



Revista Científica Ciencia Médica

ISSN: 1817-7433

revista_cienciasmedica@hotmail.com

Universidad Mayor de San Simón

Bolivia

Ovando Velásquez, Judith; Quintazi Mesías, Naydú; Gutiérrez Ricaldi, Víctor
Alto riesgo obstétrico: Procidencia de cordón, una emergencia obstétrica
Revista Científica Ciencia Médica, vol. 8, núm. 1, noviembre, 2005, pp. 32-34
Universidad Mayor de San Simón
Cochabamba, Bolivia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041214011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Alto riesgo obstétrico: Procidencia de cordón, una emergencia obstétrica

Judith Ovando Velásquez*

Naydú Quintazi Mesías*

Víctor Gutiérrez Ricaldi**

* Internos del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí

** Médico Residente del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí

RESUMEN

A continuación se presenta el caso clínico de una paciente multipara de 33 años de edad con un embarazo de 38 semanas que llegó al Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, referida del Centro de salud de Capinota (a 1 hora y media ó 2 horas de viaje aproximadamente), con los diagnósticos de: GSPyAoCo, primer periodo de trabajo de parto con procidencia de cordón y sufrimiento fetal agudo (S.F.A.), probablemente estas 2 últimas por la ruptura prematura de membranas de 12 horas de evolución que presentábala paciente. Consideramos importante el reporte de este caso clínico para demostrar que cuando se toman decisiones rápidas y adecuadas en este tipo de distocias al igual que en otras patologías se tienen resultados satisfactorios.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad multipara que fue referida del Centro de Salud de Capinota al H.M.I.G.U. por presentar un cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por pérdida de líquido transvaginal de color amarillento en abundante cantidad, acompañado de dolor abdominal tipo espasmódico intermitente localizado en hipogastrio, que fue aumentado gradualmente de frecuencia, duración e intensidad. La paciente refería embarazo de 9 meses, durante el cual, sólo realizó un control prenatal.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos relevantes su fórmula obstétrica: GyPyAoCo de los cuales:

G1: En 1988 parto pretérmino domiciliario (6 meses aparentemente), fallecida a las 7 semanas según refiere la madre por ser pretérmino.

G2, G3, G4: Partos domiciliarios - productos aparentemente sanos actualmente.

G5: 1998 producto de sexo masculino - óbito fetal hospitalizado.

G6 y G7: Partos domiciliarios, actualmente vivos aparentemente sanos.

La paciente es procedente del área rural (nivel socioeconómico muy bajo), donde su alimentación se basa en hidratos de carbono. Refiere que come una vez al mes carne y otros alimentos que contienen proteínas y oligoelementos como Fe⁺⁺, lo que constituye factor de riesgo para su embarazo. Su madre falleció con cáncer de cuello uterino a los 38 años de edad.

Al examen físico en el Centro de Salud Capinota, según la nota de referencia, la paciente se encontraba en regular estado general, consciente, orientada, muy quejumbrosa, con signos vitales estables y cardiopulmonar clínicamente normal, abdomen altura uterina de 31 cm, movimientos fetales positivos, Frecuencia Cardíaca Fetal de 100x', Dinámica Uterina de 1/10/307++, al Tacto vaginal revela cérvix central con 8cm de dilatación y 90% de borramiento. Se percibe una estructura serpentiginosa compatible con cordón umbilical con latido, polo cefálico apoyado en primer plano de Hodge. Por este cuadro es referida inmediatamente, rechazando la presentación con apositos humedecidos en solución fisiológica con la mano a través de la vagina y manteniendo esta conducta durante todo el

trayecto del viaje. Los diagnósticos de referencia fueron GsPyAoCo, embarazo de 38 semanas, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal agudo y ruptura prematura de membranas de más o menos 12 horas. Al H.M.I.G.U. llega en regular estado general, consciente, orientada, muy quejumbrosa, con signos vitales estables, mucosas húmedas ligeramente pálidas, cardiopulmonar clínicamente normal. Abdomen. AU: 31 cm, producto en situación longitudinal dorso derecho, presentación cefálica fija; movimientos fetales positivos, FCF: 100 x' en contracción y 120 x' en relajación DU: 3/10/307++. Genitales externos característicos de multipara, manchados de meconio y con la mano del médico que la refiere, rechazando la presentación.

En este momento se hace el cambio del mismo con el médico de emergencia que realiza el tacto vaginal, cuyos hallazgos fueron: cérvix central con dilatación de 10 cm, borramiento de 100%, y se percibe estructuras serpentiginosa compatible con cordón umbilical con latido que antecede a la presentación cefálica apoyada en primer plano de Hodge. Posteriormente, el examinador se queda con la mano en la vagina rechazando la presentación hasta traslado a quirófano y realización de la cesárea. Resto de examen sin alteración.

Ingresa con los siguientes diagnósticos: GaPyAoCo, embarazo de 38 semanas por clínica, feto único vivo, segundo periodo de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas de más o menos 12 horas, procidencia de cordón, sufrimiento fetal agudo, coñoamnionitis, gran multipara, embarazo de alto riesgo, fertilidad satisfecha.

MANEJO

La paciente llega al servicio de emergencia en fecha 6 de agosto de 2004 a horas 16:00 donde es valorada por el médico de Guardia, confirmado el diagnóstico de referencia se toma la conducta: Oxigenoterapia, mientras el examinador rechaza la presentación con la mano a través de la vagina para disminuir o aliviar la compresión funicular (se continúa rechazando la presentación porque esta conducta ya fue tomada en el servicio del cual fue referida) y se traslada inmediatamente a la paciente en posición de Trendelenburg a quirófano para realizar cesárea de emergencia, con el

examinador que continúa rechazando la presentación.

A las 18:10 se realiza cesárea segmentaria tipo Kerr más salpingoclasia bilateral, con anestesia regional (bloqueo pendural!).

Los hallazgos transoperatorios fueron: útero aumentado de tamaño, segmento uterino formado y adelgazado, líquido amniótico con meconio +++ aproximadamente 50 cc. Recién nacido de sexo masculino, peso 3.300 gr, talla 52 cm, PC:34,5cm y APGAR 7al minuto y 9a los 5 minutos. Cordón umbilical más o menos 80 cm, prociendo a la presentación cefálica.

Placenta de inserción fúndica más o menos 500 gr. Cavidad uterina hipertérmica y sangrado de más o menos 600 cc. Anexos normales.

Por el hallazgo de cavidad uterina hipertérmica y el antecedente de ruptura prematura de membranas se añade el diagnóstico de endometritis posterior a la cesárea en el protocolo operatorio. La cirugía termina sin mayores complicaciones y buenos resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

EXÁMENES

Hemograma. GR: 3'940.00 / mm³; Hematocrito: 33%; Hemoglobina 10 gr/dl Glóbulos Blancos: 6,800/mm³ con segmentados 90%; Linfocitos 8%, monocitos: 2%; plaquetas: 193.000/mm³. Por este hemograma se añade a la ya numerable lista de diagnósticos que tiene la paciente: Anemia, Glicemia: 107 gr/dl. RPR: no reactivo.

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN

Posterior a la cirugía, la paciente hemodinámicamente estable se pasa a salas generales con las siguientes indicaciones: control de signos vitales, involución uterina, loquios; con antibióticos (endometritis, Ruptura Prematura de Membranas); Dipirona 1 mp/EV/8hrs; los 3 por 2 días y posteriormente se cambia a Amoxicilina 1gr/EV/cada 8 horas; Gentamicina 80 mg/EV/cada 8 horas; Paracetamol 500 mg/VO/8 horas, más sulfato ferroso 200 mg cada día hasta el 4to día de internación, cuando es dada de alta con amoxicilina 1 gr VGV Shoras hasta completar 7 días; Paracetamol PRN y Sulfato ferroso hasta completar los 30 días.

Por otro lado, el recién nacido recibió por indicación del pediatra:

Ampicilina 150 mg/IM/12 horas por 7 días. Gentamicina 14mg/IM/24 horas por 7 días. Cloranfenicol 2 gotas en cada ojo cada 8 horas por 5 días. Como exámenes complementarios se solicitaron hemograma y proteína C reactiva, que estaban dentro de parámetros normales.

Durante los 4 días de internación, tanto la paciente como el recién nacido presentaron buena evolución sin complicaciones, no hubo alzas térmicas, buena involución uterina y loquios normales. Fueron dados de alta en fecha 10/08/04 con las indicaciones de completar el tratamiento antibiótico y retornar para control de puerperio y retiro de puntos.

COMENTARIOS

PROCIDENCIA DEL CORDÓN UMBILICAL

Existe controversia en la bibliografía entre la definición de

prolapso y procidencia de cordón e incluso algunos libros de obstetricia ni siquiera describen el tema. Sin embargo, para la revisión de este caso clínico para la definición del concepto de procedencia y prolapso nos basamos en las normas de diagnóstico y tratamiento del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, establecidas en el segundo documento preliminar sujeto a validación interna.

Se denomina procidencia de cordón al cordón umbilical en descenso por debajo de la presentación dentro del útero con bolsa rota (Figura 1).



Figura 1. Procidencia de cordón umbilical.

Se denomina prolapso a la salida del cordón de la cavidad uterina y se encuentra en vagina o fuera de ella (Figura 2).



Figura 2. Prolapso de cordón umbilical. Se denomina procúbito de cordón al descenso del cordón umbilical por debajo de la presentación pero manteniendo membranas íntegras (Figura3).



Figura B. Procúbito de cordón umbilical. Se produce una lateroincidencia cuando el cordón en su descenso alcanza un lado de la presentación sin llegar a su punto declive (Figura 4).



Figura 4. Lateroincidencia de cordón umbilical.

Existen factores etiológicos maternos, como la multiparidad, estrechez pelviana, tumores uterinos o parauterinos, desproporción fetopélvica (DCP). Entre los factores etiológicos maternos encontramos feto pequeño (prematuro o RCIU), gestación múltiple, presentaciones atípicas (pélvica, de hombros), malformaciones fetales y gigantismo fetal. Entre los factores ovulares encontramos placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta,

rotura prematura de membrana, polihidramnios, cordón largo. También son importantes los factores iatrogénicos o dependientes del obstetra, como la rotura artificial de la bolsa de las aguas, sin seguir técnica adecuada para cada caso en particular, versiones, aplicación de fórceps altos.

FISIOPATOLOGÍA

Dos teorías intentan explicar las alteraciones de la F.C.F. durante la prociencia de cordón, una que argumenta que la compresión del cordón obstruye el flujo sanguíneo y la otra teoría del enfriamiento del funículo de Mauriceau, para éste la interrupción circulatoria sería secundaria al aplastamiento de los vasos, por desecación del cordón, ya que éste no tiene irrigación propia y se nutre por inhibición. Sin embargo, las dos teorías llevan a lo mismo: la obstrucción del flujo sanguíneo fetal, provocando hipoxia y SFA intraparto, que se traduce en alteraciones de la FCF y si la obstrucción es completa, puede provocar la muerte del feto. Según indica la literatura, la prociencia de cordón por lo general se acompaña de feto muerto intraútero.

TRATAMIENTO

Cuando hay feto muerto se deja evolucionar el parto vaginal mientras no exista otra anomalía que lo contraindique. Si el feto está vivo se debe colocar inmediatamente a la paciente en posición Trendelenburg acentuada, para reducir la compresión sobre el cordón, mientras se decide la conducta con los dedos introducidos por vía vaginal. Conviene elevarle la parte fetal que se presenta, sin tocar en lo posible el cordón umbilical.

Las contracciones uterinas intensas deben inhibirse por medio de fármacos B-estimulantes. Hasta que se extraiga al feto, simultáneamente y sin pérdida de tiempo se decidirá.

- 1.- Con dilatación incompleta del cuello = cesárea.
- 2.- Con dilatación completa y presentación cefálica o de nalgas por encima del III^o plano de Hodge - cesárea.
- 3.- Dilatación completa y situación transversa - cesárea, excepto en segundo feto de parto gemelar donde se practicará versión interna y gran extracción.
- 4.- Dilatación completa y presentación cefálica encajada = aplicar fórceps.
- 5.- Dilatación completa y presentación de nalgas (pélvica) encajada = realizar extracción pélvica. Entre la toma de decisiones sobre la realización y el inicio de la misma transcurre un tiempo, muy corto en el mejor de los casos, éste es suficiente para que la condición fetal cambie. Por este motivo y justo antes de comenzar con la paciente preparada para la cesárea, es importante comprobar el bienestar fetal para no someter a la madre a riesgo innecesario.

Referencias bibliográficas

1. Schwarcz R. L., Diverges C. A., Díaz A. G., Fescina R. H., Obstetricia., 5ta Edición Editorial "El Ateneo": 1995. p.519 a 522.
2. Pérez Sánchez A., Donoso Siña E., Obstetricia. 3ra Edición. Publicaciones técnicas Mediterráneo, mayo 1997. p. 370.
3. Votta R., Parada O. H. y Colaboradores, Obstetricia. Talleres gráficos de la prensa médica Argentina, Buenos Aires. Agosto 1992, p. 350 - 353
4. Williams. Obstetricia. 21 Edición Editorial médica Panamericana, p. 712 - 715.
5. Bofero Uribe J., Obstetricia y ginecología. Sexta Edición. Universidad de Antioquia 2000. p. 202.
6. Novak, Emil, Patologías ginecológicas y obstétricas, Tercera Edición, Philadelphia Saunders 1956, p.347
7. Jeffcoate, Norman, Obstetricia y ginecología. Buenos Aires, Intermedica. 1971. p. 231.
8. Garrey Matteu M., Obstetrics Illustrated de Edinburgh. Churchill Livingstone. 1980. p.199.
9. Vowtver, Lewis A., Obstetrics and gynecology Review. New York 1975. Medical Review. p.215
10. Alcocer Alapont T., Obstetricia y Ginecología de Emergencia. Chicago. 1990. p.200.