

PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL: Uma urgência obstétrica

Fernanda Gomes da Costa

Palavras-chave: prolapso do cordão umbilical; factores desencadeantes; acções emergentes

Segundo BOBAK (1999:294) o prolapso do cordão umbilical "*ocorre em um de cada 400 nascimentos*". Esta situação resulta numa urgência obstétrica, pois o cordão umbilical encontra-se comprimido entre a parte fetal que se apresenta no canal de parto e a pelve óssea materna, a vagina, ou ambas, consoante a descida fetal já efectuada.

Os factores desencadeantes de um prolapso do cordão umbilical versus a sua compressão podem ser vários (Figura 1), designadamente: presença de hidrâmnios (a apresentação cefálica não encaixa no segmento inferior uterino), apresentação fetal anómala (como é o caso da apresentação pélvica e a apresentação transversa), estreito materno contraído, rotura prematura das membranas (RPM) associada a uma apresentação fetal alta, placenta prévia marginal, feto pequeno para a idade

gestacional (PIG), gravidez múltipla (associa fetos PIG) e cordão umbilical de grande comprimento (com mais de 100cm).

Diagnosticar um prolapso do cordão umbilical pode não ser fácil, especialmente se este está recôndito (prolapso oculto), contudo o seu rápido reconhecimento torna-se relevante devido à consequente hipóxia fetal.

Quando o cordão umbilical é comprimido pela pressão exercida pela parte fetal contra as paredes maternas a consequência é interferência na circulação feto-placentária ou até mesmo interrupção do fluxo sanguíneo (de e para o feto por mais de 5 minutos), o que origina anóxia e consequente lesão do sistema nervoso central ou morte fetal.

No prolapso oculto do cordão umbilical as membranas, envoltentes do líquido

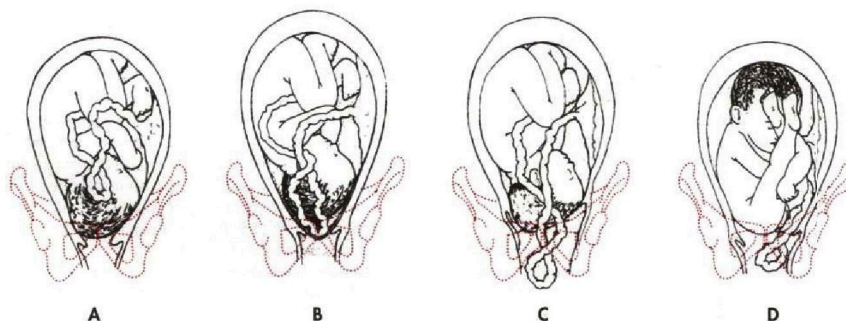


Figura 1

Representação de situações possíveis no prolapso do cordão umbilical.

A. Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal cefálica (pode ter ou não membranas intactas); **B.** Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal cefálica (pode ter ou não membranas intactas), mas a anse do cordão progrediu mais; **C.** Prolapso do cordão umbilical observável no intróito vaginal numa apresentação fetal cefálica, com rotura de membranas; **D.** Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal pélvica perfeita com rotura de mebranas.

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999)

amniótico, encontram-se intactas e o cordão decaiu para o canal cervical e posicionou-se à frente do feto ou ficou ao lado da parte fetal que se apresenta.

Frequentemente descobre-se um prolapso oculto do cordão umbilical porque se detecta um padrão anormal da frequência cardíaca fetal (110 a 150 b/min é considerado o padrão normal).

Para que se visualize uma ansa do cordão umbilical a projectar-se da vagina é necessário que já tenha ocorrido a rotura das membranas (RM).

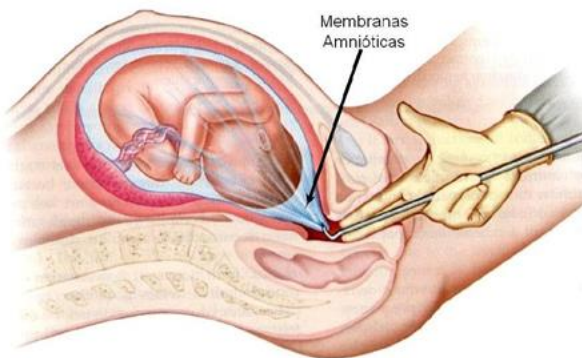


Figura 2

Rotura artificial das membranas (RAM)

Fonte: Adaptado de Sherwen Laurie N. Et al (1999)

Habitualmente a rotura é espontânea (REM - rotura espontânea das membranas) e como a apresentação ainda se encontrava alta, designadamente no estreito superior, houve espaço para que o cordão deslizesse entre o feto e a parte que se apresenta. Daí que, quando se procede à rotura artificial das membranas (RAM) é indispensável ter o cuidado de não retirar os dedos (indicador e médio), que serviram de condutor à pinça de rotura, do canal de parto antes de se sentir que com o esvaziamento do líquido amniótico e a acção da gravidade, a apresentação fetal fique imobilizada e adaptada à pelve materna sem que haja comprometimento do cordão (Figura 2). Esta é a razão pelo que não se efectua

uma RAM antes da apresentação fetal estar no estreito inferior. Após este procedimento deve-se avaliar os batimentos cardíacos fetais (BCF) pelo menos 1 minuto completo, para despiste de uma frequência cardíaca anómala.

É importante escutar a parturiente que teve ou lhe foi provocada a rotura de membranas, ela pode referir que sente "algo" entre as suas pernas e tratar-se do cordão umbilical.

Durante o período gravídico, se existem causas predisponentes para que ocorra prolapso do cordão dever-se-á considerar que a gravidez é de alto risco e a sua vigilância deverá ser acurada. Em caso de ocorrer prolapso do cordão umbilical antes de uma dilatação cervical completa a melhor opção de procedimento será o parto por cesariana.

Quando se está perante um prolapso do cordão umbilical é necessário estar constantemente a avaliar BCF, pois se o cordão fica com uma frequência cardíaca bradicárdica ou deixa de pulsar pode ser indicador de sofrimento ou de morte fetal.

O diagnóstico de prolapso do cordão umbilical exige uma intervenção imediata que vise aliviar ou minimizar a



Figura 3

Parturiente com prolapso do cordão na posição geno-peitoral

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).

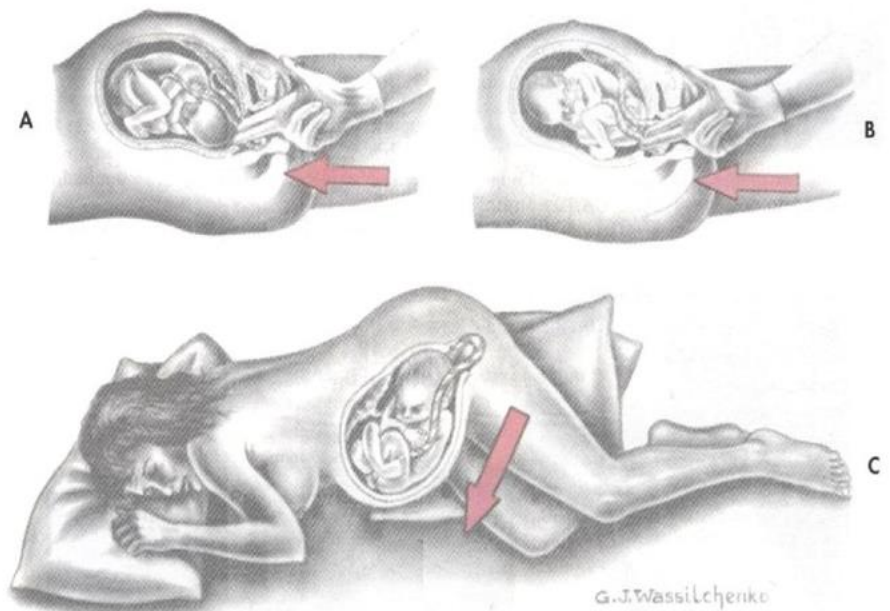
compressão exercida sobre o cordão. Assim, a enfermeira obstetra que detectou a situação deve solicitar auxílio e avisar o médico obstetra, providenciar um parto por cesariana, colocar a

parturiente em posição geno-peitoral (Figura 3), ou em Trendelenburg's extrema ou em posição de Sims modificada e elevar a pelve materna com almofadas (Figura 4), para que a compressão do cordão seja menos intensa através da acção da gravidade.

Figura 4

As setas assinalam a direcção da pressão exercida contra a apresentação fetal no intuito de aliviar a compressão do prolapso do cordão umbilical. **A-** Representa uma apresentação fetal cefálica e de vértice com RM; **B-** Representa uma apresentação pélvica com RM. **C-** Representa uma parturiente com um prolapso do cordão numa apresentação cefálica e com RM, em posição de Sims modificada com as ancas mais elevadas possível, com a ajuda de almofadas.

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).



Caso a mudança de posição não resulte em padrão normal dos BCF, especificamente se persiste uma bradicardia fetal com desaceleração, que pode ser variável consoante há manifestação de contracção uterina (a parturiente deve estar monitorizada com o cardiotocógrafo, para os BCF e para a contractilidade uterina), então tendo em conta a técnica asséptica e com luvas esterilizadas a enfermeira ou o médico obstetra deve realizar o toque vaginal introduzindo os dedos indicador e médio da sua mão dominante e tentar mobilizar, empurrando a apresentação fetal de modo a aliviar a pressão exercida sobre o cordão e promover a passagem de fluxo sanguíneo. O cordão nunca deve ser manipulado, pois pode ser traumatizado.

A porção da ansa do cordão umbilical observada no intróito e exterior à vagina deve ser envolvida em compressas esterilizadas, embebidas em soro

fisiológico morno a 0.9%.

A importância da administração de oxigénio à parturiente, por máscara, a um ritmo de 10 a 12 l/min, manifesta-se importante para a oxigenação do sangue materno e fetal.

A colocação ou manutenção de uma

perfusão em veia periférica torna-se imprescindível para hidratação e permeabilidade da veia.

Concomitantemente a todo este processo a comunicação com a parturiente/companheiro é uma das acções mais importantes. Com a explicação do que está a acontecer e as razões dos procedimentos, visa-se a transmissão de sentimento de controlo da situação e como 'feedback' a sua cooperação/adesão às recomendações, promovendo-se assim o atenuar dos seus medos.

Contudo, perante um prolapso do cordão umbilical pode-se optar por realizar um parto por via vaginal se os seguintes critérios forem satisfeitos:

- O colo uterino está com dilatação completa;
- A apresentação fetal é cefálica, esta está de vértice e encontra-se no estreito inferior em plano de Hodge positivo (Figura 5);
- Há rotura das membranas;

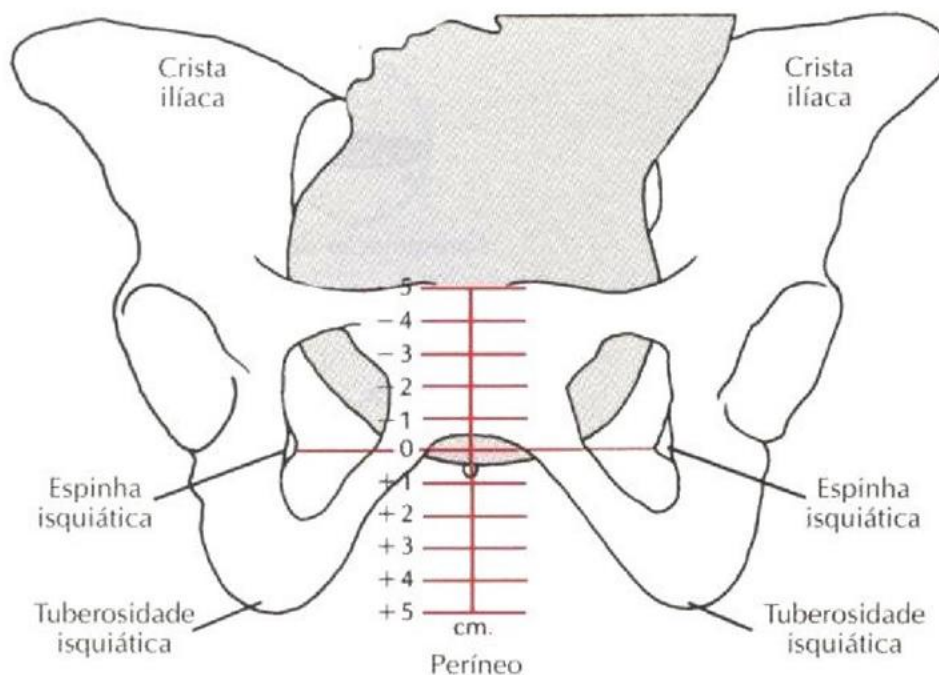


Figura 5

Esquema dos estádios virtuais de uma pelve óssea (1)

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).

- As medições pélvicas e fetais revelam compatibilidade feto-pélvica.

Na urgência obstétrica do prolapso do cordão umbilical, a equipa de assistência (enfermeiros e médicos obstetras) deve actuar em consonância e com rapidez objectivando a facilitação do nascimento.

(1) – Os estádios representam a relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as espinhas isquiáticas da pelve materna que marca a posição zero. Estes estádios exprimem-se em centímetros (negativos) para cima ou para baixo (positivos). O parto é dito de iminente quando a apresentação está em progressão nos estádios positivos e atinge a posição +4 a +5.

Referências Bibliográficas:

BOBAK. M. Irene; et al (1999). Enfermagem na Maternidade. 4ª ed. Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8383-09-6

OLDS S. B.; LONDON M. L. et al (1987). Enfermería Materno-infantil: Un concepto integral familiar. 2ªed. México. Nueva Editorial Interamericana. ISBN 968-25-1150-X.

Sherwen Laurie N. Et al (1999). Maternity Nursing: Care of the Childbearing Family. 3ª ed. Connecticut. Stamford. Appleton & Lange. ISBN 0-8385-7083-6

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY Mecca S. (1986). Enfermagem Obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. ISBN 85-201-0244-1.

Referências Electrónicas:

<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D275%26cn%3D2043>



Fernanda Gomes da Costa
Mestre em Ciências da Enfermagem
Enfermeira Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica
Equiparada a Professora Adjunta da
ESS-IPS

E-mail: fgomes@ess.ips.pt