

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR ANTE UNA URGENCIA OBSTÉTRICA COMO ES EL PROLAPSO DE CORDÓN

Resumen

El prolapso de cordón es una situación en la que se produce el descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas.

El objetivo de este artículo es conocer así como prevenir y manejar el prolapso de cordón como emergencia obstétrica.

La incidencia de prolapso cordón es de 0,1 a 0,6 % de todos los nacimientos. En presentaciones pelvianas la incidencia es levemente superior al 1 %.

La formación y el entrenamiento del personal son dos factores que pueden condicionar el resultado.

Palabras clave

Prolapso de cordón umbilical, urgencia obstétrica, resultados perinatales, matrona, formación.

Abstract

The cord prolapse is a situation in which the descent of the cord through the neck or cervical os occurs when the membranes are ruptured.

The objective of this article is to know and to prevent and manage cord prolapse as obstetric emergency.

The incidence of cord prolapse is 0.1 to 0.6 % of all births. In pelvic presentations the incidence is slightly more than 1 %.

The formation and training of staff are two factors that may influence the outcome.

Keywords

Umbilical cord prolapse, obstetrical urgency, perinatal outcomes, midwife, training.

Introducción

El Prolapso de Cordón (PC) es una situación en la que se produce el descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas (fig. 1).



Figura 1. Prolapso de cordón

La principal causa de asfixia es la compresión del cordón y el vasoespasmo de los vasos umbilicales que altera el flujo de sangre hacia y desde el feto.

El prolapso es una situación extremadamente grave. Puede producir la muerte fetal en pocos minutos por asfixia, al interrumpirse de manera brusca el flujo sanguíneo entre madre y feto.

Si el cordón no queda comprimido por la presentación, el pronóstico fetal es mejor, pero de todas maneras debe actuarse con urgencia¹.

Entre su etiología observamos diferentes causas:

a) Generales:

- Polidramnios
- Malformaciones congénitas
- Falta de encajamiento de la presentación
- Presentación de nalgas
- Situación transversa, oblicua o inestable
- Gestación múltiple
- Placenta previa parcial
- Prematuridad
- Presentación móvil

b) Asociada a procedimientos:

- Ruptura artificial de membranas
- Versión externa
- Versión interna
- Inserción de traductor presión uterina

La incidencia de PC es de 0,1 a 0,6 % de todos los nacimientos. En presentaciones pelvianas la incidencia es levemente superior al 1 %. La incidencia es mayor en fetos masculinos y en gestaciones múltiples^{2,3}. Se estima que se asocia a una mortalidad perinatal de 9,1 %.⁴

El diagnóstico se realiza mediante exploración vaginal cuando se palpa el cordón por delante de la presentación. El tratamiento incluye en un primer término el alivio de la presión que pueda sufrir el cordón por la presentación: mediante exploración vaginal y/o colocando a la madre en posición Trendelenburg. La terminación inmediata mediante cesárea es el tratamiento de elección.

Tras revisar los diferentes artículos todos coinciden en que cuando el personal sanitario se encuentre ante un caso de prolapso de cordón debe:

- A. Colocar inmediatamente a la gestante en posición de Trendelenburg.
- B. Tacto vaginal para:
 1. Comprobar la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) palpando el cordón.
 2. Descomprimir el cordón, desplazando la presentación hacia arriba, en dirección al fondo uterino.
- C. Hay coincidencia en que la manipulación del cordón o el contacto del mismo con el aire puede causar vasoconstricción reactiva y acidosis fetal. Algunos aconsejan envolverlo con gasa empapada en solución fisiológica tibia.
- D. Llenar la vejiga con solución fisiológica con una sonda de Foley (500-750 ml).
- E. Perfusión IV de β -miméticos a dosis altas (250 mg/min). No se deben retirar hasta la extracción fetal.
- F. Sin retirar la mano de la vagina, trasladar urgentemente a la gestante al hospital para realizar una cesárea.
 1. Solo si la presentación está libre y la FCF es normal se pueden retirar los dedos de la vagina.
 2. En caso de presentación no libre o con bradicardia fetal, el tacto se ha de mantener (desplazando la presentación para descomprimir el cordón), hasta la extracción fetal. En este último caso, debe realizarse profilaxis antibiótica durante la cesárea, por el mayor riesgo de infección.
- G. Si hay dilatación completa se puede intentar el parto vaginal normal o instrumental, siempre que tengamos la seguridad de que será rápido y seguro⁵.

Objetivo

El objetivo de este artículo es conocer así como prevenir y manejar el PC como emergencia obstétrica.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Cuiden, PubMed, MedLine, CINAHL, Cochrane Library, Embase y Enfispo utilizando los descriptores prolapso de cordón y obstetricia. Los registros obtenidos oscilaron entre 16 y 20 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave.

Resultados

El 50 % de los PC están precedidos por alguna maniobra⁵. Las versiones fetales y la rotura artificial de membranas son las más frecuentes.

Un estudio canadiense identificó cordón en riesgo (laterocidencia o procúbito) en el 12 % de los casos. Solo el 7,6 % de ellos desembocó en PC⁶.

Las gestantes con presentaciones no cefálicas y con rotura prematura de membranas en embarazo pretérmino deben ser trasladadas en posición Trendelenburg.

En un estudio de PC en período expulsivo el porcentaje de Apgar menor de 7 al 5º minuto fue:

- 5 % si el tiempo entre diagnóstico y nacimiento fue menor a 10 minutos.
- 30 % si estuvo entre 10 y 20 minutos y
- 71 % si fue entre 20 y 30 minutos^{7,8}.

Gavia-Benziv y col., en un estudio de cohortes retrospectivo con más de 30.000 partos, encontraron una incidencia de 0,11 %, y en el 62 % de los casos el prolapso fue diagnosticado tras la rotura de las membranas. Holbrook y Phelan, en su revisión sitúan la incidencia entre 1,4 y 6,2 por 1.000.

En una reciente y actualizada revisión, Holbrook y Phelan comunican una mortalidad del 10 %, aunque este porcentaje era mucho mayor antes de los años 50 (32 % a 47 %)⁹.

Enakpene y col. encontraron relación entre los cuidados prenatales y la asistencia precoz a los servicios de salud en casos de prolapso de cordón⁸.

Conclusión

Conocer los pasos necesarios para llevar a cabo una atención obstétrica eficaz, asegura unos resultados perinatales óptimos.

Se puede confirmar la existencia de evidencias de un impacto positivo del entrenamiento de simulación de emergencias en la confianza, conocimiento y habilidades de los participantes⁹.

Si ocurre una PC, un protocolo de resolución reglado, con un buen entrenamiento de todo el personal sanitario, puede mejorar sus resultados y evitar, en lo posible, la morbi-mortalidad fetal.

Discusión

La formación y el entrenamiento del personal son dos factores que pueden condicionar el resultado. Holbrook y Phelan¹⁰ describen un algoritmo para la toma de decisiones tras el diagnóstico de un prolapso de cordón que puede incorporarse a cualquier servicio de partos sin necesidad de adaptación. Siassakos y col¹¹ estudiaron el efecto de una sesión de entrenamiento a matronas, obstetras y anestesiistas, llegando a concluir que se observa una mejora en las intervenciones registradas, una reducción en los tiempos de intervención, y aunque sin significación estadística, una reducción de ingresos de neonatos en cuidados intensivos y una mayor puntuación del Ápgar¹².

Gibbons et al (2014) sostiene que existe una disminución muy notable de la incidencia de PC en los últimos 70 años. Atribuyen este dato principalmente a la disminución de la proporción de grandes múltiparas y al aumento del número de cesáreas cuando se identifica esta emergencia obstétrica.

Existen otros cambios en obstetricia que también han contribuido a esta reducción, como es el retraso en amniorrexis artificial hasta que la cabeza fetal esté bien apoyada¹³.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez Díaz, L; Vázquez Lara, J. et al. Manual básico de obstetricia y ginecología. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2013.
2. Sheiner E, Levy A, Katz M, HersHKovitz R, Leron E, Mazor M. Gender does matter in perinatal medicine. Fetal Diagn Ther 2004; 19:366-9.
3. Faiz SA, Habib FA, Sporrang BG, Khalil NA. Results of delivery in umbilical cord prolapse. Saudi Med J 2003; 24:754-7.
4. Murphy DJ, MacKenzie IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. Br J ObstetGynaecol 1995; 102:826-30.
5. Eduardo A. Valenti. Guía de procedencia de cordón. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 27, núm. 4, 2008, pp. 159-161.
6. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. Am J Perinatol 1999; 16:479-84.
7. Ezra Y, Strasberg SR, Farine D. Does cord presentation on ultrasound predict cord prolapse? GynecolObstet Invest 2003; 56:6-9.
8. Enakpene CA, Odukogbe AO, Morhason-Bello IO, Omigbodun AO, Arowojolu AO. The influence of health-seeking behavior on the incidence and perinatal outcome of umbilical cord pro-lapse in Nigeria. Internat J Women's Health. 2010; 2:177-82.
9. Calvert KL, McGurgan PM, Debenham EM, Gratwick FJ, Maouris P (2013). Emergency obstetric simulation training: How do we know where we are going, if we don't know where we have been? Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 53: 509-516.
10. Holbrook BD, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. ObstetGynecolClin N Am. 2013; 40:1-14.
11. Siassakos D, Hasafa Z, Sibanda T, Fox R, Donald F, Winter C, Draycott T. Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. BJOG. 2009; 116:1089-96.
12. Martínez Galiano, JM; Galvez Toro, A. et al. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Enero 2014.
13. Gibbons C et al. Umbilical cord prolapse: changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. Pp 1705-8.

AUTORES:

Matrona D^a. Rocío Palomo Gómez.
 Matrona D^a. Lorena Corcuera Ortiz de Guzmán.
 Matrona D^a. María Estrella Carrillo Vega.

DUE D^a. María Dolores Vázquez Lara.
 Matrona D^a. Juana María Vázquez Lara.
 Matrn D. Luciano Rodríguez Díaz.

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras.

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
 Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
 Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-15-012-7
 Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>