	3
3. MATERIAL E MÉTODOS .....	4
4. RESULTADOS .....	6
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	23
6. DISCUSSÃO .....	28
7. CONCLUSÃO .....	33
8. AGRADECIMENTOS .....	34
9. BIBLIOGRAFIA .....	35

## R E S U M O

Os autores realizaram estudo prospectivo de 45 parturientes submetidas a ação de ócitocina, durante trabalho de parto, na M.C.D., no período de 01 a 31 de março de 1983. Dados relativos a condições do colo, atividade uterina e altura de apresentação, bolsa amniótica e indicação foram analisadas.

A incidência de indução foi de 18,98% e o índice de cesarianas menor do que na população geral. ?

A morbidade materno-fetal foi baixa. Constatou-se presença de contraindicações em 1/3 dos casos. Os resultados realçam que há necessidade de avaliação acurada de cada paciente através de métodos clínicos ou complementares, antes da indicação.

77  
Balduino Barceles  
e Alvarez  
publicação  
of the  
human uterus recorded  
by new methods  
Surf. Gynec. Obstet. 91  
1-13, 1957

I - INTRODUÇÃO

??  
↑  
A ocitocina é um hormônio protéico formado no hipotálamo, cuja propriedade estimulante sobre a fibra uterina foi demonstrada em 1906 por Dale. As investigações subsequentes resultaram, em 1954, na síntese desta substância, que vem sendo, nas últimas décadas, cada vez mais utilizada em Obstetrícia. Assim, observa-se, por exemplo, um aumento da incidência de utilização de ocitocina na indução do trabalho de parto na Inglaterra de 15,8%, em 1964, para 33,5% em 1972.

19843  
77  
A par desse crescente otimismo, observa-se que o emprego de ocitocina não é método isento de riscos materno-fetais, não devendo ser empregado indiscriminadamente, mas apenas com indicações precisas e sob monitorização contínua.

Dada a relevância do assunto, os autores resolveram fazer um estudo prospectivo sobre a indução e/ou condução do trabalho de parto com ocitócico na Maternidade Carmela Dutra, durante o período de 19 a 31 de março de 1983.

Entre seus objetivos iniciais figuravam a determinação da incidência e motivos da indicação da ocitocina, com parando estes dados com os relatados pela literatura, bem como uma análise da propriedade ou não da indicação e de possíveis intercorrências materno-fetais desde o momento da administração do ocitócito até o delivramento e no pós-parto imediato.

e levantamentos bibliográficos sobre o assunto (parto induzido)

interferência nome de  
arteriais  
de cordão umbilical

## II - MATERIAL E MÉTODOS

### 1. Material

Foram analisadas 45 parturientes, submetidas à indução e/ou condução do trabalho de parto com ocitocina, internadas nas unidades I, II, III e IV da Maternidade Carmela Dutra durante o período de 19 a 31 de março de 1983. Este número representa a totalidade das pacientes cuja evolução durante o trabalho de parto e puerpério imediato foi acompanhada de perto pelos autores.

Dados relativos ao número total de partos, porcentagem de partos normais e operatórios, porcentagem de partos induzidos e evolução destes últimos para parto normal ou parto operatório, foram obtidos no SAME da Maternidade Carmela Dutra.

### 2. Métodos

Das inúmeras variáveis pertinentes à indicação e evolução da indução ou condução do trabalho de parto os autores selecionaram como relevantes os antecedentes obstétricos (paridade e natureza dos partos anteriores), dados da gestação atual (evolução, DUM e DPP), atividade uterina, condições do colovitalidade do recém-nascido, intercorrências até a expulsão do concepto, puerpério imediato e dose do ocitócico empregado.

Estes critérios foram avaliados pela anamnese, história clínica, tocomanometria externa, toque vaginal, Apgar no 1º minuto, acompanhamento clínico do trabalho de parto, anamnese e exame físico no 1º dia de pós-parto, e infusão endovenosa com controle do gotejamento, respectivamente.

## RESULTADOS

No período de 01 a 31 de março de 1973, na Maternidade - Carmela Dutra, foram registrados 411 partos, sendo 325 (79,08%) partos normais e 86 (20,92%) cesarianas. (TABELA I)

TABELA I - TOTAL E NATUREZA DOS PARTOS OCORRIDOS NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA NO PERÍODO DE 1º A 31 DE MARÇO DE 1.983.

Natureza dos Partos	Nº	%
Parto Normal	325	79,08
Cesariana	86	20,92
Total	411	100,00

FONTE: SAME DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Dentre estes 411 partos, 78 foram submetidos à indução ou condução do trabalho de parto, representando uma porcentagem de 18,98%. (TABELA II)

**TABELA II** - PORCENTAGEM DE PARTOS INDUZIDOS OU CONDUZIDOS REFERENTES AS INTERNAÇÕES NAS UNIDADES I, II, III E IV, DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DURANTE O PERÍODO DE 1º A 31 DE MARÇO DE 1.983.

Indução ou Condução com Ocitocina	Nº	%
Sim	78	18,98
Não	333	81,02
Total	411	100,00

FONTE: SAME DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA



Do total de partos induzidos ou conduzidos, 45 (57,69%) foram analisados. (TABELA III)

**TABELA III** - PORCENTAGEM DE PARTOS INDUZIDOS OU CONDUZIDOS ANALISADOS.

Partos Induzidos ou Conduzidos com Ocitocina	Nº	%
Analisados na Amostra	45	57,69
Não Analizados	33	42,31
Total	78	100,00

Dos 78 partos submetidos à ação da ocitocina, 85,90% e voluíram para parto normal e 14,10% para cesariana, enquanto que, na amostra, estas cifras corresponderam à 77,78% e - 22,22% respectivamente. (TABELA IV)

**TABELA IV** - COMPARAÇÃO DA NATUREZA DO PARTO ENTRE O TOTAL DE CASOS INDUZIDOS E OS ANALISADOS NA AMOSTRA.

Partos	Natureza dos Partos			
	Parto Normal		Cezariana	
	Nº	%	Nº	%
Total	67	85,90	11	14,10
Amostra	35	77,78	10	22,22

Das pacientes analisadas, 24,44% tinham entre 16 e 19 anos e 11,11% mais de 35 anos. (TABELA V)

TABELA V - IDADE DE 45 PARTURIENTES SUBMETIDAS AO USO DE OCITOCINA NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DURANTE O PERÍODO DE 1º A 31 DE 1.983.

Idade (anos)	Nº	%
16 — 19	11	24,44
20 — 23	9	20,00
24 — 27	13	28,90
28 — 31	5	11,11
32 — 35	2	4,44
> 35	5	11,11
Total	45	100,00

As gestantes eram primíparas em 46,66% dos casos e multiparas em 26,67%. (TABELA VI)

Ainda em relação aos antecedentes obstétricos, 20% das pacientes relataram uso anterior de ocitocina.

TABELA VI - DISTRIBUIÇÃO DAS 45 PACIENTES SUBMETIDAS A INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO CONFORME A PARIDADE

Paridade	Nº	%
Primípara	21	46,66
Secundípara	12	26,67
Multípara	12	26,67
Total	45	100,00

Observando as condições do colo, verificou-se quanto à consistência, 11 (24,44%) casos de colo grosso. (TABELA VII) e quanto à dilatação servical 8 (17,77%) casos com 0 a 2 cm e 17 (37,78%) casos com 2 a 4 cm. (TABELA VIII)

**TABELA VII - CONSISTÊNCIA DO COLO UTERINO EM 45 CASOS DE INDUÇÃO E OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM OCITOCINA NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA.**

Consistência do Colo	Nº	%
Grosso	11	24,44
Médio	22	48,89
Fino	8	17,78
Desconhecido	4	8,89
Total	45	100,00

**TABELA VIII - DILATAÇÃO CERVICAL NO MOMENTO DA INDICAÇÃO DE OCITOCINA NOS 45 CASOS ESTUDADOS.**

Dilatação Cervical (em centímetros)	Nº	%
0 — 2	8	17,77
2 — 4	17	37,78
4 — 6	8	17,78
6 — 8	12	26,68
Total	45	100,00

Quanto à altura da apresentação os dados encontram-se na tabela IX, sendo que 48,99% situavam-se entre os planos -2 e 0 de Dely.

**TABELA IX** - ALTURA DA APRESENTAÇÃO EM PLANOS DE DELY EM 45 PARTURIENTES QUANDO DA INDICAÇÃO DE INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM OCITOCINA.

Altura da Apresentação	Nº	%
-3	0	0,00
-2	9	20,00
-1	7	15,56
0	6	13,33
+1	8	17,78
+2	3	6,67
+3	2	4,44
Ignorado	10	22,22
Total	45	100,00

A bolsa amniótica achava-se íntegra em 24,45% dos casos e rota em 35,55%. (TABELA X)

TABELA X - CONDIÇÕES DA MEMBRANA CORIO-AMNIÓTICA EM 45 PACIENTES SUBMETIDAS AO USO DE OCITOCINA NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA.

*OCITOCINA*

Condições da Membrana Cório-Amniótica	Nº	%
Íntegra	29	64,45
Rota	16	35,55
Total	45	100,00

Em 53,33% dos casos a atividade uterina (em unidades Montevideo) era ineficaz e em 24,45% compreendia-se entre 80 e 250 uM. (TABELA XI)

TABELA XI - ATIVIDADE UTERINA (EM UNIDADES MONTEVIDEO) QUANDO DA INDICAÇÃO DE OCITOCINA NAS 45 PARTURIENTES SELECIONADAS  
*OXITOCINA*

Atividade Uterina (u. M.)	Nº	%
0 — 80	24	53,33
80 — 120	9	20,00
120 — 250	2	4,45
Ignorado	10	22,22
Total	45	100,00



As indicações do uso de ocitócico estão relatadas na tabela XII.

TABELA XII - MOTIVOS DA INDICAÇÃO DA OCITOCINA NOS 45 CASOS SELECIONADOS

Motivos da Indicação	Nº	%
Bolsa Rota	4	8,89
Atividade Uterina Ineficaz	16	35,55
Atividade Uterina Ineficaz + Bolsa Rota	2	4,45
Gravidez Prolongada	3	6,66
Ignorado	20	44,45
Total	45	100,00

A dose de ocitocina empregada variou de 2 a 12,5 miliunidades por minuto. (TABELA XIII)

**TABELA XIII** - DOSE DE OCITOCINA EM MILIUNIDADES POR MINUTO EMPREGADA PARA A INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NOS 45 CASOS ANALISADOS.

Dose ( mU / min.)	Nº	%
2	26	57,78
4	1	2,22
5	16	35,56
7,5	1	2,22
12,5	1	2,22
Total	45	100,00

Em 51,11% das pacientes, a evolução desde a aplicação do fármaco até o nascimento transcorreu em até 4 horas. (TABELA - XIV)

TABELA XIV - TEMPO DECORRIDO DESDE A INSTALAÇÃO DO <sup>X</sup>OCITÓCICO ATÉ O NASCIMENTO, NAS 45 PARTURIENTES DA AMOSTRA.

Tempo (horas)	Nº	%
0 — 1	6	13,33
1 — 4	17	37,78
4 — 8	15	33,33
8 — 12	4	8,90
12 —	2	4,44
Ignorado	1	2,22
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

As indicações das 10 cesarianas realizadas estão especificadas na tabela XV.

**TABELA XV** - INDICAÇÃO DE CESARIANA EM DEZ PACIENTES SUBMETIDAS AO USO DE OCITOCINA NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA ENTRE 1º E 31 DE MARÇO DE 1.983.

Indicações	Nº	%
Distócia Cervical	3	30,00
Distócia de Rotação	1	10,00
Desproporção Céfalo-Pélvica	2	20,00
Apresentação Pélvica	1	10,00
Ausência de Resposta	2	20,00
Ignorado	1	10,00
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Avaliando a vitalidade dos recém nascidos pelo método de Apgar no primeiro minuto 4,44% encontravam-se severamente deprimidos, 15,22% moderadamente deprimidos e 63,04 eram vigorosos. Um dos recém nascidos era natimorto. (TABELA XVI)

**TABELA XVI - VITALIDADE DOS RECÉM-NASCIDOS PELO MÉTODO APGAR NO 1º MINUTO.**

Apgar 1º minuto	Nº	%
0 - 3 (Severamente Deprimido)	3	6,52
4 - 7 (Moderadamente Deprimido)	7	15,22
8 - 10 (Vigoroso)	29	63,04
Ignorado	7	15,22
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Em 91,30% dos casos os recém nascidos eram a termo. (TABELA XVII)

TABELA XVII - CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS QUANTO A MATURIDADE.

Maturidade dos Recém-Nascidos	Nº	%
Pré-Termo	2*	4,34
Termo	42	91,30
Pós-Termo	1	2,18
Morte Fetal Intra-Uterina	1	2,18

\* Gravidez Gemelar

No puerpério imediato, de 38 pacientes acompanhadas, 4 apresentaram intercorrências. (TABELA XVIII)

TABELA XVIII - EVOLUÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO DE 45 PACIENTES SUBMETIDAS AO USO DE ÔCITÓCICO.

Intercorrências	Nº	%
Hemorragia Pós Parto	2	4,44
Rotura de Colo	1	2,22
Laceração de Vagina	1	2,22
Sem Intercorrências	34	75,56
Insuficiência de Dados	7	15,56
Total	45	100,00

#### IV - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Briquet, "induzir o parto é provocar-lhe o início por meios artificiais; quando as contrações do parto são aumentadas diz-se que há estimulação do parto".

A indução pode ser terapêutica ou eletiva. Diz-se terapêutica quando indicada em benefício materno-fetal, após 32 semanas, e eletiva quando por conveniência da paciente.

Dentre os vários métodos de indução a ocitocina é o mais difundido. Este hormônio possui ação estimulante sobre a atividade contrátil e elétrica da musculatura lisa uterina, aumentando a permeabilidade da membrana para o potássio, efeito este dependente da concentração de estrógeno, sendo máxima na gravidez a termo. Produz, também, a liberação de prostaglandinas, o que potencializa as contrações uterinas induzidas, fato necessário para a dilatação cervical.

A resposta satisfatória à ocitocina é caracterizada pela presença de contrações que duram 50 a 70 segundos, com frequência de 3 a 4 em 10 minutos e mostram bom relaxamento uterino.

As indicações para o uso de ocitocina podem ser maternas ou feto-anexiais e encontram-se relacionadas no quadro I.



QUADRO I - INDICAÇÕES MATERNO-FETAIS DO USO DE OCITOCINA NA  
INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.

- Indução eletiva
- Nefropatia crônica
- Hipertensão essencial
- Diabetes mellitus
- Incompatibilidade sanguínea
- Gravidez prolongada
- Amniorrexis prematura
- Polidrâmnio
- Óbito fetal intra-útero
- Hipo/oligossistolia
- Distócia funcional hipertônica

A indução eletiva requer um conjunto de circunstâncias favoráveis: prenhez a termo, cabeça insinuada e colo maduro<sup>12</sup>.

Na gravidez prolongada, a atitude expectante é geralmente indicada, a não ser que os parâmetros de avaliação de vitalidade estejam alterados; não interromper uma gravidez prolongada normal<sup>3,9</sup>. Outros autores<sup>11</sup> também adotam atitude conservadora até que o colo esteja maduro, quando a indução pode ser realizada se não há evidência de "pós-maturidade", disfunção placentária e desproporção céfalo-pélvica.

Em pacientes com gravidez prolongada, o uso de ocitócico aumentou o índice de cesarianas de 9,8% para 26,7%. É interessante ressaltar que o índice de cesarianas na população geral é de 9,6%, não diferindo significativamente do gru

po de gestação pós-matura não induzida<sup>3</sup>.

Martins e cols. referem que a falha da indução e a distócia funcional (relacionadas a colo imaturo) são fatores muito mais importantes para o insucesso do parto transpélvico do que a desproporção céfalo-pélvica e outras dificuldades relacionadas ao desenvolvimento fetal encontradas na pós-maturidade.

Quanto à amniorrexia prematura, indica-se o ocitócico em gestação de 37 semanas ou mais, quando não ocorre trabalho de parto em 4 a 6 horas<sup>2</sup>.

A inércia uterina prolongada e persistente (contrações incoordenadas ou ineficientes) pode ser indicação para o uso de ocitócico, desde que a ausência de desproporção céfalo-pélvica seja demonstrada pelo RX<sup>1</sup>.

O sofrimento fetal e a toxemia gravídica são indicações para cesariana e não para indução<sup>11</sup>.

O tocólogo, ao lado da indicação precisa deve conhecer e respeitar as contra-indicações que porventura existam. O quadro II apresenta uma síntese de contra-indicações absolutas e relativas.

QUADRO II - CONTRA-INDICAÇÕES AO USO DO OCITÓCICO NA INDUÇÃO/  
CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

<u>ABSOLUTAS</u>	<u>RELATIVAS</u>
- Desproporção céfalo-pélvica	- Grande múltipara
- Apresentações anômalas	- Apresentação pélvica
- <u>Sofrimento fetal</u>	- Superdistensão uterina
- Cirurgia anterior no útero	- Cesariana anterior
- Cesariana corporal prévia	- Prematuridade
- Inexperiência do tocólogo	- Hipertonia uterina
	- Recusa da paciente

Hã vários parâmetros a serem considerados quando se resolve indicar o uso do ocitócico; dentre eles a atitude da paciente, maturidade fetal, irritabilidade uterina, modificações do colo e altura da apresentação <sup>4,12</sup>.

Antes de ser indicada a indução, deve-se consultar a paciente, obtendo-se a sua permissão.

A maturidade fetal deve ser confirmada pela altura de fundo uterino, pontos de ossificação, diâmetro biparietal (ultra-som), citologia e dosagem bioquímica.

A irritabilidade uterina pode ser avaliada pelo estado de tensão do útero, tendência a contrair-se ao estímulo normal e reação à pequena dose do ocitócico.

Considera-se colo favorável aquele central ou anterior, amolecido, dilatável para 2 cm. e apagado em pelo menos 50%. Quando o colo é imaturo, o período de dilatação total é 3 vezes mais prolongado. Outrossim, a apresentação deve estar bem insinuada; do contrário pode predispor ao prolapso do cordão.

Um método comumente empregado para estimar o grau de sucesso da indução é o índice de Bishop, demonstrado no quadro III.

**QUADRO III - ÍNDICE DE BISHOP**

Índice de Bishop	0	1	2	3
Dilatação cervical	0	1-2cm	3-4cm	5cm
Altura da apresentação	-3	-2	-1/0	+1
Consistência do colo	grosso	médio	fino	
Apagamento do colo	0-3%	40-60%	60-70%	80% ou +
Posição do colo	post.	interm.	ant. ou centraliz.	

Após a correta indicação deve-se lembrar que a via endovenosa, para a administração é a mais eficiente e segura. A velocidade de perfusão depende da idade gestacional, diminuindo com a proximidade do termo, quando as doses fisiológicas variam de 1 a 8 mU por minuto. Deve-se iniciar a indução com baixas doses e aumentar gradativamente, conforme a resposta uterina, atingindo o máximo de 16 mU/minuto. Durante a infusão deve-se fazer monitorização da atividade uterina e batimentos cardíaco-fetais, a fim de controlar a velocidade de gotejamento. Em 80% dos casos é conveniente diminuir a dose de ocitocina pois a presença da atividade uterina espontânea desencadeada pode transformar doses fisiológicas em excessivas? Este controle também deve ser feito após a rotura da bolsa amniótica<sup>4</sup>. Se o parto não ocorrer em 12 horas, é recomendável suspender o ~~ocitócico~~<sup>4</sup>. "A indução na presença de atividade uterina espontânea, pequena e localizada é desfavorável e traz grande taxa de complicações<sup>1,2</sup>". Algumas destas complicações estão listadas no quadro IV.

#### QUADRO IV - COMPLICAÇÕES DA INDUÇÃO

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1. DPP                   | 2. Hipofibrinogenemia  |
| 3. Embolia amniocaseosa  | 4. Choque pituitrínico |
| 5. Prolapso de funículo  | 6. Intoxicação aquosa  |
| 7. Sofrimento fetal      | 8. Espasmo uterino     |
| 9. Rotura uterina        | 10. Laceração cervical |
| 11. Hemorragia pós-parto | 12. Prematuridade      |
| 13. Morbidade fetal      | 14. Mortalidade fetal  |
| 15. Óbito materno        |                        |

Briquet analisando 795 óbitos maternos, verificou que em 104 casos o parto havia sido induzido ou conduzido.

## V - DISCUSSÃO

A indução e condução do trabalho de parto tem sido objeto de polêmica na prática obstétrica. Nas últimas décadas ocorreu um aumento do número de induções.

Observamos no presente trabalho um índice de cerca de 19% de partos induzidos ou conduzidos, o que representa praticamente o dobro da taxa relatada por Gibb. Do total de partos induzidos ou conduzidos 85,90% evoluíram para parto normal e 14,10% para cesariana, o que representa uma proporção de 6,09:1 contra 3,77:1 na população geral. Na amostra esta relação foi de 3,5:1. Estas proporções discordam das encontradas por Gibb, onde havia maior incidência de cesarianas.

Das parturientes analisadas, a maior parte (3/4) tinha entre 16 e 27 anos.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 20% das pacientes referiam uso anterior de ocitocina.

Em apenas três casos havia história de cesariana anterior, o que é considerado como contra-indicação relativa ao emprego da ocitocina. Alguns autores só justificam este uso quando de indicação precisa e se houver possibilidade de monitorização acurada da evolução do trabalho de parto (registro das contrações e da frequência cardíaca fetal, vigilância bioquímica do feto, gotejamento controlado por bomba de infusão contínua e avaliação prévia da função respiratória da placenta). Cabe ressaltar que nestes 3 casos a indicação para o emprego da ocitocina era ignorado.

A literatura destaca grande multiparidade como contra-indicação relativa ao uso de ocitócico; sendo que, na amostra, encontramos oito grandes múltiparas. Destas, uma evoluiu para cesariana por apresentação pélvica. Lembrando que apresentação pélvica em grande múltipara não é indicação para cesariana, acreditamos que intercorrências outras devem ter levado ao ato operatório. Outras duas pacientes apresentavam atividade uterina de 90 uM e 100 uM, que devem ser consideradas eficazes para a fase de trabalho de parto em que se encontravam. A indicação, entretanto, foi hipoatividade uterina.

Seria adequado determinar o índice de Bishop para cada paciente. Entretanto, pela escassez de dados relativos ao apagamento e posição do colo, este só poderia ser avaliado em poucos casos. Decidimos, então, considerar cada fator separadamente, comparando com os dados da literatura que definem o colo maduro<sup>12</sup>. Quanto à consistência do colo, este era favorável em 56,66% dos casos e desfavorável em 24,44%. Quanto à dilatação, o colo foi considerado maduro em 82,23% e imaturo em 17,77%.

Em 35,56% das pacientes a altura da apresentação estava entre os planos -1 e -2 de Dely, ou seja, a apresentação não estava insinuada, fator considerado desfavorável à indução ou condução do trabalho de parto, e em 42,22% era favorável. Em 6 casos a altura da apresentação foi referida em planos de Hodge, sendo, portanto, desconsiderados.

A atividade uterina era ineficaz (0 a 80 uM) em 53,33% dos casos e eficaz em 24,45%. Quatorze pacientes apresentavam apenas contrações menores que 25 segundos, não efetivas no sentido de promover a dilatação cervical. Destas, em 50% a indicação foi realmente hipoatividade uterina. De 16

casos cuja indicação foi atividade uterina ineficaz, 3 apresentavam de 80 a 100 uM, atividade compatível com trabalho de parto.

Duas parturientes realizaram indução por gestação pós-matura, uma destas comprovada pelo ultra-som. A avaliação do recém-nascido pelo método de Usher constatou RN a termo nos 2 casos.

Uma das pacientes era primípara e evoluiu para cesariana; quando da indicação não havia entrado em trabalho de parto e o colo era desfavorável. A outra paciente era uma grande múltipara e teve parto normal. Estes dois fatores (colo desfavorável e grande multiparidade) representam condições adversas à indução. É importante ressaltar que o diagnóstico de gravidez serotina não deve ser firmado apenas através das semanas de amenorréia, sendo imprescindível um acompanhamento da evolução da circunferência máxima, AFU e peso da gestante, quando não há possibilidade da realização do ultra-som. A ultrassonografia, no entanto, não é infalível, como verificado na amostra.

Em um caso, cuja indicação havia sido atividade uterina ineficaz, foi diagnosticado, na ocasião, sofrimento fetal. Quando do nascimento constatou-se recém-nascido vigoroso. Este dado discorda dos da literatura que referem que o ocitócico pode levar ou agravar anormalidades do BCF.

A dose empregada sempre se manteve dentro dos níveis recomendados. Porém, não foi possível uma determinação precisa da mesma pois o gotejamento variava conforme a mobilização da paciente.

Em 43 casos o trabalho de parto processou-se em até 12 horas e 2, acima de 12 horas, sendo que um destes

apresentava feto morto antes da indução. Relembramos que, segundo Briquet, se o trabalho de parto não evoluir em até 12 horas, é conveniente suspender o ocitócico.

Em 2 casos, apesar da resposta uterina não ter sido suficientemente adequada, a dose foi mantida em níveis constantes. Uma destas pacientes evoluiu para cesariana com indicação de ausência de resposta à indução e a outra para parto normal após 3 tentativas (e apesar da recusa da paciente). A literatura recomenda o aumento gradativo da infusão (até 16 mU) conforme a resposta uterina.

Em outra paciente que apresentava colo maduro e dinâmica que configurava o trabalho de parto, a desproporção céfalo-pélvica existente não foi diagnosticada antes de iniciado o uso do ocitócico. O caso evoluiu, então, para cesariana, com RN pós-maturo, ~~PIG~~, com Depressão Neonatal Moderada e Síndrome de Aspiração do Líquido Amniótico. No 7º dia do puerpério foi realizada cirurgia por ruptura do colo uterino. Estas intercorrências poderiam ter sido evitadas se fosse realizada uma correta avaliação da paciente quanto à possibilidade de parto transpélvico<sup>1</sup>.

Em outro caso, a paciente, em trabalho de parto, foi, após a indução, submetida à cesariana por desproporção céfalo-pélvica. Não foi relatada qualquer complicação com o recém-nascido.

Um dos meios para avaliar vitalidade do RN é o Apgar no 1º minuto. Este método analisa os parâmetros frequência cardíaca, coloração da pele, reflexos, tônus muscular e condições respiratórias. Na nossa amostra 63,04% eram vigorosos, 15,22% moderadamente deprimidos e 6,52% (3 casos) severamente deprimidos. Dois RN severamente deprimidos eram RN



de parto gemelar pré-termo. Houve 1 (um) natimorto. Neste parto gemelar a paciente, com prováveis 28 semanas de amenorréia, foi internada com dilatação cervical quase total, não sendo possível proceder à inibição do trabalho de parto.

Uma paciente induzida com indicação de atividade uterina ineficaz apresentou laceração vaginal, tendo o recém-nascido aspirado sangue e desenvolvido Síndrome de Dificuldade de Respiratória moderada. No momento da aplicação do ocitócico a atividade uterina era de 80 uM.

Encontramos quatro RN que apresentavam Síndrome de Dificuldade Respiratória, dos quais dois com depressão neonatal, sendo que a proporção entre parto normal e cesariana nestas 2 intercorrências foi de 1:1.

Quanto à maturidade do RN, na maioria dos casos (91,30%) eram a termo, 4,34% pré-termo e em 2,18% pós-termo, em 1 caso da amostra houve morte fetal intra-uterina, antes da indução.

Em 3/4 das pacientes não foram evidenciadas complicações maternas, sendo interessante destacar que dos 4 casos de complicações materna, 2 também apresentavam complicações fetais.

## CONCLUSÃO

01. A porcentagem de induções ou conduções do trabalho de parto foi 18,98%.
02. A proporção de partos normais para cesarianas, nos partos induzidos foi de 6,09:1.
03. A porcentagem de cesarianas foi menor no grupo induzido ou conduzido do que na população geral.
04. A morbidade materno-fetal foi baixa.
05. Das pacientes com indicação por hipoatividade uterina, 18,75% apresentavam atividade uterina eficaz.
06. Em 2 (dois) casos contra-indicações não foram detectadas.
07. Em 73,33% dos casos, no momento da indicação, não foram avaliadas todas as condições para a indução ou condução.
08. O diagnóstico de gravidez prolongada baseado apenas nas semanas de amenorréia e ultrasonografia mostrou-se falho.
09. Em 33,33% dos casos havia contra-indicações absolutas ou relativas.
10. Os prontuários da Maternidade Carmela Dutra estão incompletos.
11. Em 3 (três) casos apesar de resposta uterina inadequada a dose não foi aumentada.

Ao Dr. Jorge Abi-Saab Neto pelo  
apoio e incentivo e a Luiz Otávio Gue  
dert pela confecção das tabelas.

## BIBLIOGRAFIA

01. BRAZEAU, P. *Ocitocina, prostaglandinas e alcalóides do esporão do centeio.* In: GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica.* 5 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. Cap 42, p 356-445.
02. DELASCIO, D. & MONTELEONE, P.P. *Drogas que atuam no útero.* In: ZANINI, A.C. & OJE, S. *Farmacologia Aplicada.* 2 ed. São Paulo, Atheneu, 1982. Cap XXVI. Cap 399-02
03. GIBB, D.M.F. et al. *Prolonged pregnancy: is induction of labour indicated? A prospective study.* Brit J. Obstet. gynaecol, 89(4): 292-5, Apr, 1982.
04. GUARIENTO, A. & DELASCIO, D. In:— *Obstetrícia Operatória Briquet.* 2 ed. São Paulo, Sarvier, 1979. Cap 11, p. 103-8.
05. HUNTER, D.J.S. et al. *The outcome of prolonged labor as defined by partography and the use of oxytocin.* Am. J. Obstet. Gynaecol., 145(2): 189-92, jan, 1983.
06. HUSSLEIN, P.; FUCHS, A.; *Oxytocin and the initiation of human parturition: Prostaglandin release during induction of labor by oxytocin.* Am. J. Obstet. Gynecol, 141(6): 688-92, nov., 1981.
07. HUSSLEIN, P.; FUCHS, A.; FUCHS, F. *Oxytocin and the initiation of human parturition: stimulation of prostaglandin production in human decidua.* Am J. Obstet Gynaecol, 141 (6): 694-97, nov., 1981.
08. INDUCTION OF LABOUR. Brit Med. J., 1 (6.012): 629-30, Mar., 1976.
09. JOHNSTON, M.J. *Prolonged pregnancy: is induction of labour indicated. A prospective study.* Brit. J. Obstet Gynaecol, 89 (9): 778-9, sept., 1982.
10. LITTER, M. *Farmacologia del sistema genital feminino: Drogas ocitócicas.* In:—. Farmacologia. 2 ed. Buenos Aires, Ateneo, 1961. Cap 41, p. 991-5.
11. MARTINS, C.P.; MARQUES, A.M.S.; ANDREVCCI, D. *Guidelines for induction of labour in prolonged pregnancy.* Obstet. Gynecol.; 34(6): 830-5, Dec, 1969.
12. MONTENEGRO, C.A.B & LIMA, J.R. *A contratilidade uterina.* In: Rezende, J. Obstetrícia. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1974. Cap 13, p. 268-70.

13. NEME, B. & MARTINS, J.A.P. In:—*Atualização Obstétrica*, São Paulo, Manole, 1975.
14. PORTO, A.G.M. et al. Utilização de ocitócicos em pacientes com antecedentes de cesária = um inquérito. *Femina*, 9(1): 30-2, Jan., 1981.
15. READ, J. A.; MILLER, F.C.; PAUL, R.H. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: A preliminary report. *Am. Obstet. Gynecol.*, 139(6): 669-72, Mar., 1981.
16. RICHARDSON, B.; RIATALE, R.; PATRICK, J. Human fetal breathing activity during electively induced labor at term. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 133(3): 247-55, Feb., 1979.
17. SABATINO, J.H. et al. Ação iatrogênica das induções de partos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1(3): 98-105, jul/set., 1979.
18. SEITCHIK, J.; CHATKOFF, M.L.; HAYASHI, R.H. Intrauterine pressure waveform characteristics of spontaneous and Oxytocin - or prostaglandin F<sub>2</sub> induced active labor. *Am. J. obstet. Gynecol.*, 127(3): 223-7, Feb, 1977.
19. SEITCHIK, J. & CASTILHO, M. Oxytocin augmentation of dys functional labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 144(8): 899-905, Dec. 1982.
20. TAKAHASHI, K. et al. Uterine contractility and oxytocin sensitivity in preterm, term, and postterm pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 136(6): 774-8, Mar, 1980.
21. ZYNGIER, S.B. & PERREIRA S.A. Ocitócicos e Relaxantes uterinos. In: CORBETT, C.E. et al. *Farmacodinâmica*. 5 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. Cap 41, p. 608-11.

TCC  
UFSC  
TO  
0252

N.Cham. TCC UFSC TO 0252

Autor: Souza, Arilene D

Título: Utilização de oxitocina na induç



972810817

Ac. 254385

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM