

# PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL: REVISIÓN DE VÍAS DE ACTUACIÓN

Autor: Virués González, José Andrés (matrón); Coautora: Basallote Mera, Cristina (matrona)

Palabras clave: Prolapso de cordón, urgencia obstétrica, cordón umbilical, actuación matrona.

## INTRODUCCIÓN/ INTRODUCTION

El **prolapso del cordón umbilical** es una **emergencia obstétrica**, que pone en serio peligro la vida del feto. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. La **incidencia** de prolapso de cordón es **de 0,1 a 0,6%** de todos los nacimientos. En **presentaciones pelvianas** la incidencia es levemente **superior al 1%**. 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.

## OBJETIVOS/ OBJETIVES

**Conocer y analizar los factores de riesgo y vías de actuación del prolapso de cordón umbilical (CU).**

## MÉTODO/ METHOD

**Revisión sistemática** de publicaciones científicas a través de buscadores especializados (PubMed, Cinahl, Medline,... ), Usando como descriptores las palabras claves antes citadas y con un rango temporal de una década (2012-2017).

## CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El **conocimiento de las vías de actuación ante un prolapso de CU**, nos asegura un resultado óptimo tanto materno como fetal. La formación y entrenamiento de todo el personal sanitario (ejercicio multidisciplinar) ante casos de prolapsos de cordón, **procura mejores resultados y evita una mayor morbi-mortalidad materno-fetal** relacionada con dicha urgencia obstétrica.

## REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Rodríguez Díaz, L; Vázquez Lara, J. et al. Manual básico de obstetricia y ginecología. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2013.
2. Holbrook BD, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. Obstet Gy-necol Clin N Am. 2013;40:1-14.
3. Calvert K.L, McGurgan P.M, Debenham E.M, Gratwick F.J, 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

## RESULTADOS/ RESULTS

Después del estudio de los diferentes artículos, los autores suelen coincidir en las vías de actuación que debe seguir el personal sanitario que se encuentre ante un caso de prolapso de cordón:

- A. Canalización de vía periférica, toma de constantes y colocación inmediatamente de la gestante en **posición de Trendelenburg**.
- B. **Tacto vaginal** para:
  - **Comprobar la FCF** (frecuencia cardíaca fetal) palpando el cordón.
  - **Descomprimir el cordón**, desplazando la presentación hacia arriba, en dirección al fondo uterino.
- C. Para evitar la acidosis fetal y vasoconstricción del CU (por la manipulación o contacto con espacio extrauterino), **envolver el CU en gasa empapada en suero fisiológico tibio**.
- D. **Llenar la vejiga** con solución fisiológica con una **sonda de Foley (500-750 ml)**.
- E. Con el fin de cesar la dinámica uterina, iniciar **perfusión IV de  $\beta$ -miméticos a dosis altas** (250 mg/min) hasta la extracción fetal.
- F. **Sin retirar la mano de vagina**, traslado urgente a la gestante al hospital/quirófano para realizar una **cesárea**:
  - Solo si la presentación está libre y la FCF es normal se pueden retirar los dedos de la vagina.
  - 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. En el caso de dilatación completa, se intenta el **parto vaginal normal o instrumental**, siempre que tengamos la **seguridad de que será rápido y seguro**.