

É possível dar alta a paciente em pródromos de trabalho de parto?

Rodrigo Barretto Lemos – Obstetra

CRM: 21262

Definição

- **Pródromos de trabalho de parto:**
 - Fase que antecede o trabalho de parto propriamente dito, ainda com contrações irregulares e sem modificações do colo uterino.
- **Fase latente do trabalho de parto:**
 - Primeira parte da fase de dilatação, contrações já regulares, pelo menos a cada 5 minutos e que já induzem modificações no colo uterino.
- **Fase ativa do trabalho de parto**
- **2º período do trabalho de parto ou fase da descida**
- **3º período ou dequitação**
- **4º período**

Trabalho de parto

- **Curva de Friedman 1959:**
 - 1º gráfico propondo fases distintas para o trabalho de parto.
 - Previa trabalhos de parto mais rápidos, com maior velocidade de dilatação.
 - **Ainda utilizado como parâmetro em muitos países.**

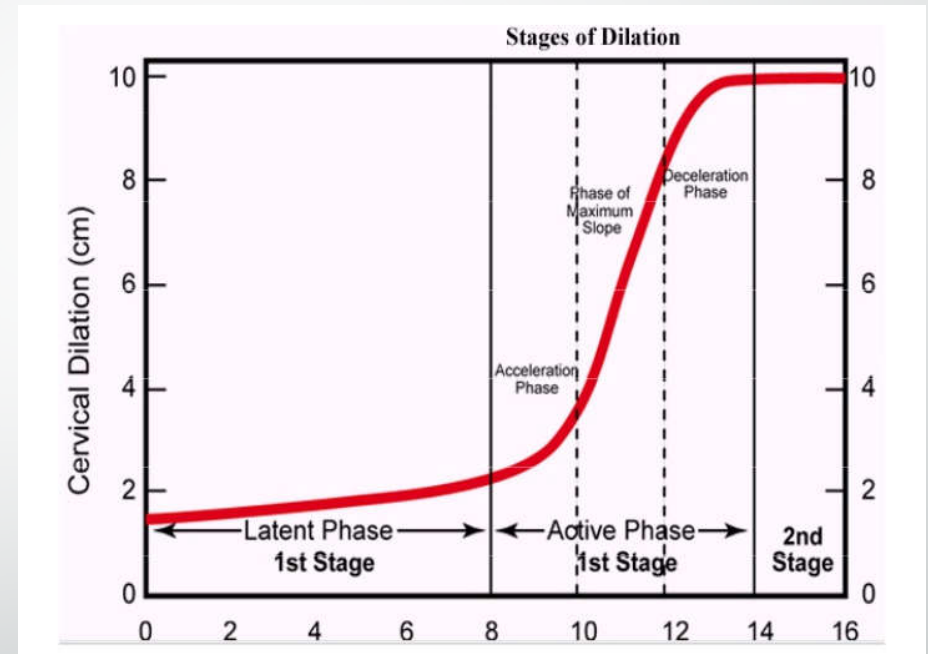


Figura 1: Curva média de dilatação para o parto em nulíparas. (De E. A. Friedman, Labor: Clinical Evaluation and Management [2ª ed.]. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978).

Trabalho de parto

- Curva de Zhang:
 - Estudo retrospectivo realizado em 2010
 - Avaliadas 64.415 mulheres nulíparas com gravidez única
 - Partos vaginais sem intercorrências fetais (apgar no 5º min > ou = 6)
 - Cerca de 45% das mulheres receberam ocitocina e 80% tiveram analgesia de parto.

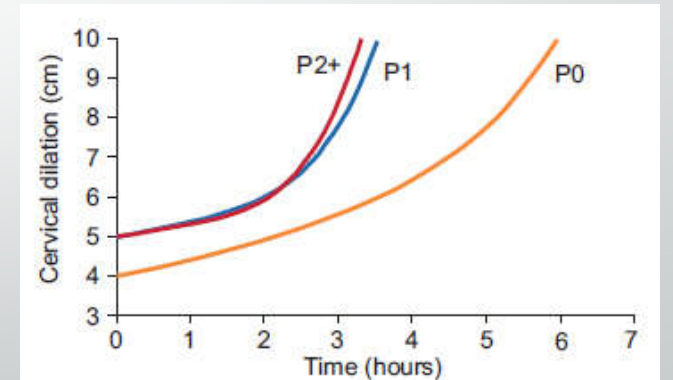
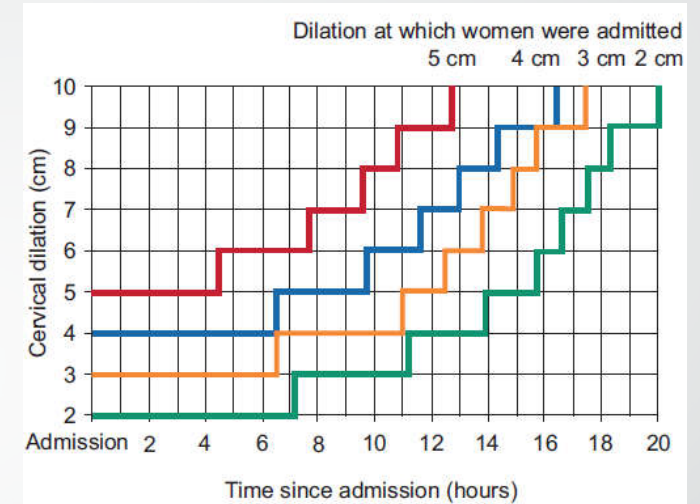


Fig. 2. Average labor curves by parity in singleton term pregnancies with spontaneous onset of labor, vaginal delivery, and normal neonatal outcomes. P0, nulliparous women; P1, women of parity 1; P2+, women of parity 2 or higher.

Zhang. Contemporary Labor Patterns. Obstet Gynecol 2010.



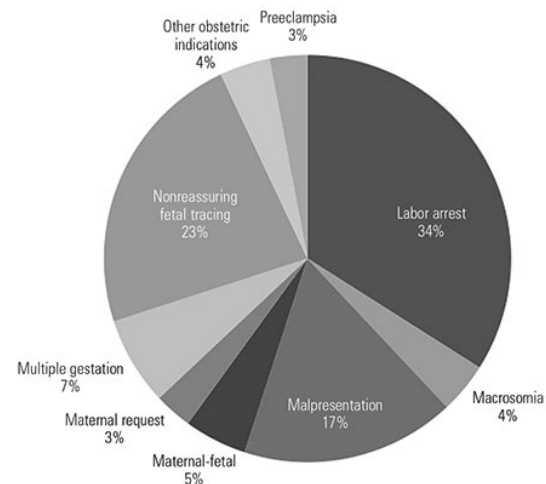
The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 1 • March 2014
(Reaffirmed 2016)

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery



• Conclusão:

- O risco de hemorragia que precise de histerectomia ou transfusão, rotura uterina, complicações anestésicas, choque, parada cardíaca, insuficiência renal aguda, ventilação mecânica, sepse, tromboembolismo e hematoma da ferida operatória é 3 vezes maior na cesariana do que no parto vaginal (2,7 x 0,9%).

RESEARCH

Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term

Shiliang Liu, Robert M. Liston, K.S. Joseph, Maureen Heaman, Reg Sauve, Michael S. Kramer for the Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System

Riscos associados ao internamento precoce

Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labor

Jennifer L. Bailit, MD, MPH, LeRoy Dierker, MD, May Hsieh Blanchard, MD, and Brian M. Mercer, MD

- Conclusão:
 - Taxa de cesarianas: 6,7 x 14,2%
 - Maior numero de diagnósticos de parada da fase ativa (OR 2.2)
 - Maior uso de ocitocina (OR 2.3)
 - Coleta de sangue do escalpe fetal para avaliação do PH (OR 2.2)
 - Amniotomia (OR 2.7)
 - Não teve diferença nos partos vaginais operatórios, hemorragia pós parto, intubação fetal e infecção puerperal

É possível dar alta a paciente em pródromos de trabalho de parto?



- **E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):**
 - Ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição.
 - Oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário.
 - Encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações e o risco do parto acontecer sem assistência.
- **E está em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical)**
 - Admitir para assistência

É possível dar alta a paciente em pródromos de trabalho de parto?

Original Research

False Labor at Term in Singleton Pregnancies

Discharge After a Standardized Assessment and Perinatal Outcomes

David B. Nelson, MD, Donald D. McIntire, PhD, and Kenneth J. Leveno, MD

CONCLUSION: Discharge with false labor at term after a standardized assessment in a triage unit was not associated with increased rates of adverse perinatal composite outcomes or cesarean delivery. The time interval to return for delivery was significantly associated with the cervical dilatation at discharge.

Obstet Gynecol 2017;0:1-7,

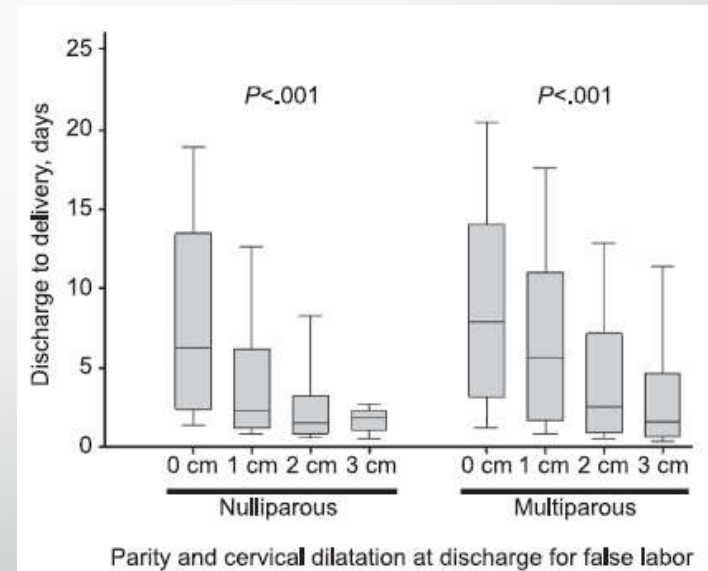
É possível dar alta a paciente em pródromos de trabalho de parto?

Table 2. Delivery Characteristics of Women Sent Home With the Diagnosis of False Labor at 37 0/7 to 41 6/7 Weeks of Gestation (n=3,949) Compared With 2,592 Similar Women Admitted to the Labor and Delivery Unit for Spontaneous Labor

| Characteristic | Sent Home (n=3,949) | Admitted to Labor and Delivery (n=2,592) | P | Adjusted P* |
|-------------------------------|---------------------|--|-------|-------------|
| Week of gestation at delivery | 39.5±1.0 | 39.3±1.1 | <.001 | <.001 |
| 39 or greater | 3,323 (84) | 1,942 (75) | <.001 | <.001 |
| Oxytocin augmentation | 1,556 (39) | 956 (37) | .04 | .52 |
| Chorioamnionitis | 446 (11) | 233 (9) | .003 | .07 |
| Epidural analgesia | 2,586 (65) | 1,694 (65) | .91 | .35 |
| Time spent in labor unit (h) | 7.6 (4.2, 12.0) | 8.2 (5.3, 12.0) | <.001 | <.001 |
| Mode of delivery | | | | |
| Spontaneous vaginal | 3,380 (86) | 2,203 (85) | .69 | .08 |
| Forceps | 129 (3) | 92 (4) | .46 | .39 |
| Cesarean | 440 (11) | 297 (11) | .69 | .16 |

Data are mean±standard deviation, n (%), or median (quartile 1, quartile 3) unless otherwise specified.

* Adjusted for age, race, parity, and body mass index.



É possível dar alta a paciente em pródromos de trabalho de parto?

Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review

Ellen D. Hodnett, RN, PhD

Toronto, Ontario, Canada

CONCLUSION: The influences of pain, pain relief, and intrapartum medical interventions on subsequent satisfaction are neither as obvious, as direct, nor as powerful as the influences of the attitudes and behaviors of the caregivers. (Am J Obstet Gynecol 2002;186:S160-72.)

Conclusão

- O *internamento precoce* de gestantes de *baixo risco* em pródromos ou *fase latente* do trabalho de parto acarreta *intervenções desnecessárias* e muitas vezes *danosas* as pacientes. Avaliação do bem estar fetal com cardiotocografia, avaliação da dilatação do colo uterino e o *acolhimento da paciente* no momento da consulta de emergência são fundamentais para que tanto o médico, como a gestante, tenham *segurança* na decisão que será tomada.



Muito Obrigado!