

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

810 *Castro*

INFLUÊNCIA DO USO DA OCITOCINA PARA CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO SOBRE A VITALIDADE DO RECÉM-NATO. ESTUDO RETROSPECTIVO DE 300 CASO DA MATERNIDADE DARCI VARGAS DE JOINVILLE DE 01 DE OUTUBRO DE 1992 A 31 DE OUTUBRO DE 1992.

TRABALHO APRESENTADO À COMISSÃO DE INTERNATO COMO EXIGÊNCIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

Joélcio Amorim de Castro

FEVEREIRO/93

## AGRADECIMENTOS

A DEUS por toda a força que tem me dado para continuar meus objetivos.

Aos meus pais , Luiz e Terezinha, pelo apoio durante o curso.

Aos meus irmãos Denise e Wilson, pelo estímulo.

A minha esposa Neiva pelo caminho trilhado junto, e as minhas filhas Melissa e Layane por terem sido a luz da minha vida.

Ao Dr Valdir Lampa pelo seu estímulo durante a orientação deste doutorando na área de Ginecologia e Obstetrícia.

Ao Dr Ricardo Nascimento pela amizade e dedicação dispensados durante a vida acadêmica como professor e orientador de Ginecologia e Obstetrícia.

## ÍNDICE

1 - RESUMO .....	04
2 - INTRODUÇÃO .....	05
3 - PACIENTES E MÉTODOS .....	07
4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS .....	09
5 - CONCLUSÕES .....	14
6 - BIBLIOGRAFIA .....	15

## 1 - RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo com o objetivo de determinar se o uso da ocitocina influencia de alguma forma o estado de vitalidade do recém-nato.

Na maternidade Darci Vargas, em Joinville (SC), 300 mulheres foram selecionadas dos prontuários desta instituição quanto ao uso ou não de ocitocina para condução do trabalho de parto. A proposta de análise projeta-se entre dois grupos que são o de uso de ocitocina e o de não uso de ocitocina.

As conclusões são favoráveis ao uso de Ocitocina na condução do trabalho de parto.

## 2 - INTRODUÇÃO

A Ocitocina é um hormônio polipeptídico cuja composição é  $\text{Cis-Tir-Lle-Gin-Asn-Cis-Pro-Leu-GliNH}_2$  (7,8). Produzida pela hipófise posterior (2,7,8,16) sob estímulo hipotalâmico dos núcleos paraventriculares (7) vai atuar sobre a contratatura uterina durante o trabalho de parto (2,7,8,10,16,17).

A distensão da vagina, cervix uterina e a sucção dos mamilos, através de vias nervosas vão atuar sobre o hipotálamo estimulando a secreção de ocitocina (10).

O período final da gestação é caracterizado por uma maior sensibilidade do útero a ocitocina (2,5,17). A concentração plasmática de ocitocina no início do trabalho de parto não encontra-se elevada, contudo aumenta durante o último estágio (7,16).

Segundo Muller e cols (11) Theobald em 1948 foi o primeiro que descreveu o uso de ocitocina. Seu trabalho orientou para o surgimento de inúmeros protocolos para o uso de ocitocina onde os autores defendem variações da dose inicial do intervalo de tempo para o aumento das doses e a quantidade deste aumento (11).

A ocitocina comercial tem um efeito contrátil indistinguível do provocado pela endógena durante o trabalho e parto espontâneo quando comparados amplitude, duração e frequência (5).

Podemos considerar o parto quanto ao uso da ocitocina em induzido e acelerado (ou conduzido). Induzido quando ele é iniciado artificialmente e conduzido quando já tendo iniciado tem sua evolução abreviada por algum método terapêutico (6).

Para que a condução do trabalho de parto seja eficaz deve haver apresentação cefálica, gestação próxima ao termo, insinuação do polo cefálico, amadurecimento cervical, paridade e maturidade fetal.(6)

Não existe ainda um consenso quanto a dosagem de ocitocina a ser infundida.

Segundo Resende Montenegro em seu livro (13) a via venosa deve receber 2 unidades de ocitocina em 1000 ml (1 unidade em 500 ml) e da solução administramos 10 gotas por minuto (1 miliunidade/minuto), até um máximo de 8 miliunidades por minuto (80 gotas por minuto).

Atualmente discute-se quando utilizar este recurso no trabalho de parto devido a possibilidade de ocorrer a hiperatividade uterina levando a um Sofrimento fetal agudo (13).

### 3 - PACIENTES E MÉTODOS

Este retrospectivo estudo foi realizado na Maternidade Darci Vargas, Joinville - Santa Catarina. Um total de 300 prontuários foram selecionados para o estudo sendo incluídos em dois grupos; uso de ocitocina e não uso de ocitocina.

Foram excluídos do estudo pacientes com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, anemia, em indução ao aborto, anencefalia, descolamento prematuro de placenta, apresentações não cefálicas do ovoide cômico. Também foram excluídos do estudo quando houve uso de outra medicação que não seja ocitocina durante o trabalho de parto (metoclopranida, dipirona, prometazina, ampicilina).

O critério de inclusão foi apresentação cefálica, ausência de patologias obstétricas maternas e fetais e sem uso de qualquer tipo de medicação.

Trabalho de parto foi definido como no mínimo 2 contrações regulares e efetivas em 10 minutos com evidência de mudança cervical (dilatação mínima de 2 cm ou apagamento), formação da bolsa das águas ou perda do tampão mucoso.

Um total de 228 pacientes não induziram o trabalho de parto, tendo assim uma evolução natural de sua condição na sala de pré-parto, sendo assim nosso grupo controle. Um total de 72 pacientes receberam ocitocina para conduzir o seu trabalho de parto.

Não houve um critério específico para o uso de ocitocina, sendo este uma preferência individual de cada obstetra. Salvo quando na presença de uma ruptura precoce de membranas, quando o trabalho de parto está muito prolongado, onde a quase totalidade dos obstetras utilizaram ocitocina.

A ocitocina foi administrada por via endovenosa numa preparação de 5UI diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5%. A velocidade de infusão era de 10 a 20 gotas/minuto que corresponde de 5 à 10 miliunidades por minuto.

A taxa de infusão de ocitocina foi controlada pela observação da dinâmica uterina e pelo batimento cardíaco fetal visto pelo doppler.

A infusão de ocitocina foi diminuída quando na ocorrência de hiperestimulação, definida como cinco ou mais contrações em 10 minutos, contrações com duração maior de 90 segundos, e foi temporariamente descontinuada quando houve irregularidade no batimento cardíaco fetal, ou seja, severas variações de desaceleração, recorrência de desaceleração tardia e desacelerações prolongadas.

Não foi utilizado o Índice de Bishop para avaliação do colo uterino.

Dados como idade, raça, paridade, foram recolhidos na admissão.

Os dados obstétricos foram: tipo de parto, complicações associadas ao parto e Índice de Apgar.



## 4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Com relação a idade, foi encontrada uma idade média de 27 anos no grupo controle e 23 anos no em uso de ocitocina, 4 anos mais alta no grupo controle.

Quanto a idade gestacional houve um predomínio em ambos os grupos de gestações a termo, 90.35% no controle e 90.28% no em uso de ocitocina, não havendo pois diferenças estatísticas entre os grupos.

Em ambos os grupos houve predomínio de mulheres multíparas, 62.72% no controle e 55.56% no em uso de ocitocina, nota-se que o predomínio foi maior no controle.

Pode-se observar que em ambos os grupos houve um predomínio de mulheres de raça branca, 94.74% no controle e 97.22% no em estudo, sobre as demais etnias aqui agrupadas como não branca.

Tabela I. Dados demográficos dos grupos de estudo

	! Controle	! Ocitocina
Idade média	27 anos	23 anos
Idade Gestacional		
Pré termo	16 (7,82 %)	6 (8,33 %)
A termo	206 (90,35 %)	65 (90,28 %)
Pós termo	6 (2,63 %)	1 (1,39 %)
Paridade		
Primipara	85 (37,28 %)	32 (44,44 %)
Multipara	143 (62,72 %)	40 (55,56 %)
Raça		
Branca	216 (94,74 %)	70 (97,22 %)
Não branca	12 (5,26 %)	2 (2,78 %)

A tabela II demonstra que não houveram diferenças entre os dois grupos com relação ao estado das membranas amnióticas e dilatação do colo. Sendo que estes dados correspondem ao momento da admissão para o grupo controle e ao momento do início da indução para o que fez uso.

Tabela II. Características clínicas dos grupos

! Controle n=228 ! Ocitocina n=72		
Estado da Membrana		
amniótica íntegra	146 * (64,04%)	45 ** (62,5%)
rota	67 * (29,39%)	27 ** (37,5%)
desconhecida	15 * (6,56%)	- (0%)
Dilatação média		
do colo uterino	4 *	4 **

\* dados do momento de internação

\*\* dados do início da condução

Na tabela III temos que considerar que apesar de haver uma média maior de peso no grupo controle, há uma diferença no desvio padrão que nos faz considerar os dados como significativamente iguais.

Não há diferenças quanto ao valor do apgar do 1º minuto entre os grupos e o de 5º minuto fazendo sugerir que não houve influência sobre a vitalidade do recém nato com uso da ocitocina, havendo concordância com a literaturatura (11).

Quanto ao método de parto o estudo demonstra um aumento na incidência de parto vaginal no grupo em uso de ocitocina (86,11%) sobre o controle (76,3%). AKAGURY citado em MULLER (11) sugere a existência de uma alta incidência de partos vaginais em um protocolo agressivo.

Tabela III. Características obstétricas dos grupos

	! Controle	! Ocitocina
Peso ao Nascer médio	3190.687 g	3090.556 g
Apgar		
1º minuto médio	7	7
5º minuto médio	8	8
Método de Parto		
Vaginal	174 (76,3 %)	62 (86,11 %)
Cesárea	54 (23,68 %)	10 (13,88 %)

A tabela IV nos mostra as causas para indicação da cesárea. Podemos observar que as causas mais frequentes no grupo controle foi a cesárea prévia (38,88%), seguido pela distócia (24,07%) e sofrimento fetal com (12,96%). Já o grupo que usou ocitocina teve como mais frequentes distócia (50%), Bolsa Rota como indicação para cesárea. Entretanto cumpre resaltar que este dado não deve ser considerado pois não tem significância estatística. Considere-se apenas o caráter ilustrativo do fato quando AKOURY (1) espõe que manuseio do trabalho de parto é seguro e efetivo em distócia reduzindo a taxa de procedimentos cirurgicos.

Tabela IV. Indicação para cesárea

	! Controle		! Ocitocina	
Distócia	13	(24,07 %)	5	(50 %)
Sufrimento fetal	7	(12,96 %)	1	(10 %)
Cesárea prévia	21	(38,88 %)	0	(0 %)
Não justificaram	5	(9,25 %)	0	(0 %)
Bolsa rota	2	(3,70 %)	3	(30 %)
Pós datismo	1	(1,85 %)	0	(0 %)
Associação de causas	5	(9,25 %)	1	(10 %)
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>(100 %)</b>	<b>10</b>	<b>(100%)</b>

A tabela U mostra as complicações ocorridas após o parto vaginal, sendo que em 66,67% dos casos do grupo controle não ocorreu e em 69,35% dos do em uso de ocitocina também. Das complicações mais frequentes temos presença de líquido meconial (14,37% controle, 17,74% ocitocina).

Tabela U. Complicações presentes no parto vaginal

	! Controle		! Ocitocina	
Distócia de ombro	2	(1,15 %)	0	(0 %)
Mecônio	25	(14,37 %)	11	(17,74 %)
Circular de cordão	9	(5,17 %)	3	(4,84 %)
Não houve	116	(66,67 %)	43	(69,35 %)
Forceps e Sofrimento fetal	2	(1,15 %)	0	(0 %)
Forceps	2	(1,15 %)	1	(1,61 %)
Sofrimento Fetal Agudo	5	(2,87 %)	2	(2,78 %)
Presença alterações anatômicas	6	(3,45 %)	2	(3,22 %)
Prematuridade	2	(1,15 %)	0	(0 %)
Óbito	1	(0,57 %)	0	(0 %)
Mascara Cianótica	3	(1,72 %)	0	(0 %)
Circular e mecônio	1	(0,57 %)	0	(0 %)
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>(100 %)</b>	<b>62</b>	<b>(100 %)</b>

Também na tabela VI podemos ver que não houve complicações na maioria das vezes (55,56% controle, 50% ocitocina), e que a mais presente foi mecônio (25,93% controle, 20% ocitocina).

Tabela VI. Complicações presentes no parto cesárea

	! Controle		! Ocitocina	
Mecônio	14	(25,93 %)	2	(20 %)
Circular de cordão	2	(3,70 %)	0	(0 %)
Não houve	30	(55,56 %)	5	(50 %)
Forceps	1	(1,85 %)	0	(0 %)
Sofrimento fetal agudo	7	(12,96 %)	2	(20 %)
Presença alterações anatômicas	0	(0 %)	1	(10 %)
<b>Totais</b>	<b>54</b>	<b>(100 %)</b>	<b>10</b>	<b>(100%)</b>

## 5. - CONCLUSÕES

- 1 - Este trabalho permitiu concluir a favor do uso de ocitocina durante o trabalho de parto.
- 2 - O uso de ocitocina não influencia o Apgar .
- 3 - Não existe diferença quanto a incidência de complicações quando uso em multiparas ou primiparas.

## 6 - BIBLIOGRAFIA

01. AKOURY, H.A.; MACDONALD, F.J.; BRODIE, G.; CADDICK, N.M.; FRIZE, M. Oxitocin augnmentation of labor and perinatal outcome in nulliparas. Obstet Gynecol. 78:227-30, 1991.
02. BERKOW, R. Relações Hipotálamo Hipofisárias. In: Manual Merck de Medicina. 15.ed. Roca, p.1130, 1990.
03. CAHILL, D.J; BOYLAN, P.C.; O'HERLIHY, C. Does oxytocin increase perinatal risk in primigravid labor? Am J Obstet Gynecol. Nº 166(3), p. 847-850, Mar. 1992.
04. CHIN, D.L. Oxytocin augmentation of labor and perinatal outcome in nulliparas.[Letter].Obstet Gynecol. Nº 71(1), p.154, Jan. 1992.
05. GILMAN, A.G.; GOODMAN, L.S.; GILMAN, A. Substâncias que afetam a motilidade uterina. In: As Bases Farmacológicas da Terapeutica. 6.ed. Guanabara Koogan, vol.2, p.820:830, 1983.
06. GRILLO, B.M. Indução/Aceleração do Parto. In: Temas do Curso preparatório para o TEGO. 1.ed. Relisul, p.273-279, 1992.
07. GUYTON, A.C. Endocrinologia e Reprodução. In: Tratado de Fisiologia Médica. 6.ed. Interamericana, Parte XIII, p.792 à 906, 1984.
08. HARPER, H.A.; RODWELL, U.W.; NAVES, P.A. Química e Função dos Hormônios: II. Hipófise e Hipotálamo. In: Manual de Química Fisiológica. 5 ed. Atheneu, p.593, 1982.

09. HARRISON, T.R., Doenças do Hipotálamo e da Hipófise Anterior. In: Medicina Interna. 10.ed.  
Guanabara Koogan, vol.1., p.668, 1983.
10. JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. Glândulas Endocrinas. In: Histologia Básica. 6.ed.  
Guanabara Koogan, p.407, 1985.
11. MULLER, P.R.; STUBBS, T.M.; LAURENT, S.L. A prospective randomized clinical trial comparing two oxytocin induction protocols. Am J Obstet Gynecol. Nº 167, p.373-381, 1992.
12. PITKIN, R.M.; ZLATINIK, F.J. Labor and Operative Obstetrics. In: The Year Book of Obstetrics and Gynecology. Medical Publishers: p.126-129, 1984.
13. RESENDE, J. ; MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia Fundamental. 5.ed. Editora Guanabara. p. 186: 194; 421; 428; 430, 1991.
14. SANTIN, A.J.; GARY, D.U.; YEOMANS, E.R. A prospective study of two dosing regimens of oxytocin of labor in patients with unfavorable cervixes. Am J Obstet Gynecol, 165:p.980-4; 1991.
15. SATIN, A.J.; LEVEND, K.J.; SHERMAN, M.L.; MACINTIRE, D.D. Factors affecting the dose response to oxytocin for labor stimulation. AM J OBSTET GYNECOL, Nº 166(4),p. 1260-1, Apr. 1992.



16. SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, M.G.  
Endocrinologia Ginecológica Clínica e  
-----  
Infertilidade. 2.ed. Manole Ltda, p.34:  
-----  
227-228:242-244, 1980.
17. UFER, J. Parto e Lactação. In: Hormônio-terapia  
-----  
em Ginecologia e Obstetrícia Fundamentos e  
-----  
Prática, 1.ed. Berlimed, São Paulo, p.3/ 47-48,  
-----  
1974.
18. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. BIBLIOTECA  
CENTRAL. Normas para apresentação de Trabalhos,  
-----  
Curitiba, Editora da Universidade Federal do  
Paraná, 1981.

TCC  
UFSC  
TO  
0171

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0171

Autor: Castro, Gláucia Ri

Título: Incidência de trombocitopenia ma



972805920

Ac. 254305

Ex.1 UFSC BSCCSM