Casos clínicos

# Prolapso de cordão

Discussão de casos · ambulatório e plantão

# CASO 1 | DEPOIS DA AMNIOTOMIA

## Daiane, 31 anos, G4P3, lavradora. 38 semanas, polidrâmnio leve.

Admitida com 5 cm, contrações irregulares.
Apresentação cefálica, alta e móvel ao toque. O plantonista decide 'acelerar' e faz amniotomia: sai líquido claro em grande quantidade.
No toque seguinte, você sente uma alça pulsátil à frente da cabeça, que agora está em plano -3. BCF cai de 140 para 70 bpm e não recupera. São 22h10; o centro cirúrgico está a dois corredores e o anestesista em outra cesárea, que termina em 15 minutos.
Dilatação 5 cm, bolsa rota, feto único, 3.200 g estimados.



O que você faz com a mão que está lá dentro? Em que posição coloca a paciente? Como ganha tempo até a cesárea?

# Resolução do caso 1

Prolapso de cordão com bradicardia: emergência obstétrica. A mão não sai mais — ela vira o tratamento até o nascimento.

0–1 min: diga 'prolapso de cordão', marque a hora, acione cesárea categoria 1, anestesista e pediatra. Dois dedos (ou a mão) elevam a apresentação para longe do cordão — e ficam ali.

1–3 min: genupeitoral ou lateral esquerdo com Trendelenburg e coxim sob o quadril. Não manipular nem recolocar o cordão; alça exteriorizada: compressa morna úmida.

3–5 min: vai demorar? Sonda vesical, 500–750 mL de soro e clampear — a bexiga cheia eleva a cabeça e inibe contrações. Bradicardia persistente: terbutalina 0,25 mg SC enquanto prepara a cirurgia.

Via: 5 cm, apresentação alta → cesárea categoria 1, decisão-nascimento ≤ 30 min. Geral se a raqui atrasar; esvaziar a bexiga antes de incisar; a mão elevando a cabeça até o clampeamento.

Depois: gasometria de cordão, registro dos tempos, conversa com a família e debriefing — a amniotomia com cabeça alta foi o erro evitável.



Elevar e não soltar

Genupeitoral

Bexiga + terbutalina

Cesárea cat. 1 ≤ 30 min

Fontes: RCOG Green-top Guideline 50, Umbilical Cord Prolapse (2014); MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019).

# GANHAR TEMPO | O QUE CADA MEDIDA FAZ

## Tirar o peso do cordão

Elevação manual: dois dedos no fórnice empurram a apresentação para cima; a mão permanece até o clampeamento do cordão na cesárea.
Posição: genupeitoral (joelhos no leito, tórax baixo) para o diagnóstico; para o transporte, lateral esquerdo com Trendelenburg e coxim sob o quadril.
Enchimento vesical: sonda de Foley, 500–750 mL de SF, clampear. Útil quando o deslocamento vai demorar (transferência). Esvaziar antes de incisar.

## Parar a contração

Terbutalina 0,25 mg SC (ou salbutamol/atosibana se disponível) — tocólise de resgate quando a bradicardia persiste apesar das medidas mecânicas e a cesárea ainda vai demorar.
Não substitui o nascimento; é ponte.
Suspender ocitocina imediatamente, se estiver em uso.

## Não fazer

Manipular, tracionar ou tentar recolocar o cordão no útero: vasoespasmo e piora.
Perder tempo com CTG prolongada para 'confirmar' — o toque e a ausculta já bastam.
Deitar a paciente em decúbito dorsal plano para o transporte.
Soltar a apresentação para 'ver como está' o BCF.

Fontes: RCOG GTG 50 (2014); Vago T, Am J Obstet Gynecol 1970 (enchimento vesical); Katz Z et al., Obstet Gynecol 1988.

# CASO 2 | O CORDÃO QUE NÃO SE VÊ

## Priscila, 24 anos, primigesta. 40 semanas, trabalho de parto ativo, bolsa rota há 3 horas.

Toque há 40 minutos: 8 cm, cefálica, plano 0, líquido claro. CTG com variabilidade normal até então.
Agora: desacelerações variáveis profundas (até 60 bpm, duração de 60–90 s) a cada contração, com recuperação lenta nas últimas 3. Sem sangramento, útero relaxa entre contrações, PA 118/74.
A enfermeira sugere 'mudar de posição e observar mais um pouco'. Você faz novo toque: 9 cm, plano +1, e lateralmente à cabeça palpa uma estrutura cilíndrica, mole, pulsátil, que não estava lá antes.



O que explica o padrão da CTG? É cesárea ou dá para esperar o parto vaginal — e com que critérios?

# Resolução do caso 2

Prolapso oculto (cordão lateral à cabeça): as variáveis profundas e repetidas são compressão funicular. O toque é o exame que confirma — por isso ele é obrigatório diante de desacelerações variáveis novas.

Suspeitar: qualquer desaceleração variável profunda ou bradicardia nova após rotura de membranas, mudança de posição não resolve, útero relaxa (afasta DPP) — examine. Prolapso oculto é o que mata porque não se vê.

Decidir a via: 9 cm, plano +1, primigesta, padrão com recuperação lenta → NÃO está em condições de parto vaginal imediato. Elevar a cabeça, lateral/Trendelenburg, cesárea categoria 1. Se a dilatação fosse completa com plano +2 ou mais: vácuo ou fórcipe, com parto esperado em minutos.

Regra prática (RCOG): parto vaginal só se for mais rápido que a cesárea E factível com segurança; se BCF normal e persistente apesar do prolapso, a urgência cai para categoria 2, mas o nascimento continua indicado.

Na sala: pediatra presente, gasometria de cordão, documentar hora do diagnóstico e do nascimento.



Variável nova? Toque

Oculto também mata

Completa + baixa: vácuo

Senão: cesárea cat. 1

Fontes: RCOG GTG 50 (2014); FIGO, Intrapartum fetal monitoring consensus (2015); MS, Diretrizes de Assistência ao Parto Normal (2017).

# CASO 3 | QUANDO NÃO É EMERGÊNCIA

## Lucimar, 37 anos, G2P1, 21 semanas e 4 dias.

Dor em baixo-ventre e perda de líquido há 2 horas. Especular: bolsa herniada e alça de cordão pulsátil na vagina. Colo 4 cm. BCF 150 bpm. Sem febre, sem sangramento. USG: feto único, 420 g, oligoâmnio severo. A maternidade não tem UTI neonatal para < 24 semanas; a referência fica a 3 horas. A família pergunta se 'vai fazer cesárea para salvar o bebê'.

Na mesma noite, Vera, 29 anos, 36 semanas, óbito fetal confirmado há 2 dias, em indução com misoprostol, tem prolapso de cordão após amniorrexe.



Cesárea para Lucimar? Para Vera? O que você diz às duas famílias?

# Resolução do caso 3

Prolapso de cordão só é emergência quando há um feto viável para salvar. Em feto pré-viável ou em óbito fetal, a conduta é expectante e o parto é vaginal.

Lucimar (21 sem + 4 dias): abaixo do limite de viabilidade — a cesárea não melhora o prognóstico fetal e deixa uma cicatriz clássica (segmento não formado) para gestações futuras. RCOG: manejo expectante; não há benefício em elevação da apresentação ou cesárea. Conversa honesta sobre prognóstico, analgesia, apoio e preparo para o parto vaginal; antibiótico se sinais de infecção.

Limite de viabilidade: depende do serviço — discutir com a neonatologia caso a caso entre 22 e 24 semanas; registrar o diálogo e a decisão compartilhada. Se ela estivesse com 25 semanas e UTI disponível: emergência como qualquer outra.

Vera (óbito fetal): nenhuma urgência fetal; manter a indução, vigiar sangramento e infecção, suporte emocional. Cesárea só por indicação materna.

Com as famílias: explicar por que não operar — 'operar não mudaria o resultado e colocaria você em risco' — e oferecer o que importa: presença, analgesia, respeito ao tempo delas.



Pré-viável: expectante

Óbito fetal: expectante

Viabilidade: decidir junto

Cesárea só por mãe

Fontes: RCOG GTG 50 (2014); MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019).

# PROLAPSO DE CORDÃO | OS PRIMEIROS 5 MINUTOS

Cordão visível na vulva, palpável ao toque, ou bradicardia/variáveis profundas após rotura de membranas → examine. Confirmou: diga em voz alta e marque a hora

Feto vivo e viável? NÃO (óbito fetal ou pré-viável) → conduta expectante, parto vaginal, acolhimento

SIM → 0–1 min: elevar a apresentação com a mão e NÃO soltar. Chamar: cesárea cat. 1, anestesia, pediatria. Parar ocitocina

1–2 min: genupeitoral ou lateral esquerdo + Trendelenburg. Não manipular o cordão; compressa morna se exteriorizado

2–5 min: vai demorar? Bexiga com 500–750 mL de SF e clampear. BCF ainda ruim: terbutalina 0,25 mg SC

Dilatação completa, apresentação baixa (≥ +2), parto em minutos? SIM → vácuo/fórcipe ou expulsivo imediato, com pediatra

NÃO → cesárea categoria 1, decisão-nascimento ≤ 30 min. Geral se a raqui atrasar. Esvaziar bexiga; mão elevando até clampear

NUNCA: recolocar o cordão, soltar a apresentação para "ver o BCF", transportar em decúbito dorsal plano, esperar CTG "confirmar"

PREVENÇÃO: amniotomia só com apresentação insinuada e fixa; cuidado com polidrâmnio, pélvico, 2º gemelar, prematuro; ausculta após toda rotura de membranas

Fontes: RCOG GTG 50 (2014); MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022).

# Pegadinha de prova

Multípara, 39 semanas, em trabalho de parto com 6 cm de dilatação e apresentação cefálica alta. Após rotura espontânea das membranas, o toque identifica alça de cordão pulsátil à frente da apresentação; BCF 80 bpm. A conduta imediata mais adequada é:

A Reposicionar delicadamente o cordão acima da apresentação e aguardar a evolução do parto.

B Iniciar ocitocina para acelerar a dilatação e permitir parto vaginal rápido.

C Elevar a apresentação com a mão, posição genupeitoral ou Trendelenburg e cesárea imediata.

D Realizar cardiotocografia por 20 minutos para confirmar o sofrimento fetal antes de decidir a via de parto.

E Aplicar fórcipe de alívio, por tratar-se de multípara.

# Pegadinha de prova

Multípara, 39 semanas, em trabalho de parto com 6 cm de dilatação e apresentação cefálica alta. Após rotura espontânea das membranas, o toque identifica alça de cordão pulsátil à frente da apresentação; BCF 80 bpm. A conduta imediata mais adequada é:

A Reposicionar delicadamente o cordão acima da apresentação e aguardar a evolução do parto.

B Iniciar ocitocina para acelerar a dilatação e permitir parto vaginal rápido.

C Elevar a apresentação com a mão, posição genupeitoral ou Trendelenburg e cesárea imediata.

D Realizar cardiotocografia por 20 minutos para confirmar o sofrimento fetal antes de decidir a via de parto.

E Aplicar fórcipe de alívio, por tratar-se de multípara.

# PARA LEVAR

1

Bradicardia ou variável profunda logo após a rotura das membranas: toque na hora. Prolapso oculto mata porque ninguém o vê.

2

Mão eleva a apresentação e não solta; genupeitoral ou lateral com Trendelenburg; não mexa no cordão. Bexiga 500–750 mL e terbutalina 0,25 mg SC se for demorar.

3

Via: completa e baixa → vácuo/fórcipe agora; senão, cesárea categoria 1 em até 30 minutos. Feto pré-viável ou morto: expectante, parto vaginal.

4

Prevenção é a melhor manobra: amniotomia só com cabeça insinuada. Documente os tempos e converse com a família.