

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

1. INTRODUÇÃO

O prolapso de cordão é definido como a projeção do cordão umbilical através do colo do útero na frente da apresentação fetal. Pode ser oculto quando está ao lado da apresentação e não visível, ou evidente quando está além da apresentação e pode ser visível externamente ou palpável. Em ambas as situações as membranas estão geralmente rompidas. Quando as membranas estão íntegras, outro termo utilizado é o de proclidência de cordão. O prolapso é uma emergência obstétrica com elevado risco de mortalidade e morbidade perinatal devido à compressão da veia umbilical e ao vasoespasmos da artéria uterina que comprometem a oxigenação fetal.

Não é um quadro raro e a incidência global varia de 0,1 a 0,6% dos partos. Essa incidência vem diminuindo há quase um século associado a um aumento das taxas de sobrevivência. Esse declínio é influenciado pelo aumento das taxas de cesáreas e redução da prevalência de alguns fatores de riscos, como a multiparidade.

2. ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

O líquido amniótico está a uma pressão maior que a pressão atmosférica, então, quando as membranas rompem, se a apresentação fetal não estiver insinuada na pelve materna, o cordão umbilical pode ser prolapsado através do colo uterino juntamente com o líquido que será exteriorizado. Algumas teorias tentam explicar também o prolapso se baseando na própria formação do cordão, casos de cordões mais finos com menos envolvimento da geleia de Wharton teriam maiores chances de apresentarem prolapso.

O cordão prolapsado pode sofrer compressão entre o feto e as estruturas maternas ou sofrer vasoespasmos provavelmente pela menor temperatura da vagina, o que compromete a hemodinâmica fetal e pode ser evidenciado clinicamente por alterações na frequência

Data da criação MAIO/2020

Data de Implantação: JUNHO/2020

Validade: 2 anos

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

cardíaca fetal (FCF). O fluxo sanguíneo feto-placentário prejudicado leva a hipóxia fetal e, se não devidamente tratado, acarreta desfechos perinatais desfavoráveis.

Vários fatores de risco já foram associados com prolapso de cordão, entretanto o risco relativo que eles determinam apresenta um impacto reduzido na prática clínica e a maioria deles não são evitáveis. Podem ser agrupados em dois grandes grupos: (1) apresentação fetal não adequadamente encaixada na pelve devido às características maternas e/ ou fetais, (2) intervenções obstétricas que elevam a apresentação fetal. Esses fatores estão descritos na tabela 1.

Dos fatores de riscos espontâneos, a apresentação fetal anômala é o mais relevante, por permitir um espaço entre a apresentação e a pelve materna para ocorrer o prolapso. Em uma

revisão, a frequência de prolapso de cordão em apresentações cefálicas, pélvicas e transversas foi de 0.24, 3.5 e 9.6, respectivamente. A rotura anteparto de membranas, espontânea ou induzida, é outro fator de risco importante e a maioria dos casos de prolapso ocorre logo após essa rotura. Deve-se realizar a amniotomia apenas se a apresentação fetal estiver bem encaixada, se não o procedimento deve ser adiado.

Alguns estudos associaram as intervenções obstétricas (amniotomia, tentativa de rotação do polo cefálico, amnioinfusão, versão externa, colocação de balão para maturação cervical) com aumento do risco de prolapso de cordão, entretanto não há evidência que essas intervenções aumentem a incidência global do quadro. Essa informação é corroborada pelo fato de a incidência de prolapso de cordão ser semelhante entre as populações, mesmo naquelas com uma notável diferença na prática obstétrica. É difícil determinar se o prolapso teria ocorrido espontaneamente a despeito da intervenção realizada.

Esponthâneos	Relacionados a intervenções obstétricas
--------------	---

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral

Apresentação anômala ou instável	Amniotomia (especialmente se apresentação alta) Amnioinfusão
Polidrâmnio	Versão externa e interna Rotação do polo cefálico
Rotura anteparto de membranas	Utilização de balão para maturação cervical Introdução de dispositivos intrauterinos Aplicação de fórcepe e vácuo
Multiparidade	
Baixo peso ao nascer (<2500g) Prematuridade	
Anomalias congênitas	
Anomalias no cordão	
Gemelaridade	
Deformidades pélvicas	
Placentação anormal	

Tabela 1- Fatores de risco prolapso de cordão

3. QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

A manifestação clínica principal é o início súbito de alterações na frequência cardíaca fetal (bradicardia e desacelerações) em pacientes com um traçado previamente normal, logo após rotura espontânea das membranas ou intervenções obstétricas. Menos comumente, o obstetra também pode visualizar ou palpar o cordão umbilical pulsante na vagina durante o exame de toque.

O prolapso evidente pode ser mais facilmente diagnosticado, entretanto a maioria dos casos de prolapso oculto não são reconhecidos e terminam em uma cesárea devido a uma bradicardia fetal inexplicada. Por isso, podemos supor que a incidência de prolapso de cordão é subestimada.

Diante de alterações na frequência cardíaca fetal, deve ser realizado o diagnóstico diferencial com outras condições que acarretam sofrimento fetal, como hipotensão materna, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina, taquissistolia e vasa prévia.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

Os demais achados clínicos auxiliam nessa diferenciação (sangramento transvaginal, padrão das contrações, pressão arterial materna).

O diagnóstico ultrassonográfico pré-natal de um cordão prévio à apresentação pode não ser muito útil, pois nem sempre esses casos estão associados a prolapso de cordão. A ultrassonografia tem um baixo valor preditivo para prever esses casos.

4. TRATAMENTO

O principal fator determinante do sucesso do tratamento é o tempo transcorrido entre o diagnóstico e a resolução da gestação. Portanto, o prolapso de cordão deve ser manejado como uma emergência obstétrica e a conduta deve ser o parto imediato. Ao diagnosticar o prolapso, uma sequência de medidas deve ser desencadeada e toda a equipe acionada: neonatologia, anestesiologia, enfermagem e centro cirúrgico.

Enquanto o parto não é possível, a monitorização da frequência cardíaca fetal deve ser contínua, a fim de determinar o grau de urgência do parto. Também podem ser realizadas algumas medidas para tentar reduzir a compressão do cordão umbilical e, conseqüentemente, a hipóxia fetal. Essas medidas estão descritas abaixo. É importante ressaltar que a realização de nenhuma manobra deve atrasar a resolução da gestação.

➤ **Elevação manual da apresentação fetal:**

Se o prolapso for evidente, pode-se elevar manualmente a cabeça do feto afim de reduzir a compressão do cordão prolapsado, entretanto deve-se evitar contato direto sobre ele para não induzir vasoespasmo e piorar a situação. Diante do quadro de sofrimento fetal pode ser necessária a manutenção da manobra até o parto.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por:

Dr. Fernando Legnani de
Souza – Dir. Técnico

Revisado por:

Dr. Marco Aurélio Sampaio
de Paulo – Dir. Clínico

Validado por:

Enfª Marcilene de Paula
Diretora Geral

➤ **Posicionamento materno:**

Sugere-se a posição de Trendelenburg ou genito-peitoral, o que pode aliviar a pressão sobre o cordão umbilical.

➤ **Enchimento vesical:**

Outra opção para elevação da apresentação fetal é o enchimento da bexiga utilizando um cateter com balão e solução salina (500-750ml). Imediatamente antes do parto a bexiga deve ser esvaziada para se evitar traumas.

➤ **Envolvimento do cordão com salina morna:**

Não há evidências para recomendar de rotina o envolvimento do cordão com salina morna. A alça de cordão exteriorizada deve ser manipulada o mínimo possível.

➤ **Reintrodução do cordão**

Devido à falta de estudos que comprovem a segurança da manobra, não se recomenda de rotina. Nos casos em que o cordão é expulso da vagina, para evitar o ressecamento e exposição à temperatura ambiente, pode ser reintroduzido na vaginal e um tampão úmido ser inserido no introito vaginal para mantê-lo no lugar.

➤ **Tocólise**

A tocólise pode ser utilizada para reduzir as contrações e conseqüentemente a pressão sobre o cordão. O tocolítico mais utilizado para esse fim é a terbutalina. No pós-parto, essas pacientes devem ser monitorizadas, pois apresentam um maior risco de atonia uterina.

O parto deve ser realizado pela via mais rápida e segura, que normalmente é a

Data da criação MAIO/2020

Data de Implantação: JUNHO/2020

Validade: 2 anos

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral

cesárea. Entretanto, se o parto vaginal for iminente, não há contraindicação absoluta para essa via. Em relação ao tipo de anestesia, pode ser realizado tanto o bloqueio regional quanto a anestesia geral, a depender das alterações na frequência cardíaca fetal, respeitando as outras indicações clínicas que determinam o tipo de anestesia. Nos casos de frequência tranquilizadora pode-se proceder ao bloqueio regional, entretanto nos casos de bradicardia persistente a anestesia geral está mais indicada. Em fetos com anomalias congênitas letais ou óbito fetal não há indicação de cesárea de urgência.

Nos casos onde ocorre o prolapso antes da viabilidade fetal, a conduta conservadora é uma opção, entretanto essa conduta deve ser individualizada e compartilhada com o paciente, tendo em vista o risco de infecção materna grave e a incerteza em melhorar os desfechos perinatais.

Os resultados neonatais nos casos com prolapso de cordão são bons se a paciente estiver em um ambiente hospitalar e o parto for realizado dentro dos primeiros 30 minutos do evento. Fora do hospital, como nos partos domiciliares, a mortalidade perinatal aumenta em até 18 vezes. Asfixia e complicações relacionadas a prematuridade são as principais complicações.

As equipes assistenciais devem ser treinadas em simulações realísticas para prolapso de cordão, a fim de reduzir o tempo do diagnóstico ao parto e, conseqüentemente, melhorar os desfechos.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 020 – PROLAPSO DE CORDÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral

REFERÊNCIAS

Behbehani S, Patenaude V, Abenhaim HA. Maternal Risk Factors and Outcomes of Umbilical Cord Prolapse: A Population-Based Study. J Obstet Gynaecol Can. 2016; 38:23.
Clinical Practice Guideline: Cord Prolapse. Institute of Obstetricians and Gynaecologists,

Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive. Guideline N 35. Version: 1.0, 2015.

Dilbaz B, Ozturkoglu E, Dilbaz S, Ozturk N, Sivaslioglu AA, Haberal A. Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274:104–7.

Gibbons C, O’Herlihy C, Murphy JF. Umbilical cord prolapse - changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015 Mar;122(4):599.

Holbrook BD and Phelan ST. Umbilical cord prolapse. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2013; 40(1): 1-14

Umbilical Cord Prolapse. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2014. Green-top Guideline No. 50.

Data da criação MAIO/2020

Data de Implantação: JUNHO/2020

Validade: 2 anos