

# GUÍA DE PROCIDENCIA DE CORDÓN

Dr. Eduardo A. Valenti<sup>a</sup>

---

## Generalidades

El objetivo de esta guía es describir como prevenir, diagnosticar y manejar la procidencia de cordón (PC). Está dirigida a las embarazadas con riesgo de procidencia de cordón o con diagnóstico de la misma. Quedan excluidas las pacientes con malformaciones fetales incompatibles con la vida y los embarazos de menos de 24 semanas.

La principal fuente de consulta fue la *Guía de prolapso de cordón* que publicó el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en abril de 2008.

Las letras en mayúsculas que están entre paréntesis y en negrita son los grados de recomendación sugeridos y que son usados en la mayor parte del mundo. Corresponde a **A** la recomendación de mayor fuerza apoyada por trabajos consistentes y de relevancia científica, siguiendo con **B**, **C** y **D** (con recomendación decreciente) y terminando con **E**, que son las recomendaciones basadas en opiniones de grupo de expertos.

## Definiciones

Se define **procidencia de cordón** (PC) al descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas.

**Laterocidencia** de cordón es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas íntegras.

**Procúbito de cordón** es la presencia del cordón umbilical entre la presentación y la pared vaginal o el cuello en presencia de membranas íntegras.

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.<sup>1,2</sup> Se estima que se asocia a una mortalidad perinatal de 9,1%.<sup>3</sup>

Prematurez, malformaciones congénitas y asfixia perinatal son las patologías más frecuentemente asociadas.

La principal causa de asfixia es la compresión del cordón y el vasoespasmio de la arteria umbilical que altera el flujo de sangre hacia y desde el feto. No se han publicado trabajos controlados y randomizados de esta patología.

## Factores de riesgo

### a) Generales

- multiparidad,
- peso al nacer menor de 2.500 gramos,
- prematurez,
- malformaciones congénitas,
- presentación pelviana,
- situación transversa, oblicua o inestable,
- segundo gemelar,
- polhidramnios,
- presentación móvil,
- inserción baja de la placenta.

### b) Asociada a procedimientos

- ruptura artificial de membranas (RAM),
- versión externa,
- versión interna,
- inserción de transductor de presión intrauterina.

Algunos autores señalan que las anomalías de cordón (nudos reales o escasez de gelatina de Wharton) y acidosis fetal pueden alterar la consistencia del cordón y predisponer a la PC.

El 50% de las PC están precedidas por alguna maniobra.<sup>4</sup> Las versiones fetales y la RAM son las más frecuentes.

## Diagnóstico prenatal

La ecografía no tiene suficiente sensibilidad ni especificidad para identificar el procúbito ni la laterocidencia de cordón y no debería ser solicitada para predecir la procidencia de cordón (**B**).

Un estudio canadiense identificó cordón en riesgo (laterocidencia o procúbito) en 12% de los casos. Solo el 7,6% de ellos desarrollo PC.<sup>5</sup>

## Prevención

La paciente con situación transversa conviene internarla a las 38 semanas (**D**).

Si comienza el trabajo de parto o se produce

---

<sup>a</sup> Profesor Adjunto de Obstetricia. Facultad de Medicina. UBA Jefe de División Urgencias. Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá".

ruptura espontánea de membranas (REM), es indicación de cesárea.

Las presentaciones no cefálicas con RPM pretérmino deberían ser internadas siempre **(C)**.

La RAM debe evitarse si la presentación está móvil. Si es necesario hacerla, debe efectuarse en quirófano **(B)**.

La RAM debe evitarse en procúbito de cordón. Si se diagnostica laterocidencia de cordón durante el trabajo de parto y la misma no se puede reducir, se indica operación cesárea excepto que el parto sea inminente.

## Sospecha

La PC puede ocurrir sin signos ni síntomas y con una FCF normal. El cordón debe buscarse en cada examen vaginal durante el trabajo de parto y después del REM especialmente si hay factores de riesgo o alteraciones de la FCF **(E)**, Con REM y FCF normal y sin factores de riesgo el tacto vaginal no es imprescindible si el LA es claro.

La PC se debe sospechar si hay una FCF anormal luego del REM o RAM **(B)**.

En 89 casos de PC 2/3 tuvieron deceleraciones variables y 1/3 tuvo deceleraciones prolongadas.<sup>6</sup>

## Manejo

Si la PC es diagnosticada antes de la dilatación completa el nacimiento debe ser inmediato **(E)**.

No se recomienda la restitución manual de la procidencia de cordón para continuar el trabajo de parto **(D)**.

Para prevenir el vasoespamo se debe evitar la salida del cordón al exterior **(E)**. Para prevenir la compresión de cordón se recomienda elevar la presentación manualmente o llenando la vejiga **(D)**.

La compresión de cordón puede ser reducida en la posición genupectoral **(E)**. La tocólisis puede ser considerada **(E)**:

- mientras preparamos la cesárea,
- si hay alteraciones de la FCF a pesar de la elevación de la presentación,
- cuando el nacimiento deba ser retrasado por algún motivo.

Las medidas anteriormente señaladas (si bien son útiles) no deben retrasar innecesariamente el nacimiento **(E)**.

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.<sup>7,8</sup>

La elevación de la presentación reduce la presión sobre el cordón y previene la oclusión vascular. Se

logra con un tacto vaginal para elevar la presentación y puede continuar con presión suprapúbica externa.<sup>9</sup>

Si el nacimiento debe retrasarse conviene llenar la vejiga con solución fisiológica con una sonda de Foley (500-750 ml). Recordar vaciarla antes del nacimiento. Hay varias publicaciones con utilización de este método con buenos resultados.<sup>10-12</sup>

## Modo de parto

Si el parto no es inminente se recomienda la cesárea **(B)**.

Debe ser cesárea de urgencia (diagnóstico-nacimiento en menos de 30 minutos y con anestesia general) si hay alteraciones de la FCF **(B)**.

Puede ser cesárea convencional (anestesia regional) si el patrón de FCF es normal.

Si hay dilatación completa se puede intentar el parto vaginal normal o instrumental, siempre que tengamos la seguridad de que será rápido y seguro.

En un estudio de PC en período expulsivo el porcentaje de Apgar menor de 7 al 5<sup>o</sup> 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 (42).

Sólo intentar parto vaginal en aquellas mujeres con características muy favorables. En el parto o cesárea, debe estar presente el neonatólogo de mayor experiencia.

Se debería evaluar el manejo expectante en la PC en embarazos menores de 24 semanas debido a la alta mortalidad y morbilidad de estos neonatos **(D)**

Se debería ofrecer apoyo psicológico en el puerperio a toda mujer luego de una procidencia de cordón debido al momento desagradable que le tocó vivir.

## Bibliografía

1. 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.
2. Faiz SA, Habib FA, Sporrang BG, Khalil NA. Results of delivery in umbilical cord prolapse. *Saudi Med J* 2003; 24:754-7.
3. Murphy DJ, MacKenzie IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:826-30.
4. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. *Am J Perinatol* 1999; 16:479-84.
5. Ezra Y, Strasberg SR, Farine D. Does cord presentation on ultrasound predict cord prolapse? *Gynecol Obstet Invest* 2003; 56:6-9.
6. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. *J Reprod Med* 1990;35:690-2.
7. American Academy of Family Physicians. *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Provider Manual*.

- 4th ed: Newcastle upon Tyne: ALSO UK; 2000.
8. Goswami K. Umbilical cord prolapse. In: Grady K, Howell C, Cox C, editors. *Managing Obstetric Emergencies and Trauma. The MOET course manual*. 2nd ed. London: RCOG Press; 2007. p. 233-7.
  9. Prolapsed cord. In: World Health Organization, UNFPA, UNICEF, World Bank. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors*. Geneva: WHO; 2003. p. S-97-8. [[www.who.int/reproductive-health/impac/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html)].
  10. Vago T. Prolapse of the umbilical cord: a method of management. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107:967-9.
  11. Caspi E, Lotan Y, Schreyer P. Prolapse of the cord: reduction of perinatal mortality by bladder instillation and cesarean section. *Isr J Med Sci* 1983; 19:541-5.
  12. Chetty RM, Moodley J. Umbilical cord prolapse. *S Afr Med J* 1980;57:128-9.

***“Vivimos en este mundo para esforzarnos por aprender para iluminarnos  
los unos a los otros a través del intercambio de ideas,  
y dedicarnos a ir siempre más lejos en la ciencia y las artes”.***

**Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791)**